



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΡΗΓΑ Θ. ΜΑΡΙΝΑ**

**ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ:  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ  
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ**

*Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
στη «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»*

*Πειραιάς, 2007*



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

RIGA T. MARINA

***MEDICAL ERRORS: SOCIO-ECONOMIC  
IMPLICATIONS AND PROTECTION OF THE  
INVOLVED PARTIES***

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

***Piraeus, 2007***





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΡΗΓΑ Θ. ΜΑΡΙΝΑ**

**ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ:  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ  
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ**

*Επόπτης : Δρ. Βοζίκης Αθανάσιος*

*Μέλη:*

*Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
στη «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»*

*Πειραιάς, 2007*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Ιδιαίτερος αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Δρ. Βοζίκη Αθανάσιο για την άρτια συνεργασία μας και την πολύτιμη καθοδήγησή του σε κάθε βήμα της έρευνας.*

*Νοιώθω υποχρέωση να ευχαριστήσω τα παρακάτω πρόσωπα που με προθυμία και ενδιαφέρον μου παρείχαν τα αναγκαία στοιχεία για την έρευνα: Την κα. Λειβαδίτη Θεώνη, Πρόεδρο Πρωτοδικών Διοικητικών Δικαστηρίων (Γενική Γραμματέας Ένωσης Διοικητικών Δικαστών), τον κ. Σαμπατακάκη, Γενικό Επιθεωρητή, τον κ. Μόρφη, βοηθό του Γενικού Επιθεωρητή και την ομάδα τους στο Σ.Ε.Υ.Υ.Π, την κα. Ανδρικάκη Νικολέτα και την ομάδα επιστημόνων του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τον κ. Πάτρα Δ. και την κα. Ματαλιωτάκη, διευθυντές της Εθνικής Ασφαλιστικής, τον κ. Τάσση Γ., διευθυντή της ασφαλιστικής εταιρίας D.A.S. Hellas, την κα. Μπόζιου από την ασφαλιστική εταιρία Interamerican καθώς και την κα. Παΐζη, προϊσταμένη Διοικητικών Υπηρεσιών του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών.*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

*Αφιερώνεται στην οικογένειά μου*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ιατρικά σφάλματα πλήττουν εκτός από τα συστήματα υγείας της Ευρώπης και την Αμερική η οποία έχει προωθήσει αρκετές πολιτικές για τη μείωσή τους, εδώ και αρκετά χρόνια. Στην Ελλάδα, όλο και περισσότεροι πολίτες ανησυχούν για το ενδεχόμενο να υποστούν ένα ιατρικό σφάλμα αλλά οι οργανισμοί που μπορούν να απευθυνθούν είναι ελάχιστοι και χωρίς πολλές εκχωρούμενες αρμοδιότητες.

Τα συμπεράσματα από τα ευρήματα της έρευνας που διενεργήσαμε σε αρκετούς δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και από τη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση που επιχειρήσαμε παρουσιάζουν αρκετά μεγάλο ενδιαφέρον. Ένα μικρό μόνο ποσοστό των ιατρικών σφαλμάτων δημοσιοποιείται αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αποσιωπάται, με εξωδικαστικό διακανονισμό είτε από τις ασφαλιστικές εταιρίες είτε από τα ίδια τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι συνέπειες των ιατρικών σφαλμάτων είναι πολύπλευρες με οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις. Πέρα από τις κοινωνικές, η επιβάρυνση με το εμφανές και αφανές κόστος ξεκινάει από τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του και φτάνει μέχρι τα νοσηλευτικά ιδρύματα και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Υπάρχει η ένδειξη ότι το οικονομικό κόστος είναι τεράστιο για την ελληνική οικονομία. Όμως η αποτίμηση του κόστους δεν είναι δυνατή λόγω της έλλειψης κάποιου οργανωμένου κεντρικού πληροφοριακού συστήματος. Επιπλέον, το σύστημα εσωτερικού ελέγχου των νοσοκομείων του ΕΣΥ, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα. Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί και για τις πειθαρχικές διαδικασίες των Ιατρικών Συλλόγων.

Η ύπαρξη μιας κεντρικής στρατηγικής από την Πολιτεία, η δημιουργία ενός φορέα με την αποκλειστική αρμοδιότητα της τεκμηριωμένης παρακολούθησης των ιατρικών σφαλμάτων, η προώθηση ενός σχεδίου επιχειρησιακής δράσης από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, με στόχο την πρόληψη ιατρικών σφαλμάτων, αποτελούν μερικές μόνο από τις προτάσεις που μπορούν να ειπωθούν. Το σημαντικότερο όλων όμως παραμένει η στράτευση όλων των εμπλεκόμενων μελών σε μια κοινή προσπάθεια μείωσης του προβλήματος.

*Λέξεις-Κλειδιά: ιατρικό σφάλμα, δυσμενή συμβάντα, σωματική βλάβη, κακή άσκηση της ιατρικής πράξης, ασφάλιση αστικής ή επαγγελματικής ευθύνης, ασφάλιση νομικής προστασίας, προστασία ασθενών, οικονομικό κόστος, σύστημα υγείας, ιατρικό δίκαιο, προσφυγές αποζημίωσης, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.*

# MEDICAL ERRORS: SOCIO-ECONOMIC IMPLICATIONS AND PROTECTION OF THE INVOLVED PARTIES

RIGA T. MARINA

Graduate Thesis Submitted for the Degree

“Master in Health Management”

University of Piraeus-TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Dr. Vozikis Athanassios

## ABSTRACT

Medical errors are on the increase both in Europe and in the United States of America which has caused them to take serious measures to deal with the problem. In Greece, more and more patients are worried about the possibility of being a victim of a medical error but the organisations they can turn to if this happens are very few and can do very little to help.

The findings from our audit on various public and private organisations as well as the review of greek and international literature are quite interesting. Only a small number of medical errors gain publicity as the majority of claims get settled out of court by the insurances or the hospitals. The consequences of medical errors are multiple and complex with significant financial and social implications. The burden of the obvious and hidden cost affects not only the patient, his family and the hospital but also the wider society. There is an indication that the financial burden for the greek economy is huge. Unfortunately estimating the exact cost is impossible due to lack of a dedicated statistical analysis centre. In addition, the system of internal control of adverse incidents and complaints of the national hospitals has significant problems. Finally the medical council's regulatory system for malpractice needs restructuring and modernisation.

The creation of a dedicated central organisation for the audit of medical errors and complaints nationwide as well as the modernisation of the hospitals' monitoring systems are paramount in order to achieve control of the problem. Above all, co-operation and trust between patients, health care professionals, hospital management, medical councils and the government are essential to get to the root of the problem.

*Keywords: medical error, adverse incidents, iatrogenic injury, malpractice, life and critical illness cover/insurance, patient's protection, cost, health care system, medical law, claims, code of good medical practice*

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν, εδώ και αρκετά χρόνια, ένα πολύ συχνό φαινόμενο για τα συστήματα υγείας και μια από τις πρωταρχικές αιτίες θανάτου και πρόκλησης ζημίας, παγκοσμίως. Πολλές χώρες του εξωτερικού, έχουν ήδη εντοπίσει τεκμηριωμένα, την έκταση και το μέγεθος του προβλήματος. Σφάλματα που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, κοστίζουν περισσότερες ζωές κάθε χρόνο απ' ό τι τα τροχαία δυστυχήματα, το AIDS ή ο καρκίνος του μαστού.

Στην Ελλάδα, το 13% των πολιτών ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχουν βιώσει μία αντίστοιχη αρνητική κατάσταση κατά την περίθαλψή τους, ενώ το 9% των Ελλήνων, έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα από λανθασμένη επιλογή φαρμάκου που είχε συνταγογραφήσει κάποιος γιατρός. Όλα αυτά τα στοιχεία πηγάζουν από μια πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρομέτρου. Επιπλέον, επτά στους δέκα Έλληνες ανησυχούν, επειδή πιστεύουν ότι ως ασθενείς θα βρεθούν αντιμέτωποι με λανθασμένη διάγνωση, θεραπεία ή φαρμακευτική αγωγή.

Στην παρούσα εργασία έγινε αρχικά, μια προσπάθεια καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης και των ενεργειών που επιχειρούνται για την αντιμετώπιση του φαινομένου, σε διάφορες χώρες και στην Ελλάδα. Διενεργήθηκε μια έρευνα για να εντοπιστούν οι οργανισμοί που είναι αρμόδιοι για τα ιατρικά σφάλματα και στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί ο θιγόμενος πολίτης. Επαφές έγιναν με το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, με τον Συνήγορο του Πολίτη και ειδικότερα με το τμήμα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης και με το Διοικητικό Πρωτοδικείο της Αθήνας.

Επιπλέον, η έρευνα συνεχίστηκε και στην αντίπερα όχθη, δηλαδή στους ιατρούς που θεωρούνται και οι υπαίτιοι για το ιατρικό σφάλμα. Πραγματοποιήθηκαν επαφές με ιατρικούς συλλόγους και με ασφαλιστικές εταιρίες για να καταγραφούν οι συνέπειες και οι τρόποι προστασίας ιατρών αλλά και των φορέων υγείας. Τέλος, η έρευνα ολοκληρώθηκε με την ανάλυση ενός δείγματος 141 υποθέσεων ιατρικού σφάλματος, όπου προκύπτουν κάποια συμπεράσματα για την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα.

Από την παραπάνω έρευνα προέκυψε το μέγεθος των συνεπειών του ιατρικού σφάλματος. Από τη μία πλευρά έχουμε την πρόκληση σωματικής βλάβης ή θανάτου και την ψυχολογική και άλλη ταλαιπωρία του ασθενή και των οικείων του και από την άλλη πλευρά έχουμε ένα δυσβάσταχτο οικονομικό κόστος, που επιβαρύνει το σύνολο της κοινωνίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να γίνει μια προσπάθεια αποτύπωσης

του οικονομικού και κοινωνικού κόστους των ιατρικών σφαλμάτων για την Ελλάδα. Κλείνοντας την εξέταση αυτού του σημαντικού φαινομένου, παραθέτουμε τα δικά μας συμπεράσματα και υποβάλλουμε τις δικές μας προτάσεις που μορφοποιήθηκαν από την εμπειρία και τη γνώση που συλλέξαμε, όλο αυτό το χρονικό διάστημα που διήρκησε η έρευνα.

Αναλυτικότερα, η εργασία χωρίζεται σε δυο μεγάλες ενότητες. Η Α' Ενότητα αναφέρεται στη γενική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος. Έτσι στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια επισκόπηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, αναφερόμενοι τόσο στην κατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όσο και στον αριθμό μονάδων υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο, επιχειρείται μια κατηγοριοποίηση των πιθανών αιτιών πρόκλησης βλάβης του ασθενούς, όπου το ιατρικό σφάλμα αναφέρεται ως μια από αυτές τις αιτίες. Επιπλέον, γίνεται μια εκτενής αναφορά στη νομική βάση των ιατρικών σφαλμάτων. Στο τρίτο κεφάλαιο, καταγράφονται οι εμπειρίες από χώρες του εξωτερικού ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παραθέτουμε μια έρευνα του ευρωβαρομέτρου για τα ιατρικά σφάλματα.

Η Β' Ενότητα αναφέρεται στην ερευνητική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος στην Ελλάδα. Ειδικότερα, στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται καταγραφή και στατιστική ανάλυση περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος από το δείγμα που συλλέξαμε. Στο έκτο και έβδομο κεφάλαιο, έχουν καταχωρηθεί τα αποτελέσματα των επαφών μας με δημόσιους φορείς, ιατρικούς συλλόγους και ασφαλιστικές εταιρίες. Στο όγδοο κεφάλαιο επιχειρείται η επισκόπηση της οικονομικής διάστασης του θέματος, περιέχοντας τις κατηγορίες που επιβαρύνονται με το κόστος και διάφορες αναφορές σε οικονομικά στοιχεία από τη διεθνή και εγχώρια εμπειρία. Στο ένατο κεφάλαιο παρατίθενται κάποιες απόψεις Ελλήνων μελετητών από όλους τους χώρους, για τους Έλληνες ιατρούς. Στο δέκατο και ενδέκατο κεφάλαιο παρατίθενται συμπεράσματα και προτάσεις, αντίστοιχα για την ελληνική πραγματικότητα όσον αφορά τα ιατρικά σφάλματα.

Καταλήγοντας, θα θέλαμε να σημειώσουμε ότι η εργασία αυτή, δεν στοχεύει στην ενοχοποίηση των επαγγελματιών υγείας για την πρόκληση ιατρικού σφάλματος, αλλά στην καταγραφή της οικονομικής και κοινωνικής διάστασης του προβλήματος. Ιατρικά σφάλματα υπάρχουν και θα συνεχίσουν να υπάρχουν, τα οποία πέρα από την ατομική ευθύνη, οφείλονται, όπως γενικότερα είναι αποδεκτό, σε δυσλειτουργίες και αδυναμίες των συστημάτων υγείας. Το ζητούμενο λοιπόν, δεν είναι η εξάλειψη των ιατρικών σφαλμάτων, αλλά η γνώση των βαθύτερων αιτιών που τα προκαλούν και η στράτευση όλων των εμπλεκόμενων μελών σε μια κοινή προσπάθεια μείωσης τους, αφού σε κάθε περίπτωση το μεγαλύτερο μέρος τους μπορεί να προληφθεί.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο	Σελίδα
<i>A' ΜΕΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ</i>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	
1.1	Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα
1.2	Αριθμός μονάδων υγείας στην Ελλάδα
1.3	Κατανομή – Αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ	
2.1	Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
2.2	Ευρωπαϊκός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
2.3	Πιθανές αιτίες πρόκλησης βλάβης στον ασθενή
2.4	Ορισμός ιατρικού σφάλματος με βάση το Ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο
2.5	Ορισμός και αιτίες ιατρικού σφάλματος διεθνώς
2.6	Διαφοροποίηση στην προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος ανά χώρα παγκοσμίως
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	



3.1	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	31
3.2	Βρετανία	36
3.3	Καναδάς	38
3.4	Αυστραλία	39
3.5	Γερμανία	41
3.6	Ισραήλ	41
3.7	Ρουμανία	41
3.8	Νέα Ζηλανδία	41
3.9	Τουρκία	42
3.10	Ιταλία	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΥΡΩΒΑΡΟΜΕΤΡΟ		44
4.1	Η άποψη των Ελλήνων βάσει έρευνας του Ευρωβαρόμετρου	44
4.2	Συγκριτική προσέγγιση αποτελεσμάτων μεταξύ Ελλήνων και υπολοίπων Ευρωπαίων, βάσει έρευνας του Ευρωβαρόμετρου	47
<i>Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</i>		64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		64
5.1	Στοιχεία της έρευνας	64

5.2	Στατιστική ανάλυση περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος	65
5.2.1	Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών (Δ.Π.Α.)	65
5.2.2	Συνήγορος του Πολίτη (Σ.τ.Π.)	71
5.2.3	Τύπος	78
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ</b>		83
6.1	Δυνητικοί οργανισμοί αποδοχής καταγγελιών	83
6.2	Επαφές με αρμόδιους φορείς	85
6.2.1	Μεθοδολογία έρευνας	85
6.2.2	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)	86
6.2.3	Συνήγορος του Πολίτη (ΣτΠ) - Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	93
6.2.4	Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας	96
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ-ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>		102
7.1	Συνέπειες ιατρικού σφάλματος για τους επαγγελματίες και φορείς-οργανισμούς υγείας	102
7.1.1	Συνέπειες ιατρικού σφάλματος για τους επαγγελματίες υγείας	102
7.1.2	Συνέπειες ιατρικού σφάλματος για τους φορείς-οργανισμούς υγείας	104
7.2	Προστασία επαγγελματιών και φορέων-οργανισμών υγείας	105

7.2.1	Προστασία επαγγελματιών υγείας	106
7.2.1.1	Αντιπροσφυγή και Αμυντική Ιατρική	106
7.2.1.2	Κάλυψη αστικής ευθύνης	107
7.2.1.3	Νομική Προστασία	112
7.2.2	Προστασία φορέων-οργανισμών υγείας	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ		118
8.1	Κατηγορίες που επιβαρύνονται το κόστος των ιατρικών σφαλμάτων	118
8.1.1	Ασθενής και η οικογένειά του	118
8.1.2	Σύστημα Υγείας – Ασφαλιστικά Ταμεία	119
8.1.3	Άλλοι φορείς	120
8.1.4	Ο εκτελών το ιατρικό σφάλμα ιατρός και οι ασφαλιστικές εταιρίες	121
8.2	Εμπειρίες από το εξωτερικό	122
8.3	Η οικονομική διάσταση στην Ελληνική πραγματικότητα	128
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΤΩΝ		138
9.1	Κριτικές απόψεις για τους Έλληνες ιατρούς	138
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ		140

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	142
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ & ΠΗΓΕΣ	145
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	Σελ.
1.1.α	Η οργάνωση του συστήματος υγείας	3
1.1.β	Δαπάνες για Υγεία	6
1.2.α	Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά ειδικότητα θεραπευτηρίου	7
1.3.α	Ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι (2004) Πηγή: ΕΣΥΕ (Δ/νσεις και	11
1.3.β	Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ανά περιφέρεια (2003)	12
6.2.2.α	Περαιωμένοι έλεγχοι ανά φορέα στο Σ.Ε.Υ.Υ.Π Αθηνών	88
6.2.2.β	Περαιωμένοι έλεγχοι ανά φορέα στο περιφερειακό γραφείο ΣΕΥΥΠ	88
6.2.4.α	Εκκρεμείς υποθέσεις ετών 2000-2003	98
6.2.4.β	Συνολικός αριθμός δικαστικών αποφάσεων ετών 2006 και 2007 μέχρι	99
7.2.1.2.α	Ενδεικτικά ασφαλιστικά προγράμματα για αστική ευθύνη	110
7.2.1.3.α	Αριθμός ασφαλισμένων ιατρών για νομική προστασία	113
7.2.1.3.β	Ενδεικτικά ασφαλιστικά προγράμματα για νομική προστασία	114
7.2.2.α	Ενδεικτικά ασφαλιστήρια για ιδιωτικό νοσοκομείο	116

8.3.α	Δεδομένα αποζημιώσεων σε €	128
8.3.β	Κατανομή αποζημιώσεων κατά κατηγορία ειδικότητας	129
8.3.γ	Κατανομή αποζημιώσεων κατά κατηγορία συνέπειας	132
8.3.δ	Κατανομή αποζημιώσεων κατά έτος	134

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	Σελ.
4.2.α	Γενικά πόσο ανησυχείτε για το ενδεχόμενο να υποστείτε ιατρικό σφάλμα;-% Χώρα.	48
4.2.β	Πόσο πρέπει να ανησυχούν όσοι νοσηλεύονται σε νοσοκομείο για σοβαρά ιατρικά;-% Χώρα.	50
4.2.γ	Πόσο σημαντικό πιστεύετε ότι είναι στη χώρα σας το πρόβλημα με τα ιατρικά σφάλματα;-% Χώρα.	52
4.2.δ	Με ποια συχνότητα έχετε ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα στη χώρα;-% Χώρα	54
4.2.ε	Έχετε εσείς ή κάποιος συγγενής σας ...;-% Ναι.	56
4.2.ζ	Για κάθε μια από τις παρακάτω επαγγελματικές ομάδες, πόσο βέβαιο είστε για τους ιατρούς ότι δεν θα κάνουν κάποιο ιατρικό σφάλμα που θα σας βλάψει;	58
4.2.η	Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να πέσει θύμα σοβαρού ιατρικού σφάλματος κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο, λόγω εσφαλμένου χειρισμού από ιατρό ή προσωπικό του νοσοκομείου;	60
4.2.θ	Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να αποφύγει ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο;	62
5.2.1.α	Αριθμός των αγωγών ανά έτος	65
5.2.1.β	Ποσοστό εμφάνισης καταγγελιών για κάθε φορέα	66
5.2.1.γ	Αριθμός υποθέσεων ανά ειδικότητα ιατρού	67
5.2.1.δ	Εμφάνιση αιτιών ζημίας	68
5.2.1.ε	Διάρκεια δικαστικών υποθέσεων	69

5.2.1.ζ	Συνέπειες ζημίας	70
5.2.2.α	Αριθμός των αναφορών στον ΣτΠ ανά έτος	71
5.2.2.β	Εμφάνιση καταγγελιών ανά φορέα	72
5.2.2.γ	Αριθμός υποθέσεων ανά ειδικότητα ιατρού	73
5.2.2.δ	Εμφάνιση αιτιών ζημίας	74
5.2.2.ε	Διάρκεια μελέτης υποθέσεων	75
5.2.2.ζ	Είδος πορισμάτων από ΣτΠ	76
5.2.2.ε	Συνέπειες ζημίας	77
5.2.3.α	Εμφάνιση καταγγελιών για κάθε φορέα	78
5.2.3.β	Αριθμός περιστατικών ανά ειδικότητα ιατρού	79
5.2.3.γ	Εμφάνιση αιτιών ζημίας	80
5.2.3.δ	Διάρκεια δικαστικών υποθέσεων	81
5.2.3.ε	Συνέπειες ζημίας	82
6.2.4.α	Στατιστικά εισαγωγής αγωγών ετών 2003-2007	97
7.2.α	Αστική ευθύνη	105
7.2.1.2.α	Αριθμός ασφαλισμένων ιατρών ανά ειδικότητα	108



8.1.α	Συνιστώσες του κόστους στον τομέα της περίθαλψης	118
8.2.α	Ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων με καταδικαστική απόφαση	124
8.2.β	Διαδικασία δικαστικής προσφυγής για ιατρικά σφάλματα	125
8.3.α	Κατανομή περιπτώσεων ανά ειδικότητα	129
8.3.β	Μέση αποζημίωση	130
8.3.γ	Συνολική αποζημίωση	130
8.3.δ	Περιπτώσεις	132
8.3.ε	Μέση αποζημίωση	133
8.3.ζ	Συνολική αποζημίωση	133
8.3.η	Μέση αποζημίωση κατά έτος	134
8.3.θ	Συνολική αποζημίωση κατά έτος	135

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

### *A. Ελληνικές*

Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ι.Σ.Α.	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
Ι.Σ.Θ.	Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης
Α.Κ.	Αστικός Κώδικας
Π.Κ.	Ποινικός Κώδικας
Εισ.ΝΑΚ	Εισαγωγικός Νόμος Αστικού Κώδικα
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση

### *B. Ξενόγλωσσες*

BE	Belgium	Βέλγιο
CZ	Czech Rep.	Τσεχία
DK	Denmark	Δανία
DE	Germany	Γερμανία
EE	Estonia	Εσθονία
EL	Greece	Ελλάδα
ES	Spain	Ισπανία
FR	France	Γαλλία
IE	Ireland	Ιρλανδία
IT	Italy	Ιταλία
CY	Rep. of Cyprus	Κυπριακή Δημοκρατία
LV	Latvia	Λετονία
LT	Lithuania	Λιθουανία
LU	Luxembourg	Λουξεμβούργο
HU	Hungary	Ουγγαρία
MT	Malta	Μάλτα
NL	Netherlands	Ολλανδία
AT	Austria	Αυστρία
PL	Poland	Πολωνία

PT	Portugal	Πορτογαλία
SI	Slovenia	Σλοβενία
SK	Slovakia	Σλοβακία
FI	Finland	Φιλανδία
SE	Sweden	Σουηδία
UK	United Kingdom	Ηνωμένο Βασίλειο
BG	Bulgaria	Βουλγαρία
HR	Croatia	Κροατία
RO	Romania	Ρουμανία
TR	Turkey	Τουρκία
CY(tcc)	Turkish Cypriot Comm.	Κατεχόμενη Κύπρος

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# Α' ΜΕΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

### 1.1 Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Σύστημα υγείας, ορίζουμε το «πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας» («ΚΕΠΕ» 1976). Στη συνέχεια, παραθέτουμε στον πίνακα 1.1.α, τη διάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας («Μωραΐτης» 2004).

Το 2004, κατεγράφησαν κάποιες θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές στον τομέα της υγείας. «Η πιο πρόσφατη αλλαγή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ο Νόμος 3329/2005, σύμφωνα με τον οποίο τα 17 Πε.Σ.Υ.Π. μετασηματίστηκαν σε 17 Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Πε) με εκτενείς αρμοδιότητες για το συντονισμό των δραστηριοτήτων της περιφέρειας ευθύνης τους» («KANTOR A.E.» 2005).

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδα φροντίδας υγείας διαμορφώνεται ως εξής:

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ορίζεται η βασική παροχή φροντίδας υγείας καλύπτοντας τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). «Οι φορείς της ΠΦΥ, στις μη αστικές περιοχές, αριθμούνται σε 190 Κέντρα Υγείας και περίπου 1.350 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στις λοιπές περιοχές, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες ιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ» («ICAP» 2006).

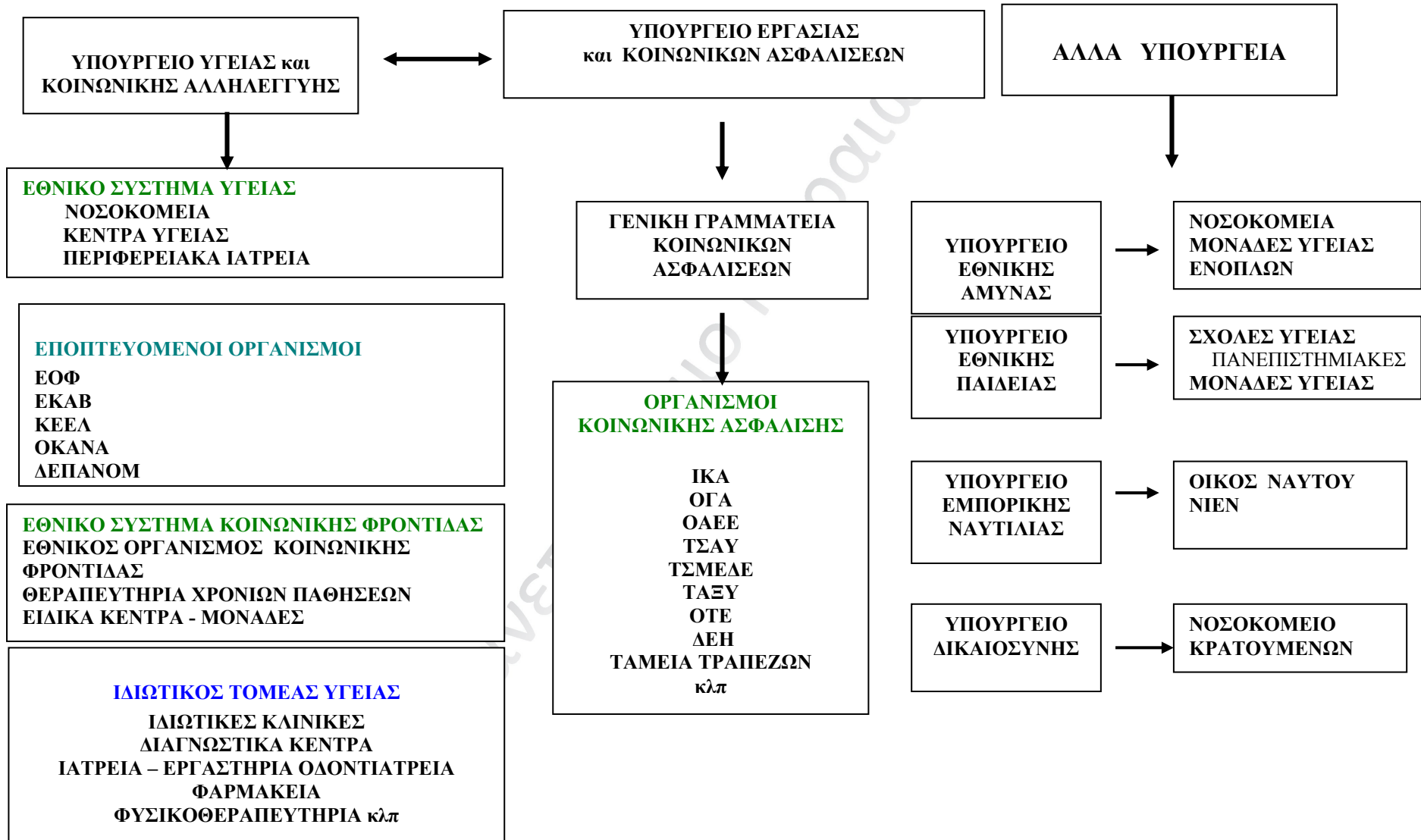
Παρόλα αυτά, η ΠΦΥ συνεχίζει να αποτελεί τον αδύνατο κρίκο του εθνικού συστήματος υγείας. Εν αναμονή των ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων, όπως η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στις αστικές περιοχές), την εισαγωγή του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού και τη θεσμοθέτηση της Διασφάλισης Ποιότητας και

την πιστοποίηση των φορέων ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ο τομέας υγείας βρίσκεται στο επίκεντρο των εξελίξεων.

Ως Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, ορίζουμε «εξειδικευμένες εξωνοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και τη νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες υγείας προς εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς). Η δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι συνήθως προσπελάσιμη μέσω παραπομπής από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» («KANTOR A.E.» 2005).

Εν συνεχεία, η Τριτοβάθμια Περίθαλψη, αναφέρεται σε παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής πολυπλοκότητας και συνήθως υψηλού κόστους. Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία. «Ο αριθμός των δημοσίων νοσοκομείων ανέρχεται στα 132 νοσοκομεία του ΕΣΥ και σε 28 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ. Αναλυτικότερα, οι δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας / τριτοβάθμιας περίθαλψης που υπάγονται στο ΕΣΥ περιλαμβάνουν 84 Γενικά Νοσοκομεία, 23 Ειδικά Νοσοκομεία, 7 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και 18 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας με συνολικό αριθμό κλινών 36.621. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχουν δυναμικότητα 100 – 200 κλινών, παρέχοντας κυρίως δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης και 32 από αυτά έχουν δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, παρέχοντας τριτοβάθμιες και μεγάλης εξειδίκευσης υπηρεσίες περίθαλψης» («KANTOR A.E.» 2005).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.α: Η οργάνωση του συστήματος υγείας, Πηγή: Μωραΐτης



Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα, σηματοδοτείται από σημαντικές ελλείψεις στην οργάνωση των δομών υγείας. Η ανεπαρκής στελέχωση των δομών υγείας, θέτει σε διαρκή αμφισβήτηση την αποτελεσματική χρήση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών τεχνικής υποστήριξης των συστημάτων. Από την άλλη πλευρά, «η έλλειψη εργαστηρίων καθώς και η ανυπαρξία οργανωμένων προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών, έχει υποβαθμίσει κατά πολύ τον επιχειρησιακό χαρακτήρα της πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας» («KANTOR A.E.» 2005).

Παρατηρείται, επιπλέον, σημαντική έλλειψη μηχανισμών παρέμβασης και ελέγχου στην παραγωγή ιατρικού δυναμικού με βάση τις πραγματικές ανάγκες, με αποτέλεσμα την ύπαρξη πληθωρισμού ιατρών αλλά και φαινομένων παραοικονομίας με συνεπακόλουθο την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας. Το έντονα ιατροκεντρικό αυτό σύστημα, συνεχίζει να αγνοεί μέχρι σήμερα τις άλλες μεγάλες και εξίσου σημαντικές ομάδες των επαγγελματιών υγείας, όπως το νοσηλευτικό, το παραϊατρικό και το διοικητικό προσωπικό ενώ η παραγωγή ιατρών δεν είναι η αναμενόμενη σε ειδικότητες όπως η γενική ιατρική, η κοινωνική ιατρική, η ιατρική της εργασίας κλπ.

Σημαντική είναι επίσης η έλλειψη συστήματος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δυστυχώς, εφαρμόζονται ελάχιστα συστήματα μέτρησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών στη βάση κόστους – οφέλους. «Εξαιτίας του γεγονότος ότι οι μονάδες υγείας δεν ακολουθούν δείκτες ικανοποίησης γενικών αναγκών, πρόσφατες έρευνες και σχετικά δημοσιεύματα του τύπου δείχνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών / ασθενών από το δημόσιο σύστημα είναι αρκετά χαμηλός» («KANTOR A.E.» 2005). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η βελτίωση του επιπέδου της ζωής σχετίζεται με αυξημένες προσδοκίες του κοινού για παροχή υπηρεσιών και ότι οι ανάγκες δεν φτάνουν πρακτικά σε επίπεδο κορεσμού, αφού όσο πιο πολλές υπηρεσίες υγείας προσφέρονται από ένα σύστημα τόσο περισσότερες ζητούνται, θα πρέπει να γίνει καταμέτρηση των προτεραιοτήτων ως προς την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

«Ο ιδιωτικός τομέας υγείας διαδραματίζει έναν ολοένα αυξανόμενο ρόλο στον ευρύτερο κλάδο των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Τα τελευταία 10 χρόνια, ο ιδιωτικός τομέας υγείας, διαγράφει εντυπωσιακή άνοδο, η οποία προβλέπεται ότι θα εξακολουθήσει και στο μέλλον διαδραματίζοντας έναν ολοένα σημαντικότερο ρόλο στο σύστημα υγείας της χώρας. Η προβλεπόμενη άνοδος στηρίζεται μεταξύ άλλων στην ανεπάρκεια του δημοσίου τομέα της υγείας, στην επιλογή ολοένα και από περισσότερους

Έλληνες των υψηλής ποιότητας ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, στη δημιουργία εξειδικευμένων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, καθώς και στην ολοένα αυξανόμενη διαθέσιμη πληροφόρηση αναφορικά με τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που διαθέτουν οι πολίτες – ασθενείς» («KANTOR A.E.» 2005).

«Η οικονομική δραστηριότητα του κλάδου χαρακτηρίζεται διαχρονικά από συνεχή αλλαγή και αξιοσημείωτη δυναμική. Ενώ στις αρχές τις δεκαετίας του '80 ο κλάδος χαρακτηριζόταν από μικρές ιδιωτικές κλινικές οι οποίες ανήκαν σε ιατρούς, σήμερα στον χώρο πρωταγωνιστούν μεγάλα επιχειρηματικά, πολυμετοχικά σχήματα αρκετά εκ των οποίων είναι εισηγμένα στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών (ΧΑΑ). Η διαχρονική αυτή διαρθρωτική αλλαγή συντελέστηκε μεταξύ άλλων και σαν απόρροια του εκάστοτε ρυθμιστικού πλαισίου της αγοράς που προωθούνταν από το κράτος αλλά και ως αποτέλεσμα των κυριότερων μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν στο εθνικό σύστημα υγείας από την δεκαετία του '80 και έπειτα. Η οικονομική δυναμική του κλάδου εκδηλώνεται κυρίως από το 2000 και έπειτα, όταν με την τελευταία νομοθετική ρύθμιση της αγοράς (ΠΔ 235/2000) επαναπροσδιορίστηκαν οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών. Επί του παρόντος στη χώρα, δραστηριοποιούνται 218 ιδιωτικές κλινικές» («KANTOR A.E.» 2005) .

«Η χρηματοδότηση της υγείας στη χώρα μας, γίνεται αφενός μέσω του φορολογικού συστήματος και αφετέρου μέσω των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο Τακτικός Προϋπολογισμός, ο οποίος χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας, χρηματοδοτεί τα Αγροτικά Κέντρα Υγείας, τις δαπάνες των Αγροτικών Κέντρων Υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία (μισθοδοσία προσωπικού, δαπάνες εκτός του κόστους ημερήσιας νοσηλείας το οποίο καλύπτεται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης), επιχορηγήσεις των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, επενδύσεις κεφαλαίου στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, δημόσιες δαπάνες υγείας και εκπαίδευση ιατρών.

Επιπλέον, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και περίπου 30 Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης καλύπτουν σχεδόν ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας. Οι παροχές των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνουν παροχές υγείας, πρόνοιας και συνταξιοδότηση. Η πλειοψηφία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και λειτουργούν υπό τον έλεγχο του κράτους» («KANTOR A.E.» 2005).

Οι Συνολικές Δαπάνες Υγείας ανέρχονται στο 9.8% επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος για τη χώρα μας, το 2004. Οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό



της συνολικής δαπάνης για την υγεία (16.399€), ανέρχονται στο 53,9%, ενώ αντίστοιχα οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, ανέρχονται στο 46,1% («ICAP» 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.β: Δαπάνες για Υγεία (2004<sup>\*</sup>) Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε./ Εθνικοί Λογαριασμοί, προσαρμοσμένο

Δημόσιες δαπάνες για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία.	53,9%
Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία.	46,1%
Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ.	9,8%

σε € εκατ. και τρέχουσες τιμές

\* προσωρινά στοιχεία

Η Ελλάδα προσπαθεί να ακολουθήσει την επικρατούσα παγκόσμια τάση μεταξύ των προηγμένων σε θέματα υγείας κρατών για την ανάπτυξη ενός σωστά σχεδιασμένου και προσανατολισμένου στην αγορά και στην ποιότητα συστήματος υγείας, με δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών.

Η Υγεία είναι ένας ιδιόμορφος κλάδος της οικονομίας, όπου ο μηχανισμός της αγοράς δε λειτουργεί ανεμπόδιστα και οι συνέπειες της πλημμελούς λειτουργίας μιας υπηρεσίας υγείας είναι πολυδιάστατες και μη συγκρίσιμες με κάποιου άλλου κλάδου της οικονομίας. Η πλημμελής παροχή υπηρεσιών στον τομέα υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα τόσο από οικονομικής όσο και από κοινωνικής απόψεως.

## 1.2 Αριθμός μονάδων υγείας στην Ελλάδα

Στον πίνακα 1.2.α, παραθέτουμε τον αριθμό των νοσηλευτικών μονάδων κατά ειδικότητα που αριθμούνται στις 327, στο σύνολο της χώρας. Παρατηρείται το φαινόμενο της αυξημένης συγκέντρωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στην περιφέρεια της πρωτεύουσας και της συμπρωτεύουσας που ανέρχονται στα 179 θεραπευτήρια («ICAP» 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2.α: Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά ειδικότητα θεραπευτηρίου και γεωγραφικό διαμέρισμα (2003), Πηγή: ΕΣΥΕ

Ειδικότητα Θεραπευτηρίων	Σύνολο Χώρας		Περιφέρεια Πρωτευούσης		Λοιπή Στερεά & Εύβοια	
	Θεραπ.	Κλίνες	Θεραπ.	Κλίνες	Θεραπ.	Κλίνες
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>327</b>	<b>51.762</b>	<b>109</b>	<b>22.464</b>	<b>25</b>	<b>2.107</b>
ΓΕΝΙΚΑ	184	35.397	63	13.867	15	1.696
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	4	1.212	3	859	-	-
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	2	167	1	107	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	2	42	-	-	2	42
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ-ΛΕΠΡΟΚ.	1	100	-	-		
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	37	1.290	3	524	3	65
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	49	9.693	19	4.358	1	40
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	5	366	3	292	-	-
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	4	80	2	50		
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	10	502	4	241	1	28
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	6	1.586	4	1.318	1	178
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	1	51	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	5	245	2	167	1	28
ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	-	-	-	-	-	-
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	2	52	1	42	-	-
ΜΙΚΤΑ	15	979	1	639	1	30

	Πελοπόννησος		Ιόνιοι Νήσοι		Ήπειρος	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>31</b>	<b>3.483</b>	<b>7</b>	<b>979</b>	<b>7</b>	<b>1.418</b>
ΓΕΝΙΚΑ	17	2.688	6	619	5	1.388
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	-	-	-	-	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ-ΛΕΠΡΟΚ.	-	-	-	-	-	-
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	6	107	-	-	2	30
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	2	420	1	360	-	-
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	1	54	-	-	-	-
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	1	15	-	-	-	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	1	90	-	-	-	-
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	1	51	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΩΤΟΡΥΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΠΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	-	-	-	-	-	-
ΜΙΚΤΑ	2	58	-	-	-	-
	Θεσσαλία		Μακεδονία		Θράκη	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>36</b>	<b>3.236</b>	<b>70</b>	<b>12.172</b>	<b>8</b>	<b>1.034</b>
ΓΕΝΙΚΑ	10	1.704	36	8.795	5	972
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	-	-	1	353	-	-
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	-	-	1	60	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	7	175	11	283	2	26
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ-ΛΕΠΡΟΚ.	-	-	1	100	-	-
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	10	1.099	13	2.320	-	-
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	1	20	-	-	-	-
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	1	15	-	-	-	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	4	158	1	75	-	-
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	1	25	-	-	-	-
ΠΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	-	-	-	-	-	-
ΩΤΟΡΥΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	1	10	-	-	-	-
ΜΙΚΤΑ	1	30	6	186	1	36
	<b>Νήσοι Αιγαίου</b>			<b>Κρήτη</b>		
	<b>Θεραπευτ.</b>	<b>Κλίνες</b>	<b>Θεραπευτ.</b>	<b>Κλίνες</b>		
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>15</b>	<b>1.839</b>	<b>19</b>	<b>3.030</b>		
ΓΕΝΙΚΑ	12	1.194	15	2.474		
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	-	-	-	-		
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	-	-	-	-		
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-		
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ-ΛΕΠΡΟΚ.	-	-	-	-		
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	2	35	1	45		
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	1	610	2	486		
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	-	-	-	-		
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-		
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-		
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-		
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	-	-	-	-		
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-		
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	-	-	1	25		
ΠΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	-	-	-	-		
ΩΤΟΡΥΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-		
ΜΙΚΤΑ	-	-	-	-		

### 1.3 Κατανομή – Αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

«Ο συντελεστής εργασία, αποτελεί τη σημαντικότερη και μεγαλύτερη εισροή του συστήματος υγείας και απορροφά μεγάλο μέρος των οικονομικών πόρων. Για το λόγο αυτό, τα συστήματα υγείας θεωρούνται κατ' εξοχήν συστήματα εντάσεως εργασίας και η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού.

Το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα, πέρα του ευρύτατου φάσματος των ειδικοτήτων (ιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό, διοικητικό προσωπικό, managers, οικονομολόγους, χειριστές ακριβών ιατρικών μηχανημάτων και προγραμματιστές ηλεκτρονικών υπολογιστών) που περιέχει, ποιοτικά παρουσιάζει υψηλό καταμερισμό εργασίας, επιστημονικής γνώσης και δεξιοτήτων» («Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης» 2001).

Στη συνέχεια, στον πίνακα 1.3.α, παραθέτουμε την κατανομή του ιατρικού προσωπικού με βάσει τις ειδικότητες. Στο σύνολο των 67.259 ιατρών (συμπεριλαμβανόμενοι και οι οδοντίατροι), η ειδικότητα με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση είναι η παθολογία, της τάξεως των 3.986 ιατρών («ICAP» 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3.α: Ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι (2004)

Πηγή: ΕΣΥΕ (Δ/νσεις και Τμήματα Υγιεινής Νομαρχιών, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Ιατρικός Σύλλογος Πειραιώς και Πανελλήνιος Οδοντιατρικός Σύλλογος), προσαρμοσμένο.

Ειδικότητα	2004
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΙ – ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	1.893
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	1.519
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ	529
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	1.260
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΙ – ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΙ	868
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΙ	420
ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΕΣ	39
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ	2.473
ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ	2.484
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΙ – ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΙ	3.590
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2.078
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ – ΠΛΑΣΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	514
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΙ	362
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ	1.726
ΟΥΡΟΛΟΓΟΙ	779
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ	1.657
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΙ – ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΙ	752
ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ	3.986
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	2.971
ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	210
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΙ	257
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΟΙ / ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΙ	1.085
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	1.959
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ ΘΩΡΑΚΑ	269
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ ΠΑΙΔΩΝ	169
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΙ	1.027
ΧΩΡΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	18.477
ΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	590
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>53.943</b>
ΣΥΝΟΛΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	13.316

Όσον αφορά, την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανά περιφέρεια, η μεγαλύτερη συγκέντρωση νοσηλευτών, σημειώνεται στην πρωτεύουσα και ακολουθεί η συμπρωτεύουσα. Αυτή η διαπίστωση είναι λογική, αν λάβουμε υπόψη μας ότι τα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα, βρίσκονται στις εν λόγω περιφέρειες της Ελλάδας. Συνολικά, το νοσηλευτικό προσωπικό ανέρχεται στα 47.268 άτομα («ICAP» 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3.β: *Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ανά περιφέρεια (2003)*

*Πηγή: ΕΣΥΕ, προσαρμοσμένο*

Περιφέρεια	Νοσηλευτές
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ	20.473
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ & ΕΥΒΟΙΑ	1.949
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	3.701
ΙΟΝΙΟ	714
ΗΠΕΙΡΟΣ	1.901
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2.701
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	10.193
ΘΡΑΚΗ	1.123
ΑΙΓΑΙΟ	1.710
ΚΡΗΤΗ	2.803
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>47.268</i>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ

### *Όρκος του Ιπποκράτη*

*Θα διδάξω ...τις ιατρικές γνώσεις*

*Θα χρησιμοποιώ την επιστήμη μου προς όφελος των ασθενών*

*Δε θα δώσω σε κανέναν δηλητήριο, έστω και αν μου το ζητήσει, ούτε θα υποδείξω τη χορήγησή του*

*Θα περάσω τη ζωή μου και θα ασκήσω το επάγγελμά μου με άμογο και ανεπίληπτο τρόπο*

*Ό,τι βλέπω ή ακούω ..., θα το κρατώ μυστικό*

### 2.1 Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

«Με το Ν. 3418/2005, τέθηκε σε ισχύ ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Πρόκειται για έναν Κώδικα σύγχρονο, μεγάλης κοινωνικής εμβέλειας έργο, το οποίο διέπεται από πνεύμα προαγωγής και προστασίας των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών, τόσο των ιατρών, όσο και των ασθενών» («Πολίτης» 2006). Ο νόμος αυτός, λαμβάνει υπόψη του όλη τη μέχρι τώρα ισχύουσα νομοθεσία και αγγίζει για πρώτη φορά, εξαιρετικά σύγχρονα ζητήματα, όπως τα ιατρικά σφάλματα. Δεν είναι υπερβολικό να αναφέρουμε ότι ο νέος Κώδικας, πετυχαίνει ταυτόχρονα την κοινωνική, νομική και ιατρική αποδοχή. «Ας σημειωθεί και το γεγονός ότι ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, πέρασε με μεγάλη συναίνεση στη Βουλή, ενώ οι όποιες επιμέρους διαφωνίες ήταν ήσσονος σημασίας» («Πολίτης» 2006).

Χαρακτηριστικά είναι τα άρθρα 2 και 4 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας όπου τονίζεται με σαφήνεια, η άσκηση της ιατρικής ως «λειτουργήματα» και η εξασφάλιση της «ποιότητας», της «ασφάλειας» και της «αποτελεσματικότητας» κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης, αντίστοιχα («Πολίτης» 2006).



## Άρθρο 2 (προσαρμοσμένο από Ελληνικό Κ.Ι.Δ.)

### Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα

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

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

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

«Για πρώτη φορά, θεσμοθετείται η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.

Επιπλέον ο νομοθέτης, απαιτεί την τήρηση των δεοντολογικών κανόνων, βάσει του Όρκου του Ιπποκράτους και την αποφυγή πράξεων και παραλήψεων που μπορούν να

βλάψουν την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσουν την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα» («Πολίτης» 2006).

Στις υποχρεώσεις του ιατρού περιλαμβάνεται η, με κάθε δυνατό τρόπο, αποφυγή των επιπλοκών ή των κινδύνων που περικλείει μια ιατροχειρουργική επέμβαση, με τη λήψη κατάλληλων μέτρων, καταρχάς προληπτικών, κατά τα διεθνή standards. Με άλλα λόγια, «γίνεται λόγος περί της αρχής του προσδοκώμενου οφέλους και της πιθανής βλάβης. Ο ιατρός έχει την υποχρέωση να σταθμίσει προσεκτικά, με βάση τις γνώσεις και την πείρα του, τα προσδοκώμενα οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε διαγνωστικής ή θεραπευτικής μεθόδου και να ενημερώσει επακριβώς τον ασθενή» («Ταρλατζής» 2005). Καθίσταται σαφές, λοιπόν, από τα παραπάνω ότι γίνεται μια έμμεση αναφορά στην έννοια της ιατρικής αμέλειας και του ιατρικού σφάλματος.

«Απαιτεί, επίσης, ο νομοθέτης από το γιατρό τη διατήρηση σε υψηλό επίπεδο της επαγγελματικής του προσφοράς, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγεται το κύρος και η αξιοπιστία του ιατρικού σώματος» («Πολίτης» 2006).

#### Άρθρο 4 (προσαρμοσμένο από Ελληνικό Κ.Ι.Δ.)

##### **Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας**

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

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

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

«Στο παρόν άρθρο, τίθενται αρχές ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. 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 σφάλματα, να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας της υγείας.

Η διάταξη του άρθρου 4, προσπαθεί να προστατεύσει το έννομο αγαθό της ασφάλειας των ασθενών. Πράγματι, έχουμε, ιδίως τον τελευταίο καιρό, περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων, τα οποία οφείλονται σε κακές σχέσεις και κακή συνεργασία μεταξύ ιατρών του ίδιου τμήματος ή άλλων τμημάτων. Ο νομοθέτης, θέτει, με άλλα λόγια, ακόμα ένα κριτήριο στην αποτίμηση της ιατρικής αμέλειας, αυτό της έλλειψης συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ ιατρών ή ιατρικών ομάδων» («Πολίτης» 2006).

## 2.2 Ευρωπαϊκός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Για λόγους σύγκρισης και καλύτερης κατανόησης στην προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος, όπως ορίζεται στην Ευρώπη, παραθέτουμε κάποια άρθρα από τον ισχύοντα Ευρωπαϊκό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας («Αλεξιάδης» 1996).

### Άρθρο 1 (προσαρμοσμένο από Ευρωπαϊκό Κ.Ι.Δ.)

*«Το λειτούργημα του ιατρού αποσκοπεί στην υπεράσπιση της φυσικής και πνευματικής υγείας του ανθρώπου και στην ανακούφιση από τον πόνο, με σεβασμό στη ζωή και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια».*

### Άρθρο 2 (προσαρμοσμένο από Ευρωπαϊκό Κ.Ι.Δ.)

#### **Υποχρεώσεις του ιατρού**

*« Στην άσκηση του επαγγέλματός του, ο ιατρός έχει την υποχρέωση να δώσει προτεραιότητα στα συμφέροντα της υγείας του ασθενή. Ο ιατρός πρέπει να χρησιμοποιεί τις επαγγελματικές του γνώσεις, με μοναδικό σκοπό τη βελτίωση και τη διατήρηση της υγείας αυτών, που του έχουν εμπιστευθεί και μετά από αίτησή τους, σε ουδεμία δε περίπτωση είναι δυνατό να δράσει προς βλάβη τους ».*

## 2.3 Πιθανές αιτίες πρόκλησης βλάβης στον ασθενή

Στην κατηγοριοποίηση των «εν δυνάμει» αιτιών που ευθύνονται για την πρόκληση σωματικής βλάβης στον ασθενή, τα ιατρικά σφάλματα αναφέρονται ως μια από τις σοβαρές αιτίες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ζημία («Πολίτης» 2006).

> **Επεμβάσεις του «αρχάριου»:** Αποτέλεσε ζήτημα στη Γερμανία η επέλευση ζημίας, εξαιτίας ανεπαρκούς εποπτείας σε αρχάριο ιατρό. Στη χώρα μας, είναι εξαιρετικά σύνηθες, ιδίως στις εφημερίες, οι ειδικευόμενοι να αναλαμβάνουν την περίθαλψη του ασθενή, πολλές φορές ενεργώντας κατά απόκλιση των οδηγιών του διευθυντή της κλινικής. Ο ειδικευόμενος ή, εν γένει, ο αρχάριος ιατρός θα πρέπει να λειτουργεί πάντοτε υπό εποπτεία.

> **Παρέκκλιση από τα σύγχρονα standards της ιατρικής επιστήμης:** Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παρακολουθεί τα εκάστοτε ισχύοντα ιατρικά δεδομένα. Ειδικά, η πρόκληση ζημίας στον ασθενή είναι ορατή.

> **Βαριά αμέλεια (ιατρικό σφάλμα) του γιατρού:**

i. Ο γιατρός αποκλίνει σοβαρά από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, αφού αν και υπάρχει ισχυρή ιατρική ένδειξη, παραλείπει να ενεργήσει στο περιστατικό ορθολογικά.

ii. Ο γιατρός δίνει εσφαλμένη αγωγή όσον αφορά στον τόπο, χρόνο, ή σε μέρος του σώματος του ασθενή.

iii. Παράλειψη θεραπείας, παρά το γεγονός ότι η θεραπεία είναι αναγκαία.

iv. Υπερβολική δοσολογία φαρμάκων ή ακτινοβολία, η οποία τελικά προκαλεί βλάβη στον ασθενή.

v. Ο γιατρός αμελεί να παρακολουθήσει την πορεία του ασθενούς, να προβεί σε επανέλεγχο της κατάστασης και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα προς αποφυγή επιπλοκών. Δηλαδή, ο γιατρός, αν και αντιλαμβάνεται επιπλοκή στην υγεία του ασθενούς, δεν προσπαθεί να περιορίσει την έκταση και τις συνέπειες της ζημίας, αλλά τείνει να καλύψει το γεγονός.

vi. Όταν ο γιατρός δε δίνει τις κατάλληλες οδηγίες σε ασθενείς για το πώς θα πρέπει να συμπεριφερθούν μετεγχειρητικά.

> **Ευθύνη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για όργανα και συσκευές που χρησιμοποιεί:** Το προσωπικό του νοσοκομείου, είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία και συντήρηση των συσκευών και οργάνων που χρησιμοποιεί. Η ανορθόδοξη συντήρηση των ιατρικών εργαλείων, μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη ασθενούς.

> **Συναίνεση ιατρού σε μη επιτρεπτή ιατρική πράξη:** Πρόκληση ζημίας με βάση το αποτέλεσμα της ιατρικής παρέμβασης.

> **Ευθύνη της ομάδας:** Σε περιπτώσεις συνεργασίας μεταξύ ιατρών, είναι πιθανή η μη σωστή διάγνωση του προβλήματος που μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη στον ασθενή. Όταν στην ιατρική ομάδα, δεν υπάρχουν τα στοιχεία της συνεργασίας, της καλής συναδελφικής σχέσης και το υψηλό αίσθημα ευθύνης για τη λήψη ορθών διαγνώσεων, τότε το αποτέλεσμα δεν είναι το επιθυμητό.

> **Οργανωτικά προβλήματα νοσοκομείου:** Όταν οι διευθυντές των τμημάτων του νοσοκομείου ή οι διοικητές, δε δίνουν την δέουσα προσοχή στη λήψη κατάλληλων μέτρων για την κατανομή των αρμοδιοτήτων και τη δόμηση της θεραπευτικής διαδικασίας.

> **Νοσοκομειακές λοιμώξεις:** Μολύνσεις από λοιμώξεις που είναι απόρροια πλημμελούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών λόγω υπαιτιότητας κυρίως του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

> **Έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού:** Δημιουργία επιπλοκών κατά την ανάληψη της θεραπείας του ασθενή, αφού το παρευρισκόμενο ιατρικό προσωπικό δεν έχει τις απαραίτητες θεωρητικές και τεχνικές γνώσεις.

Μια άλλη προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος που ορίζεται πάλι ως κατηγορία των πιθανών αιτιών πρόκλησης βλάβης στον ασθενή, γίνεται αυτή τη φορά από μια ομάδα ερευνητών στην Αμερική («Null, Dean, et al.» 2004). Με βάση την αμερικάνικη έκθεση για τους κινδύνους που ελοχεύουν από την συμβατική Ιατρική, το αμερικάνικο σύστημα υγείας με την έγκριση της κυβέρνησης, μπορεί να προκαλέσει κάποιες ζημιές στον ασθενή, όπου εμπεριέχεται εκεί και το ιατρικό σφάλμα.

> **Επιπλοκές και κακή χρήση των φαρμάκων (adverse drug reactions-ADRs):** Πολλές φορές, η μη ορθολογική χρήση και η λανθασμένη επιλογή των ιατροφαρμακευτικών σκευασμάτων, είναι πιθανόν να προκαλέσει διάφορες επιπλοκές στην υγεία του ασθενούς. Σύμφωνα με την ομάδα ερευνητών στη έκθεση Death by Medicine, οι σοβαρές επιπλοκές και επιδράσεις των φαρμάκων εκδηλώνονται τελικά, μετά την έγκριση από τον αμερικάνικο οργανισμό έγκρισης φαρμάκων, FDA. Έτσι ουσιαστικά, οι ασθενείς μένουν απροστάτευτοι, μη γνωρίζοντας την αλήθεια για τα σκευάσματα που εισχωρούν στον οργανισμό τους, αφού ένα φάρμακο είναι ασφαλές όταν βρίσκεται ήδη πολλά χρόνια στην αγορά. Καταλήγουν οι ερευνητές στο γεγονός ότι η κατάχρηση της τεχνολογίας και κατ' επέκταση των νέων ιατρικών φαρμάκων οδηγεί μόνο στην ολοένα αύξηση της προσφοράς ποικίλων ανώφελων ιατρικών εφαρμογών, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο.

> **Ιατρικά σφάλματα (medical errors):** Αναφέρονται σε σφάλματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, λόγω αμέλειας και ανορθόδοξης χρήσης της ιατρικής επιστήμης.

> **Έλκη λόγω κατάκλισης (bedsores):** Η μακροχρόνια παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, μπορεί να βλάψει ανεπανόρθωτα την υγεία του. Σύμφωνα με την αμερικάνικη έκθεση, οι πρώτοι υποψήφιοι για αυτήν την ασθένεια είναι οι ηλικιωμένοι,



άνω των 70 ετών. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι για την ηλικία των 70<sup>+</sup>, το έλκος λόγω κατάκλισης, καταλαμβάνει τετραπλάσια αύξηση στις κατηγορίες θανάτου στην Αμερική. Η παραπάνω ασθένεια που οφείλεται αποκλειστικά στην άσκοπη και ανώφελη παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, αποτελεί εξαιρετική επιβάρυνση για την οικογένεια του ασθενούς ενώ απαιτείται εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό. Τις περισσότερες φορές, το μόνο που επιτυγχάνεται με την παρατεταμένη νοσηλεία, είναι η επίσπευση δυνητικών προβλημάτων υγείας.

> **Νοσοκομειακές λοιμώξεις (Nosocomial infection):** Πρόκειται για μεταδιδόμενα μικρόβια που βρίσκονται μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι νοσηλευόμενοι με σοβαρές ασθένειες που έχουν αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα, είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να κολλήσουν αυτές τις νοσοκομειακές λοιμώξεις. Έχει παρατηρηθεί ότι τα περιστατικά θνησιμότητας που οφείλονται σε νοσοκομειακές λοιμώξεις να είναι κατά πολύ αυξημένα, εξαιτίας της εξαιρετικής αύξησης της ανθεκτικότητας των ανθρώπινων οργανισμών από τα αντιβιοτικά.

> **Υποσιτισμός (malnutrition in nursing homes):** Παρατηρείται το φαινόμενο στην Αμερική ότι σε πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα γίνονται αρκετές παραβιάσεις που σχετίζονται με σοβαρούς φυσικούς τραυματισμούς ακόμη και με θανάτους. Οι νοσηλευόμενοι υποφέρουν από υποσιτισμό και αφυδάτωση τα οποία επισπεύδουν το θάνατό τους. Σύμφωνα με την αμερικάνικη έκθεση, οι νοσηλευόμενοι που υποσιτίζονται έχουν πενταπλάσια πιθανότητα να αυξήσουν τα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τους καλά σιτιζόμενους στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

> **Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων (outpatient iatrogenesis):** Στην Αμερική, παρατηρείται το φαινόμενο όπου πολλοί πολίτες να μην έχουν ιατρική ασφάλιση, λόγω ανέχειας. Γι' αυτόν το λόγο, χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, όταν υπάρχει αναγκαιότητα. Στην πλειοψηφία των περιστατικών, δεν δίνεται η δέουσα προσοχή και δε γίνεται επανεξέταση της πορείας τους ασθενούς, με αποτέλεσμα την πρόκληση σωματικής βλάβης. Το 2002, πάνω από 40 εκατομμύρια άνθρωποι στην Αμερική δεν είχαν ιατρική ασφάλιση και το 20-30% των ασθενών δέχονταν ελλιπή ιατρική περίθαλψη λόγω του χαμηλού προσφερόμενου επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας.

> **Παροχή ανώφελων ιατρικών πράξεων (unnecessary procedures):** Πολλοί ιατροί για να αποφύγουν την πιθανότητα λανθασμένης ιατρικής διάγνωσης, συνταγογραφούν αλόγιστες ποσότητες ιατρικών σκευασμάτων και ιατρικών εξετάσεων. Το αποτέλεσμα

είναι η πρόκληση σοβαρών επιπλοκών και η επιβάρυνση του οργανισμού με περιττές ιατρικές εφαρμογές. Όλες οι ιατρικές πράξεις, εμπεριέχουν κάποια μειονεκτήματα και καμία απ' αυτές δεν είναι αθώα. Έτσι λοιπόν, η επιζήμια επίδραση της ιατρικής πράξης είναι ανάλογη με την υπαρκτή διάσταση του υπερβάλλοντος αριθμού των θανάτων.

> **Διενέργεια άσκοπων χειρουργικών επεμβάσεων (unnecessary surgical procedures):** Σύμφωνα με την αμερικάνικη έκθεση, πολλοί ιατροί, προβαίνουν σε χειρουργικές επεμβάσεις, χωρίς να είναι αποδεκτές από τα σύγχρονα standards της ιατρικής επιστήμης. Πέρα απ' αυτό, οι ασθενείς προβαίνουν σε χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς να έχουν ζητήσει μία δεύτερη γνώμη. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων επεμβάσεων είναι, η καισαρική τομή, η σκωληκοειδίτιδα, η αμυγδαλεκτομή και το γαστρικό bypass για την παχυσαρκία. Το ποσοστό θνησιμότητας από τις ανεξέλεγκτες χειρουργικές επεμβάσεις, έχει αυξηθεί κατακόρυφα. Οι πολύ αμφισβητούμενες χειρουργικές πράξεις είναι ανάλογες με τις αδικαιολόγητες επεμβάσεις όπου οι τελευταίες είναι σε πολύ υψηλό ποσοστό. Οι λόγοι θα μπορούσαν να είναι και οικονομικοί πέρα από το γεγονός ότι ο υπερβάλλον αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων θα μπορούσε να οφείλεται στην εξάλειψη όλων των πιθανοτήτων για τυχόν λανθασμένη διάγνωση, από την πλευρά του ιατρού.

#### **2.4 Ορισμός ιατρικού σφάλματος με βάση το Ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο**

Το ιατρικό σφάλμα «θεωρείται η συμπεριφορά του ιατρού που υπολείπεται σε σχέση με την επιβαλλόμενη επιμέλεια στο επάγγελμά του. Συνιστά παρανομία και υπαιτιότητα, ως συμπεριφορά που αντίκειται στο νόμο αλλά και στους άγραφους κανόνες επιμέλειας που ρυθμίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί ενεργούν σε συγκεκριμένη περίπτωση.

Οι υποχρεώσεις επιμέλειας του ιατρού κρίνονται με βάση το πρότυπο του μέσου συνετού και επιμελούς ιατρού διαμορφωμένο σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ιατρικού επαγγέλματος, όπως η εγγενής επικινδυνότητα για τη ζωή και την υγεία του ασθενούς και η υπαγωγή σε «κανόνες» και πρότυπα συμπεριφοράς που καθορίζονται από την επιστήμη και την πρακτική.

Νεότερες απόψεις προκρίνουν τον ορισμό του ιατρικού σφάλματος ως απόκλιση από τα ιατρικά standards. Ως ιατρικό standard νοείται το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας, στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε δεδομένη περίπτωση η παροχή ιατρικών υπηρεσιών.



Ένα ιατρικό σφάλμα λογίζεται «σοβαρό», όταν από αντικειμενικής ιατρικής απόψεως και με βάση το μέσο όρο γνώσης και εμπειρίας των ιατρών, δεν είναι κατανοητό και ικανό να δικαιολογηθεί, επειδή ένα τέτοιο σφάλμα είναι ολωσδιόλου ανεπίτρεπτο να διαπραχθεί από θεράποντα ιατρό. Όσο σοβαρότερο είναι το σφάλμα, τόσο πιο εύκολο είναι για τον ασθενή να αποδείξει ότι στερήθηκε πολλές ή και όλες τις πιθανότητες να βελτιωθεί σημαντικά ή να αποκατασταθεί πλήρως η υγεία του ή και να σωθεί η ζωή του» («Ομπέση» 2005).

Η έννοια της αμέλειας είναι ιδιαίτερα σημαντική στο δίκαιο της αστικής ιατρικής ευθύνης στην περίπτωση του ιατρικού σφάλματος. «Είναι γνωστό ότι, σε περίπτωση που ο γιατρός κατηγορείται για ιατρική αμέλεια, υπέχει τρία είδη ευθύνης:

**α.** Ποινική, που επιβάλλεται από τα Ποινικά Δικαστήρια και αναφέρεται στην απαίτηση της έννομης τάξης να τιμωρείται εκείνος που από αμέλεια του προκάλεσε θάνατο ή σωματική βλάβη τρίτου.

**β.** Αστική, που επιβάλλεται από τα Διοικητικά Δικαστήρια και αφορά στην υποχρέωση να καταβληθεί αποζημίωση από τον υπαίτιο προς εκείνον που ζημιώθηκε από αδικοπραξία για υλική ζημία ή για ηθική βλάβη ή αν έχει επέλθει θάνατος, για ψυχική οδύνη» («Πολίτης» 2006).

Νομική βάση στην οποία στηρίζονται οι αγωγές αποζημίωσης για ιατρικά σφάλματα, αποτελούν τα άρθρα, 105 Εισ.ΝΑΚ που ορίζει: ... «Για παράνομες πράξεις ή παραλήψεις των οργάνων του Δημοσίου, κατά την ενάσκηση της εξουσίας, που τους έχει ανατεθεί, το Δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή παράληψη έγινε κατά παράβαση διάταξης, που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος ... και 106 Εισ.ΝΑΚ ... «Οι διατάξεις των δύο προηγούμενων άρθρων εφαρμόζονται και για την ευθύνη των δήμων, των κοινοτήτων ή των άλλων ν.π.δ.δ. από πράξεις ή παραλήψεις προσώπων, που βρίσκονται στην υπηρεσία τους...».

Περαιτέρω, εκτός από τις παραπάνω διατάξεις Εισ.ΝΑΚ, στις αγωγές αυτές, προς θεμελίωση της ευθύνης του Δημοσίου και των ν.π.δ.δ., για αποζημίωση, γίνεται συχνότατα, επίκληση συναφών διατάξεων του Αστικού Κώδικα όπως άρθρ. 922 ΑΚ (ευθύνη προστήσαντος), 929 ΑΚ (ευθύνη επί βλάβης του σώματος ή της υγείας προσώπου), κυρίως δε του άρθρου 914 ΑΚ (αποζημίωση για αδικοπραξία) και 932 ΑΚ (αποζημίωση για ηθική βλάβη). Επίκληση του τελευταίου αυτού άρθρου του ΑΚ (932) γίνεται σε όλες σχεδόν τις αγωγές αυτές, από τους ενάγοντες για επιδίκαση ποσού προς αποκατάσταση ηθικής βλάβης.

Πέραν δε των ως άνω συνδυαζόμενων διατάξεων του Εισ.ΝΑΚ και του Αστικού Κώδικα, επειδή στις οικείες υποθέσεις, κατά κανόνα το όργανο του Δημοσίου ή ν.π.δ.δ. (Νοσοκομείου) που προέβη στην παράνομη πράξη, παράληψη ή υλική ενέργεια, για την οποία ενέχεται το Δημόσιο ή ν.π.δ.δ., είναι ιατρός, συνηθέστερα αναφέρονται προς θεμελίωση της ευθύνης αυτών οι διατάξεις του ΑΝ 1565/1939 «Περί Κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος».

Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες διατάξεις, για να θεμελιωθεί ευθύνη προς αποζημίωση, πρέπει να υφίσταται παράνομη πράξη, παράληψη ή υλική ενέργεια αυτών κατά την ενάσκηση της ανατεθειμένης σ' αυτά δημόσιας υπηρεσίας, όπως της ιατρικής περίθαλψης των ασθενών, της παροχής ιατρικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της πείρας σ' αυτό της επιδεικνυόμενης επιμέλειας. Συναφώς δε, απαραίτητη προϋπόθεση θεμελίωσης της ευθύνης αυτής αποτελεί η ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας της φερόμενης ως παράνομης πράξης του οργάνου του Δημοσίου και της ζημίας που έχει επέλθει στον ενάγοντα. Συνήθως προβάλλεται η αμέλεια κατά την άσκηση των ιατρικών καθηκόντων.

Στο αιτητικό των αγωγών αυτών, στην συνολικώς αιτούμενη επιδίκαση συγκεκριμένου ποσού από το εναγόμενο (Δημόσιο ή ν.π.δ.δ.) περιλαμβάνεται σχεδόν πάντοτε αποζημίωση ως χρηματική ικανοποίηση λόγω ψυχικής οδύνης και κατά περίπτωση, έξοδα κηδείας και ταφής (σε περίπτωση θανάτου), θετική ζημία όπως έξοδα νοσηλείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό, αποζημίωση για μελλοντικές στερήσεις (σε περίπτωση ανικανότητας πλέον προς εργασία), έξοδα φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, πρόσληψη αποκλειστικών νοσηλευτριών καθώς και μηνιαία διατροφή (σε περιπτώσεις μόνιμης και ολικής αναπηρίας του παθόντος) («Ψαρρός Ν., Ανδριοπούλου Γ., Κέκη Χ.» 2003).

γ. «Πειθαρχική, η οποία επιβάλλεται σε όλους τους γιατρούς από το Πειθαρχικό Συμβούλιο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίο ανήκει ο γιατρός, και αποσκοπεί στη διατήρηση του κύρους του ιατρικού επαγγέλματος. Αν ο γιατρός εργάζεται στο ΕΣΥ, τότε υπέχει ένα τέταρτο είδος ευθύνης, πειθαρχικής ευθύνης, σύμφωνα με το Δημοσιούπαλληλικό Κώδικα. Πειθαρχική ευθύνη επίσης υπέχουν και γιατροί που εργάζονται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς, που αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ίδια η έννοια του ιατρικού σφάλματος, ενέχει το στοιχείο μόνο της αμέλειας, ενσυνείδητης ή μη συνειδητής και ποτέ το στοιχείο του δόλου, όπως συμβαίνει σε άλλες ελάχιστες περιπτώσεις της ιατρικής πράξης, όπως π.χ.

στην ηθική αυτουργία σε απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενή και στην παθητική δωροληψία ιατρού Ε.Σ.Υ.

Η αμέλεια του ιατρού είναι πάντοτε «αμέλεια», υπό την έννοια που δίνει ο Αστικός και Ποινικός Κώδικας (Α.Κ. 330 εδ. 2 και Π.Κ. 28). Σύμφωνα, με τον Ποινικό Κώδικα, η πρόκληση σωματικής κάκωσης ή βλάβης στην υγεία άλλου, από αμέλεια, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τριών ετών (άρθρο 314 Π.Κ.), ενώ η ανθρωποκτονία από αμέλεια, προβλέπει φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών μέχρι πέντε χρόνια (άρθρο 302 Π.Κ.). Τέλος, για να στοιχειοθετηθεί το αδίκημα πρέπει να υπάρξει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παράλειψης του Ιατρού και του αποτελέσματος» («Πολίτης» 2006).

Τονίζουμε τη λέξη αμέλεια, διότι ο δόλος δεν ταιριάζει στην φύση του Ιατρού αφού κατά τεκμήριο ο ιατρός προβαίνει σε κάθε ιατρική ενέργεια με την αποκλειστική και μόνη πρόθεση θεραπείας των ασθενών του. Οι ενέργειες ιατρών που αποδεικνύονται να έχουν το στοιχείο του δόλου ή εξαπάτησης ασθενών για προσωπικό όφελος ή χρηματισμό, τιμωρούνται από τον νόμο αμείλικτα και συνήθως οι γνωμοδοτικές εκθέσεις από άλλους ιατρούς αναπόφευκτα καταδικάζουν τον ιατρό και οι ποινές είναι πολύ βαριές.

«Η ιατρική αμέλεια που επιφέρει ιατρικό σφάλμα, θα πρέπει να θεωρηθεί ότι τιμωρείται σύμφωνα με τον νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, κατ' αρχήν βάσει της διάταξης του άρθρ. 2 παρ. 3. Η ιατρική αμέλεια κατά το Εθνικό Σύστημα Υγείας τιμωρείται με βάση το άρθρ. 77 παρ. 3 Ν. 2071/1992, που αναφέρεται «σε ατελή και μη εκπλήρωση των καθηκόντων των ιατρών». Επίσης, σύμφωνα με το άρθρ. 107 παρ. 1 περ. στ. Ν. 2683/1999 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα, ως πειθαρχικό αδίκημα, θεωρείται «η αμέλεια, καθώς και η αμελής ή μη έγκαιρη εκπλήρωση του καθήκοντος». Η ιατρική αμέλεια, κατά το Δημοσιοϋπαλληλικό Δίκαιο, θα πρέπει να κρίνεται με βάση τα κριτήρια του Ποινικού Κώδικα, (Π.Κ. 28) και της εν γένει θεωρίας για την ιατρική αμέλεια. Η ιατρική αμέλεια, είτε εξετάζεται στο Αστικό είτε στο Ποινικό είτε στο Πειθαρχικό Δίκαιο, προϋποθέτει την απόκλιση από το απαιτούμενο μέτρο επιμέλειας, την επέλευση ζημίας-σωματικής βλάβης ή την απώλεια ζωής και τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της πλημμελούς συμπεριφοράς ή της παράλειψης και της επελθούσας ζημίας» («Πολίτης» 2006).

Αναλυτικότερα, «σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ποινικού Κώδικα, 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» («Κουτσελίνης» 2001).

Στην έννοια της αμελούς συμπεριφοράς του ιατρού περιέχεται και ο ορισμός της πλημμελούς συμπεριφοράς που περιλαμβάνει το στοιχείο της πλάνης και της έλλειψης προσοχής. Χαρακτηριστικό της αμέλειας του ιατρού, είναι 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. Όσον αφορά την έλλειψη προσοχής, ουσιαστικός γενεσιουργός παράγοντας της ιατρικής ευθύνης είναι η μη επίδειξη της απαιτούμενης προσοχής («Κουτσελίνης» 2001).

«Για παράδειγμα, ένα αδίκημα του ιατρού, όπως η αμελής και υπαίτια συμπεριφορά, που είχε, ως αποτέλεσμα, να υποστεί σωματική βλάβη και ζημία ο ασθενής, στοιχειοθετεί τόσο ποινικό αδίκημα (Π.Κ. 308 επ.), όσο και αστικό αδίκημα (Α.Κ. 914 επ., 928, ενδεχομένως Α.Κ. 57 επ.), καθώς και αν είναι ιατρός Ε.Σ.Υ. (άρθρ.77 Ν. 2071/1992 σε συνδυασμό με τις διατάξεις των άρθρ. 106, 107 στ. Ν. 2683/1999)» («Πολίτης» 2006).

## 2.5 Ορισμός και αιτίες ιατρικού σφάλματος διεθνώς

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία («Institute of Medicine» 1999) ο ορισμός που δίνεται για το ιατρικό σφάλμα είναι ο εξής:

- ✓ Ως ιατρικό σφάλμα ορίζεται η αδυναμία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να συμπληρωθεί όπως αναμένεται ή η χρήση ενός λάθους σχεδιασμού για να επιτευχθεί ένας στόχος. Τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να αναφέρονται στην κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, στις παρενέργειες των φαρμάκων, στις ιατρικές επεμβάσεις και στον τεχνολογικό ιατρικό εξοπλισμό («QuIC» 2000).
- ✓ Ως παρενέργεια ορίζεται το τραύμα που προκλήθηκε από τον ιατρικό χειρισμό και όχι από την υπάρχουσα αρρώστια ή κατάσταση του ασθενούς.

Επιπλέον, οι αιτίες-ρίζες των ιατρικών σφαλμάτων, σύμφωνα με το IOM («Institute of Medicine» 1999) είναι οι κάτωθι:

- ✓ Πολύπλοκα συστήματα υγείας
- ✓ Αυξανόμενη πολυπλοκότητα παροχής υγείας
- ✓ Πίεση χρόνου
- ✓ Ατελείς πληροφορίες ασθενών για αλλεργικές αντιδράσεις, ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων, προηγούμενες διαγνώσεις και αποτελέσματα εξετάσεων
- ✓ Έλλειψη πληροφόρησης για πρόσφατες παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων
- ✓ Κακή χρήση ιατρικών σκευασμάτων
- ✓ Κακή συνεννόηση για τη χορήγηση φαρμάκων λόγω δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα, σύγχυσης με φάρμακα παρόμοιας ονοματολογίας, λανθασμένη χρήσης μηδενικών και δεκαδικών ψηφίων στη δοσολογία, σύγχυσης στο μετρικό σύστημα με άλλες μονάδες και ακατάλληλων συντομογραφιών
- ✓ Έλλειψη κατάλληλων ετικετών στα σκευάσματα καθώς επανασυσκευάζονται σε μικρότερες ποσότητες με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση για τη σωστή ονομασία και ημερομηνία λήξης τους
- ✓ Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο φωτισμός, η ζέστη, ο θόρυβος, οι διακοπές που αποσπούν την προσοχή του ιατρού

## **2.6 Διαφοροποίηση στην προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος ανά χώρα παγκοσμίως**

Η κάθε χώρα παγκοσμίως, προσεγγίζει το ιατρικό σφάλμα με βάση τους δικούς της κανόνες. Αφού κατεγράφη ο τρόπος που ορίζεται το ιατρικό σφάλμα στην Ελλάδα, έχει σημασία να παρατηρήσουμε πώς κατανοούν και οι υπόλοιπες χώρες την έννοια του ιατρικού σφάλματος. Γενικότερα, «η διεθνής εμπειρία λέει πως τα ιατρικά σφάλματα οφείλονται στις ελλείψεις των συστημάτων υγείας παγκοσμίως, στην κούραση ή την απειρία των ιατρών, αλλά και στη συμπεριφορά των ασθενών, οι οποίοι δεν ενημερώνουν σωστά τον ιατρό τους» («Νικολαΐδης» 2005).

Ξεκινώντας από τις **Ηνωμένες Πολιτείες**, η έννοια του ιατρικού σφάλματος περικλείει οτιδήποτε εμποδίζει τον «σωστό» ασθενή από τη λήψη του «σωστού»

φαρμάκου στη «σωστή» δόση τη «σωστή» ώρα διαμέσου του «σωστού» τρόπου διοίκησης («Addressing Medication Errors in Hospitals» 2001).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες υιοθετούν το σύστημα αντιδικίας ασθενή-ιατρού εξαιτίας της πρόκλησης ζημίας στον πρώτο, όπου τα ποινικά δικαστήρια καθορίζουν την αποζημίωση βασισμένη στην ιατρική αμέλεια. Υπό το πρίσμα αυτού του νομικού συστήματος, η αποζημίωση είναι πληρωτέα, όταν ο ασθενής αποδείξει ότι η ιατρική αμέλεια, είναι η αληθινή αιτία για τη ζημία που υπέστη. Η δικαστική απόφαση, εξαρτάται από το πώς οι ιατροί θα χειριστούν την υπόθεση αντιδικίας με τον ασθενή για τη ζημία που του προκλήθηκε («Health, Nutrition and Population» 2002).

Στο νόμο για την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, δηλαδή του medical malpractice, έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και από την Ουάσιγκτον, εδώ και πολλές δεκαετίες. Σε κάποιες Πολιτείες, τα προβλήματα που σχετίζονται με την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, ονομάζονται προβλήματα σε κρίση κυρίως για τους ιατρούς που θεραπεύουν ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Κάποιοι πιστεύουν ότι το σύστημα υγείας είναι ο υπαίτιος των προβλημάτων, επικρίνοντας τον υπερβολικό αριθμό προσφυγών, τις υπερβολικές αποφάσεις της δικαιοσύνης και την παρότρυνση των ιατρών, για άσκηση αμυντικής ιατρικής. Άλλοι, επικρίνουν την αγορά των ασφαλίσεων για την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Πολυάριθμες Πολιτείες στην Αμερική, έχουν θεσμοθετήσει νομοθεσία που απευθύνεται σε ποικίλες πλευρές του θέματος της κακής άσκησης της ιατρικής πρακτικής. Επιπλέον, η κυβέρνηση του προέδρου των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής George Bush, έχει θεσπίσει νομοθεσία για να μειώσει τον αριθμό των αντιδικιών και να περιορίσει τις ζημιολογικές επιβληθείς κυρώσεις στους ιατρούς από τις αγωγές των ασθενών, για τη μη σωστή εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Ο νόμος στην Αμερική για την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, ήταν παραδοσιακά, υπό την επίβλεψη της εξουσίας των Πολιτειών και όχι από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Ο αμερικάνικος νόμος για την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, θα λέγαμε ότι αποτελεί ένα αντίγραφο του βρετανικού νόμου του 19<sup>ο</sup> αιώνα. Ο νόμος αυτός που περιλαμβάνει την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, είναι μέρος ενός γενικότερου νόμου που σχετίζεται με τις βλάβες που δημιουργούνται στους ανθρώπους και στις περιουσίες, γνωστός ως, νόμος για τις ζημίες. Οι υποθέσεις κακής άσκησης της ιατρικής πρακτικής, αποτελούν ένα παράδειγμα ενός ιδιαίτερου τύπου βλάβης που είναι γνωστή, ως αμέλεια.



Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η εμπιστοσύνη που παραδοσιακά υπήρχε, στα δικαστήρια των Πολιτειών της Αμερικής που διαχειρίζονταν υποθέσεις κακής άσκησης της ιατρικής πρακτικής, άρχισε να κλονίζεται. Καθώς τα ασφάλιστρα για την αστική ευθύνη των ιατρών αυξήθηκαν απότομα, οι Ιατρικοί Σύλλογοι, άρχισαν να πιέζουν το νομοθετικό σώμα των Πολιτειών να αλλάξουν πολλούς από τους κυβερνητικούς νόμους που είχαν θεσπιστεί πριν δυο αιώνες, για την αντιδικία ιατρών-ασθενών.

Στη συνέχεια, ο νομοθέτης άλλαξε πολλές διατάξεις του νόμου για την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής και υιοθετήθηκαν νέες, όπως οροφή στο ποσό της αποζημίωσης στους ασθενείς, ευαισθητοποίηση του κοινού για θέματα malpractice και υιοθέτηση μεθόδων ενημέρωσης των ασθενών, για τέτοια ζητήματα. Προσφάτως, το Κογκρέσο των Ηνωμένων Πολιτειών, μελέτησε το ενδεχόμενο να θεσπίσει ομοσπονδιακούς νόμους που να έχουν υψηλή βαρύτητα στις υποθέσεις της κακής άσκησης ιατρικής πρακτικής και να υπερισχύουν σε κάθε περίπτωση, από κάποιες νομοθετικές διατάξεις των νόμων που προβλέπουν, μέχρι σήμερα, οι Πολιτείες («Budetti, Bartlett, Waters» 2005).

Είναι γνωστό, ότι τα ιατρικά σφάλματα, μπορούν να υπάρξουν σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας, όπως νοσοκομεία, κλινικές, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, ιδιωτικά ιατρεία και φαρμακεία. Έτσι λοιπόν, ακολουθώντας το αμερικάνικο μοντέλο, όταν το αποτέλεσμα από την ιατρική πράξη δεν είναι το αναμενόμενο και υπάρχουν ενδείξεις για ιατρικό σφάλμα, εντοπίζεται η περιοχή από όπου προκλήθηκε. Υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες που μπορεί να εντοπιστεί το πρόβλημα που προκάλεσε τα ιατρικά σφάλματα που αφορούν φαρμακευτική αγωγή («Elder, Dovey» 2002).

-Διάγνωση: Ανορθόδοξη διάγνωση, καθυστερημένες διαγνώσεις και ιατρικές διαγνώσεις που χάθηκαν από το ένα νοσοκομείο στο άλλο.

-Θεραπεία: Λανθασμένη φαρμακευτική παροχή, λάθος δόσεις φαρμάκων, καθυστερήσεις στην παροχή φαρμακευτικών σκευασμάτων, έλλειψη κάποιων ιατρικών υπηρεσιών.

-Προληπτικές εξετάσεις: Μη απαραίτητες, καθυστερημένες, μη διενεργηθείσες, πολύπλοκες.

Αφού εντοπιστεί το πρόβλημα, τίθεται ο προβληματισμός στο γιατί εμφανίστηκε και γίνεται εξακρίβωση των παραγόντων που θα μπορούσαν να ευθύνονται. Η πλειοψηφία των ιατρικών σφαλμάτων μπορούν να αποδοθούν στους παράγοντες, όπως

έλλειψη γνώσης του φαρμάκου, έλλειψη γνώσης του ασθενή, απόκλιση από τα διεθνή standards και λάθος κρίσης από απροσεξία («Addressing Medication Errors in Hospitals» 2001). Ειδικότερα, με βάση μία αμερικάνικη έρευνα, αναφερόμαστε σε παράγοντες («Elder, Dovey» 2002), όπως:

- Κλινικοί παράγοντες
- Επικοινωνιακοί παράγοντες μεταξύ ιατρού-ασθενή και ιατρού με το υπόλοιπο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Οργανωσιακοί – διοικητικοί παράγοντες
- Ασφαλιστικοί περιορισμοί
- Κυβερνητικοί περιορισμοί
- Μισθοδοσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Σύμφωνα με την άποψη που επικρατεί στην Αμερική για τα ιατρικά σφάλματα, το διοικητικό τμήμα στο νοσοκομείο θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν βαρύ τίμημα για τους ιατρούς και για το λοιπό προσωπικό. Σε μια οργανωμένη κοινωνία που δίνει έμφαση στην αρτιότητα, την ανάληψη ευθυνών και την υπευθυνότητα, η ενοχή για υπαιτιότητα, μπορεί να επιδράσει στην αποτελεσματικότητα του ιατρού σε μελλοντική παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, η διοίκηση του νοσοκομείου, πρέπει να λαμβάνει μέτρα για να βοηθήσει το προσωπικό να ανταπεξέλθει καταλλήλως στα ιατρικά σφάλματα («Paradise Hills Medical Center» 2000).

Επιπρόσθετα, για να αποτιμηθεί η δυνητική και σχετική αξία των οποιονδήποτε λύσεων αποφυγής ιατρικών σφαλμάτων, οι διοικητές των νοσοκομείων πρέπει πρώτα να καταλάβουν τη διαδικασία της ιατρικής πράξης που ακολουθείται, τους παράγοντες στους οποίους τείνουν να λαμβάνουν χώρα τα ιατρικά σφάλματα και τα είδη των σφαλμάτων που μπορούν να προκληθούν («Addressing Medication Errors in Hospitals» 2001).

Στη συνέχεια, προσεγγίζοντας το ιατρικό σφάλμα από την πλευρά της **Βρετανίας**, τα στοιχεία για το ιατρικό σφάλμα, είναι έμμεσα διαθέσιμα από την έρευνα που γίνεται στα κρίσιμα περιστατικά. Το πεδίο έρευνας αφορά τις πηγές που εμπεριέχουν εμπιστευτικές ερωτήσεις, όπου διαφαίνονται οι απαιτήσεις και τα παράπονα των ασθενών («Neale, Woloshynowych, Vincent» 2001).

Επίσης, η Βρετανία αναπτύσσει μηχανισμούς ελέγχου ποιότητας των ιατρικών πράξεων και της ασφάλειας των ασθενών. Έτσι, άρχισε να συγκροτεί οργανισμό ελέγχου των ιατρικών πράξεων μετά από μία αναφορά που έκανε λόγο για 10.000-15.000



θανάτους ετησίως, οφειλόμενους σε ιατρικά σφάλματα. Την ίδια τακτική, ακολουθούν δε η **Γαλλία** και η **Γερμανία** («Κωνσταντοπούλου» 2003).

Στην **Αυστραλία**, οι αιτίες πρόκλησης ιατρικών σφαλμάτων, μπορεί να είναι η ανορθόδοξη λειτουργία ιατρικών μηχανημάτων λόγω τεχνικών προβλημάτων, η αποτυχία να αξιοποιηθεί καταλλήλως η διαθέσιμη πληροφορία, η αποτυχία να οριστεί σωστά μια εξέταση ή μια ιατρική διαδικασία και τέλος η έλλειψη της δέουσας προσοχής στον ασθενή. Γενικώς, σύμφωνα με την αυστραλέζικη αναφορά, το ιατρικό σφάλμα που οφείλεται στην έλλειψη ιατρικής γνώσης, συγκεντρώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά συχνότητας («Neale, Woloshynowych, Vincent» 2001).

Πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, όπως **Σουηδία, Φιλανδία, Νέα Ζηλανδία, Καναδάς (Κεμπέκ)** και η **Αυστραλία**, υιοθετούν ένα σύστημα που ο ιατρός δεν χρειάζεται να χρεωθεί το ιατρικό σφάλμα. Αυτό το νομικό σύστημα διατηρεί μεν την απόδειξη της αμέλειας, αλλά η αποζημίωση στηρίζεται στην αιτιώδη σχέση μεταξύ θεραπείας και ζημίας. Το σύστημα επιτρέπει στους ασθενείς να είναι πιστευτοί ακόμη και στην περίπτωση που δεν υπάρχει απόδειξη της ζημίας και της αμέλειας από τον ιατρό. Η δήλωση του αντικειμενικού καθορίζεται διαφορετικά στο σύστημα.

Επίσης, το σύστημα αυτό, που θα λέγαμε ότι διαφέρει με το αμερικάνικο, ενθαρρύνει τους ιατρούς να συνεργαστούν με το νοσοκομείο για την αναζήτηση του τι προκάλεσε τη ζημία, αντί να τους εμποδίσει να εξασκήσουν το επάγγελμά τους. Αν και η εφαρμογή του συστήματος αυτού διαφέρει ελάχιστα από χώρα σε χώρα, η βασική ιδέα είναι να εξαλείψει τη ζημία ή την υπαιτιότητα από το στοιχείο της αποζημίωσης, να αυξήσει την αμεροληψία με το να σχηματίζει απλά τη διαδικασία απαίτησης, έτσι ώστε οι ασθενείς με αξιόπαινες υποθέσεις να μπορούν να έχουν πρόσβαση στο σύστημα εύκολα και να δικάζονται οι υποθέσεις με σκοπό την αποζημίωση από ζημίες που προκλήθηκαν κατά την διάρκεια της ιατρικής θεραπείας («Health, Nutrition and Population» 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα προβούμε σε μια σύντομη επισκόπηση κάποιων χωρών του πλανήτη, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην τωρινή θέση που λαμβάνουν τα ιατρικά σφάλματα στη ζωή των πολιτών κάθε χώρας και στις ενέργειες που τυχόν έχουν στραφεί οι κυβερνήσεις των χωρών αυτών, ώστε να μειώσουν όσο γίνεται τα σφάλματα στην Ιατρική πρακτική.

### 3.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν μία από τις πρωταρχικές αιτίες θανάτου και πρόκλησης ζημίας, στις ΗΠΑ. «Σύμφωνα με αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ οι θάνατοι αυτοί κάθε χρόνο προξενούνται από τις εξής αιτίες:

- 12.000 θάνατοι από περιττές χειρουργικές επεμβάσεις
- 7.000 θάνατοι από λάθη στην χορήγηση φαρμάκων στα νοσοκομεία
- 20.000 θάνατοι από άλλα λάθη στα νοσοκομεία
- 80.000 θάνατοι από λοιμώξεις στα νοσοκομεία
- 106.000 θάνατοι από ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων και ιατρογενείς αρρώστιες που δεν οφείλονται σε λάθη αλλά σε σωστές από ιατρική άποψη πρακτικές» («Τρεμόπουλος Μ.» 2004).

Επιπλέον, στη βρετανική ιατρική εφημερίδα British Medical Journal, αναφέρεται ότι ο αριθμός των ανθρώπων που χάνονται εξαιτίας λάθους των ιατρών φτάνει τις 100.000 το χρόνο («Λιακοπούλου» 2001).

Δεν είναι τυχαίο ότι λίγο πριν εγκαταλείψει τον προεδρικό θώκο, ο Μπιλ Κλίντον, είχε αναφέρει σε δήλωσή του ότι τα ιατρικά σφάλματα ευθύνονται για περισσότερους θανάτους απ' όσους τα τροχαία. Συνέστησε τότε επιτροπή, προκειμένου να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες για την αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων. Διότι στην Αμερική εφαρμόζεται εδώ και αρκετές δεκαετίες αυτό που και η Ευρωπαϊκή Ένωση θέσπισε πρόσφατα, το «σύστημα επαγρύπνησης» («Αναστασίου» 1999).

Σύμφωνα με μία έρευνα από το Harvard Medical Practice Study (HMPS) το έτος 1991, σε 51 νοσοκομεία με 30.121 εισαγωγές οξέων περιστατικών, στο 3.7% των εισαγωγών, προέκυψαν βλάβες που παρατείνανε την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή

οδήγησαν σε παρατεταμένη ανικανότητα του ασθενούς. Το 69% των βλαβών αυτών, προκλήθηκαν από ιατρικά σφάλματα. Τα δεδομένα αυτά μάλλον υποεκτιμούν το μέγεθος του προβλήματος, αφού δεν έχουν καταμετρηθεί τα «σφάλματα στο παρά λίγο» («near-miss errors»), όπου ο ασθενής γλύτωσε από καλή τύχη ή ισχυρή κράση («N. Engl J Med» 1991).

Σε μία άλλη έρευνα από τον ίδιο οργανισμό και την ίδια χρονολογία, ανευρέθηκαν 3.7% περιστατικά ιατρικού σφάλματος στα νοσοκομεία του δείγματος. Το 70% των ιατρικών σφαλμάτων οδήγησαν σε μικρή ή βραχεία αναπηρία αλλά στο 7% των ιατρικών σφαλμάτων, οι αναπηρίες ήταν μόνιμες και στο 14% αυτών που είχαν μόνιμη ζημία, οι ασθενείς κατέληξαν («Brennan, Leape, Laird, et al.» 1991). Τα ίδια αποτελέσματα ανευρέθηκαν στη μελέτη που έγινε από το Κολοράδο και το Utah, οκτώ χρόνια μετά («Gawande, Thomas, Zinner, et al.» 1999), («Thomas, Brennan» 2000).

Με βάση μία άλλη έρευνα για τους ειδικευόμενους ιατρούς το έτος 1991, το 45% των ειδικευόμενων παθολογίας, παραδέχτηκε πως έχει κάνει τουλάχιστον ένα πολύ σοβαρό ιατρικό σφάλμα. Στο 31% απ' αυτούς που το παραδέχτηκαν, το σφάλμα αυτό οδήγησε στο θάνατο τον ασθενή. Επίσης, ανησυχητικό είναι το στοιχείο, όπου το υπόλοιπο 55% που είναι σχεδόν βέβαιο ότι έκανε αντίστοιχα σφάλματα, δεν είχε καν το θάρρος να το παραδεχτεί («JAMA 265;2089-94» 1991).

Στη συνέχεια το έτος 1995, όσον αφορά τα σοβαρά ιατρικά σφάλματα που γίνονται κατά την χορήγηση των φαρμάκων, η έρευνα του Harvard, βρήκε ένα ποσοστό 0.7%, με βάση την ανάλυση ιατρικών φακέλων. Όμως με μία πιο σχολαστική εξέταση, με βάση την επιθετική καταγραφή των περιστατικών, το ποσοστό των σοβαρών επιπλοκών από τα φάρμακα, ήταν της τάξεως του 7.3% («JAMA» 1995).

Σε χειρουργικές μονάδες ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου στο Chicago το 1997, οι παρατηρητές υποστήριξαν ότι το 45.8% των ασθενών είχε κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν. Το 18% των ασθενών είχαν κάποιο σοβαρό ανεπιθύμητο συμβάν («Lancet» 1997).

Σε μία άλλη έρευνα το 1998, αποφαίνεται ότι τα περισσότερα σφάλματα γίνονται όταν νέοι ιατροί ξεκινούν να υπηρετούν σε μία καινούργια για αυτούς ιατρική υπηρεσία («Eur J Pediatr» 1998).

Κάθε μέρα, περισσότεροι από 250 Αμερικάνοι πεθαίνουν εξαιτίας ιατρικών σφαλμάτων στα νοσοκομεία, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί («The world health report» 2000). Έτσι, λοιπόν, το Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine), βλέποντας εδώ και δεκαετίες ότι το θέμα με τα ιατρικά σφάλματα έπαιρνε ανησυχητικές

διαστάσεις, αποφάσισαν να ενεργήσουν ουσιαστικά. Από την έρευνα που έγινε στην ιατρική βιβλιογραφία, διαφάνηκε ότι τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν ένα πολύ συχνό φαινόμενο για το σύστημα υγείας και είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου στην Αμερική. Ωστόσο, τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα διαφάνηκε ότι απορρέουν από τα συνηθισμένα προβλήματα παροχής ιατρικής φροντίδας και όχι από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής από τους ιατρούς.

Έχοντας, λοιπόν, την έκθεση επισκόπησης του αμερικάνικου συστήματος υγείας και υιοθετώντας κάποιες επιτυχημένες ενέργειες από την βιομηχανία της παροχής ιατρικών υπηρεσιών (μέθοδος benchmarking), προτείνουν κάποια βήματα που πρέπει να γίνουν για να διευθετηθεί το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων.

Έτσι, το Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine), συνέταξε ένα σχέδιο με τέσσερις σημαντικότερες ενέργειες που θα έπρεπε να γίνουν άμεσα. Αρχικά, θεωρήθηκε σημαντικό όλοι οι εμπλεκόμενοι να συνεισφέρουν σ' αυτή τη διεθνή προσπάθεια, ώστε να επεκτείνουν τη γνώση τους ως προς το βαθμό ασφάλειας των ιατρικών παρεμβάσεων. Στη συνέχεια, θεωρήθηκε αναγκαίο, να καταγραφούν οι αιτίες πρόκλησης ιατρικών σφαλμάτων και να κατηγοριοποιηθούν οι τύποι ζημίας που επιβαρύνουν τον ασθενή, μέσω υποχρεωτικών και εθελοντικών συστημάτων πληροφόρησης.

Επιπρόσθετα, στη προσπάθεια καταπολέμησης του προβλήματος, οι ερευνητές πρότειναν τη δημιουργία κάποιων standards για τις ιατρικές πράξεις, με τη συμμετοχή επαγγελματικών και εξουσιοδοτημένων οργανώσεων, ώστε να προλαμβάνονται τα ιατρικά σφάλματα. Τέλος, αναγκαία θεωρήθηκε η δημιουργία συστημάτων ασφαλών ιατρικών παροχών και προστασίας των ασθενών μέσα στους φορείς υγείας. Παρόλο όμως το μεγαλεπήβολο πλάνο του Ινστιτούτο της Ιατρικής, οι προσπάθειες για βελτίωση του φαινομένου, δεν τελεσφόρησαν, λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων και μη ουσιαστικής στήριξης από την κυβέρνηση («Schulman, Kim» 2000).

«Μία άλλη έρευνα, το έτος 2000, με θέμα την ποιότητα του συστήματος υγείας στις ΗΠΑ, διενήργησε το Ίδρυμα Ρόμπερτ Γούντ Τζόνσον όπου συμμετείχαν 600 γιατροί, 400 νοσηλεύτριες και 200 υψηλόβαθμα διευθυντικά στελέχη νοσοκομείων. Η έρευνα αυτή, κατέληγε στο συμπέρασμα ότι το 95% των γιατρών έχουν προσωπικά δει να γίνονται σοβαρά ιατρικά σφάλματα. Επίσης την ίδια απάντηση έδωσαν 9 στις 10 νοσηλεύτριες. Η μελέτη, αυτή, προέκυψε μετά από έκθεση που κυκλοφόρησε το 1999 και η οποία ανέφερε ότι 98.000 ασθενείς πεθαίνουν κάθε χρόνο στις ΗΠΑ λόγω ιατρικών σφαλμάτων. Το Ίδρυμα είχε ξεκινήσει πρόγραμμα από το 2000, ύψους 21 εκατομμυρίων δολαρίων που στόχευε στο να βοηθήσει 6 αμερικανικά νοσοκομεία και ιατρικές

οργανώσεις, να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους» («Φωνή της Αμερικής» 2001).

Με βάση μία άλλη έρευνα, ο μέσος ασθενής στη μονάδα εντατικής θεραπείας, είχε εμπειρία σε σχεδόν δύο ιατρικά σφάλματα ανά ημέρα, το οποίο μεταφράζεται σε ένα επίπεδο με ακρίβεια περίπου 99%. Επίσης, ένα στα πέντε από αυτά τα σφάλματα, ήταν ενδεχομένως σοβαρά ή μοιραία. Επιπρόσθετα, τα ιατρικά σφάλματα ήταν υπαίτια για το θάνατο 131 ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για 854 θανάτους σε εσωτερικούς ασθενείς των νοσοκομείων («Baxter International Inc» 2003).

Στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό American Family Physician (Αμερικάνος Οικογενειακός Γιατρός) είχε αναφερθεί ότι: «πρόσφατοι υπολογισμοί προτείνουν πως κάθε χρόνο περισσότερο από 1 εκατομμύριο άρρωστοι παθαίνουν βλάβες στην υγεία τους ενώ βρίσκονται στα νοσοκομεία και 180.000 περίπου πεθαίνουν εξαιτίας αυτών των βλαβών» («Τρεμόπουλος» 2004).

«Ας σημειωθεί, επιπλέον, ότι οι Αρχές Υγιεινής των ΗΠΑ έχουν διαπιστώσει ότι σημειώνονται 3,7 ιατρικά σφάλματα ανά 100 ασθενείς» («The greek press» 2002). Σύμφωνα με τελευταίες έρευνες, οι ασθενείς που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία, βρίσκονται σε κίνδυνο, αφού τουλάχιστον γίνεται ημερησίως, ένα λάθος στο φάρμακο. Στην Ουάσιγκτον, τα ιατρικά σφάλματα προκαλούν ζημία σε παραπάνω από 1.5 εκατομμύρια Αμερικανών ετησίως. Επίσης, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής, τουλάχιστον ένα τέταρτο των σφαλμάτων μπορούν να προβλεφθούν («Associated Press-cnn» 2006).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του 2005, περίπου 98.000 Αμερικανοί πεθαίνουν ετησίως εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων και παρόμοιος αριθμός υποκύπτει σε νοσοκομειακές λοιμώξεις. Αυτοί οι αριθμοί είναι άκρως ανησυχητικοί για μία χώρα με το πιο υψηλό επίπεδο υγείας παγκοσμίως.

Τον Αύγουστο του 2005, ο πρόεδρος Bush υπέγραψε ένα νομοσχέδιο με σκοπό να μειωθεί ο αριθμός των ιατρικών σφαλμάτων. Η αμερικάνικη νομοθεσία ενέκρινε τη δημιουργία οργανώσεων υπέρ της ασφάλειας των ασθενών, όπου οι ιατροί μπορούν να καταγράφουν τα ιατρικά σφάλματα και τα παρά λίγο ιατρικά σφάλματα. Με βάση αυτές τις αναφορές, οι θεσμοθετημένες οργανώσεις θα εισηγούνται τρόπους αποφυγής τέτοιων σφαλμάτων. Η κυβέρνηση για να εξαλείψει τα αντικίνητρα στο να ανταποκριθούν οι εμπλεκόμενοι στο κάλεσμα αυτό, το νομοσχέδιο δρα και προληπτικά στο να μη χρησιμοποιούνται οι πληροφορίες που κατατίθενται σ' αυτούς τους οργανισμούς από τους ασθενείς, ως στοιχεία απόδειξης της αλήθειας στις δικαστικές αγωγές για την κακή

άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Το απόρρητο των στοιχείων αυτό είναι επιβεβλημένο, για να μην υπάρξει οποιοδήποτε είδος καταστρατήγησης του θεσμού αυτού.

Αυτή η νέα νομοθεσία είναι ένα σημαντικό βήμα στην σωστή κατεύθυνση. Ο νόμος αυτός, επιτρέπει στα νοσοκομεία να μελετούν τα ιατρικά σφάλματα που παρατηρήθηκαν, χωρίς το φόβο ότι η ομολογία των ιατρικών σφαλμάτων θα τους οδηγήσει στην τιμωρία π.χ. να διωχτούν από το αμερικάνικο σύστημα υγείας. Έτσι, θα λέγαμε ότι στο εσωτερικό του νοσοκομείου και στους εμπλεκομένους, έγκειται η μεγαλύτερη ευκαιρία να μειώσουν τις τιμές των καταστροφικών, κατά ομολογία, ιατρικών σφαλμάτων.

Ένας μεγάλος αριθμός αμερικάνικων νοσοκομείων, κατευθύνθηκαν προς αυτήν την προσπάθεια, με ελπιδοφόρα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, νοσοκομεία στην περιοχή Pittsburgh, μετά από αρκετές φιλότιμες προσπάθειες, μείωσαν τις τιμές των νοσοκομειακών λοιμώξεων στο μισό και άλλα κατάφεραν να τις εξαλείψουν τελείως («Spear» 2005).

«Παρόλα αυτά, πριν τρία χρόνια περίπου, η Αμερική είχε σοκαριστεί από τον αιφνίδιο θάνατο της 17χρονης Jessica Santillan που προκλήθηκε από απόρριψη μοσχεύματος καρδιάς και πνευμόνων από τον οργανισμό της. Στις εβδομάδες που ακολούθησαν, το νοσοκομείο Duke Medical Center στο οποίο πραγματοποιήθηκε η επέμβαση ξεκίνησε μία λεπτομερή έρευνα γύρω από το θέμα, ώσπου αποκαλύφθηκε ότι ο λόγος που ο οργανισμός της άτυχης κοπέλας απέρριψε τα μοσχεύματα ήταν στην πραγματικότητα ένα χειρόγραφο λάθος με την ομάδα αίματος του δωρητή πάνω στην ετικέτα που συνόδευε τα όργανα. Έτσι, το νοσοκομείο προχώρησε στη μεταμόσχευση χωρίς να γνωρίζει την ασυμβατότητα των οργάνων με αποτέλεσμα τον θάνατο της 17χρονης.

Δυστυχώς, η ιστορία της Jessica Santillan δεν είναι κάτι το ασυνήθιστο για τα σημερινά ιατρικά δρώμενα. Κάθε χρόνο υπάρχουν περισσότεροι από 45.000 θάνατοι που φτάνουν μέχρι και τους 98.000 στην Αμερική και οφείλονται σε ιατρικά σφάλματα τα οποία είναι αποτέλεσμα κακής πληροφόρησης στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον.

Σφάλματα που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, κοστίζουν περισσότερες ζωές κάθε χρόνο απ' ότι τα τροχαία δυστυχήματα, το AIDS ή ο καρκίνος του μαστού. Επιπρόσθετα, υπάρχουν από 700.000 - 1.000.000 πρόσθετοι τραυματισμοί ετησίως που οφείλονται σε ιατρικά σφάλματα, με αποτέλεσμα να παρατείνεται η αγωνία του ασθενή αλλά και να αυξάνονται τα έξοδα της περίθαλψης μέχρι και 3 δις δολάρια» ( «Proton» 2005).



«Σε μία άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο JAMA, το περιοδικό του αμερικάνικου ιατρικού συλλόγου, αναφέρεται ότι οι ιατρικές πρακτικές ευθύνονται για 250.000 θανάτους το χρόνο, καθιστώντας την ιατρική ως τρίτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ, μετά από τον καρκίνο και τις καρδιοπάθειες. Σε έγκυρα ιατρικά περιοδικά της Αμερικής και της Μ. Βρετανίας, τεκμηριωμένες έρευνες αναφέρουν ότι «οι γιατροί είναι η τρίτη κορυφαία αιτία θανάτου στις ΗΠΑ προξενώντας 250.000 θανάτους κάθε χρόνο» («Τρεμόπουλος Μ.» 2004).

Ακολουθεί, τέλος, ένα μικρό δείγμα από στατιστικά στοιχεία από τα οποία βομβαρδίζεται ο αμερικάνικος τύπος για το σοβαρό θέμα των ιατρικών σφαλμάτων.

- «34% των ιατρών πιστεύουν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα στην Ιατρική είναι η υπαιτιότητα στην κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής («Psychiatric News» 1987).

- Μεταξύ 1976 και 1986, σημειώθηκε 100% αύξηση στις δικαστικές αγωγές απέναντι στους ιατρούς («Psychiatric» 1986)

- Η νίκη στις δικαστικές υποθέσεις δεν εξαλείφει τα επιβλαβή, προερχόμενα από την αντιδικία, ψυχολογικά προβλήματα («Wassersug JD» 1986).

- Ο φόβος της αντιδικίας αυξάνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης (π.χ. περισσότερες ιατρικές εξετάσεις) χωρίς αξιοσημείωτα καλύτερα αποτελέσματα («Owens, A.» 1988).

- 78% των ιατρών νοιώθουν φόβο για τις δικαστικές υποθέσεις που οδηγεί σε άσκοπες δοκιμασίες για τους ασθενείς («Psychiatric News» 1987).

- Το κοινό είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένο για την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής και ζητά αποζημίωση, όταν εντοπιστεί το ιατρικό σφάλμα» («Senator Orrin Hatch, Dr. Harvey Wachsman» 1986)

### **3.2 Βρετανία**

Η Μεγάλη Βρετανία ήταν μια χώρα που φημιζόταν για την ιατρική και τη νοσοκομειακή περίθαλψη που πρόσφερε στους ασθενείς, τα τελευταία χρόνια όμως η εμπιστοσύνη απέναντι στους ιατρούς δεν είναι αυτή που ήταν στο παρελθόν. Ολοένα και περισσότεροι βρετανοί δυσπιστούν για τους ιατρούς και την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της ανωτέρας κατάστασης είναι ο καταγιτισμός καταγγελιών από πολίτες εναντίον ιατρών και ΕΣΥ.

«Στη Βρετανία τα ιατρικά σφάλματα, σκοτώνουν 30.000 Βρετανούς, σύμφωνα με στοιχεία έρευνας που δημοσιεύτηκε στο βρετανική ιατρική εφημερίδα British Medical

Journal. Όπως δήλωσε στο BBC ο γιατρός και εκδότης της ιατρικής εφημερίδας, Ρίτσαρντ Σμίθ, που είναι όργανο του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου, από 20.000 έως 30.000 πολίτες πεθαίνουν εξαιτίας των γιατρών κάθε χρόνο ενώ πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους εξαιτίας των γιατρών. Και ο κ. Σμίθ συνεχίζει: «Οι αριθμοί αυτοί σαφώς είναι πολύ μεγάλοι και θα πρέπει η βρετανική κυβέρνηση να αναθεωρήσει τον τρόπο λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας, τα ποσοστά λάθους θα πρέπει να πέσουν στα ίδια χαμηλά επίπεδα που έχουν οι πιλότοι» («Τρεμόπουλος» 2004), («Λιακοπούλου» 2001).

«Την ίδια στιγμή στο General Medical Council και στο NHS οι υπηρεσίες που καταγράφουν τα παράπονα των πολιτών δέχονται καταγίγισμό καταγγελιών κατά των ιατρών - μόνο στο GMC συμπληρώθηκαν 5000 αιτήσεις από τους ίδιους τους ασθενείς, χωρίς να ληφθούν υπόψη οι αιτήσεις των συγγενών ή ακόμα και οι περιπτώσεις που ανέλαβε ο εισαγγελέας. Οι Βρετανοί φαίνονται να δυσπιστούν απέναντι στους ιατρούς, ενώ η κοινή γνώμη αντιδρά πλέον έντονα όταν δημοσιοποιούνται καταγγελίες ασθενών.

Η Λίζ Τόμας, υπεύθυνη επικοινωνίας της Οργάνωσης Θυμάτων από Ιατρικά Λάθη (Action for the Victims of Medical Accidents), σε συνέντευξή της στο BBC υποστηρίζει: «το πρόβλημα ασφάλειας του ασθενούς έχει εντοπιστεί εδώ και καιρό, απλώς τώρα τελευταία έχει δοθεί η πρέπουσα διάσταση. Η ασφάλεια των ασθενών θα πρέπει να μπει άμεσα στις κύριες προτεραιότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας» («Λιακοπούλου» 2001).

Στη συνέχεια, παραθέτουμε μία έρευνα που διενέργησε ομάδα ερευνητών έχοντας δείγμα από δύο νοσοκομεία του Λονδίνου, με την υψηλότερη συγκέντρωση ασθενών. Βρέθηκε ότι σχεδόν το 11% των ασθενών είχαν μία εμπειρία από ιατρικό σφάλμα και εκτιμούν ότι παραπάνω από το μισό θα μπορούσε να προληφθεί, λαμβάνοντας υπόψη τα standards της ιατρικής επιστήμης. Πιο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι στην τρίτη θέση των ιατρικών σφαλμάτων, βρίσκονται οι ζημίες που οδηγούν σε ανικανότητα ή θάνατο («BMJ» 2001).

Σύμφωνα με στοιχεία του 2001, σε μία άλλη έρευνα με δύο μεγάλα νοσοκομεία πάλι στην περιοχή του Λονδίνου, 10,8% των ασθενών, παραδέχτηκε ότι είχε εμπειρία ενός ή και περισσότερων ιατρικών σφαλμάτων. Τα μισά από αυτά τα ιατρικά σφάλματα, κρίνονταν ότι θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Συνεχίζοντας με την έρευνα, λιγότερο από 20% των ιατρικών σφαλμάτων που θα μπορούσαν να προληφθούν, συνδέονταν ευθέως με χειρουργικές επεμβάσεις ή επείγουσες ιατρικές πράξεις και το λιγότερο από 10% συνδέονταν με λανθασμένη διάγνωση. Το ποσοστό 53% των ιατρικών σφαλμάτων



που θα μπορούσαν να προληφθούν, βρίσκονταν στο γενικό τμήμα φροντίδας του νοσοκομείου και 18% στην περίθαλψη τη στιγμή της ιατρικής πράξης.

Βασιζόμενοι σε μία άλλη έρευνα, 400 άνθρωποι κατέληγαν ή πάθαιναν σοβαρή βλάβη κάθε χρόνο κατά τη διάρκεια ιατρικών πράξεων και κοντά στους 10.000 ανθρώπους είχαν εμπειρία από επιπλοκές των φαρμάκων («Neale, Woloshynowych, Vincent» 2001).

Τέλος σε μία ακόμα έρευνα που είδε το φως της δημοσιότητας, προερχόμενη από τον οργανισμό Chief Medical Officer, υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο σημειώνονται 850.000 με ιατρικά σφάλματα περιστατικά στα βρετανικά νοσοκομεία («Λιακοπούλου» 2001).

Γι' αυτό το λόγο, για να εξομαλυνθεί η κατάσταση με τα ιατρικά σφάλματα, αναπτύχθηκαν μηχανισμοί ελέγχου ποιότητας των ιατρικών πράξεων και ασφάλειας των ασθενών και συγκεκριμένα συγκροτήθηκε οργανισμός ελέγχου των ιατρικών πράξεων («Κωνσταντοπούλου Α.» 2003).

### 3.3 Καναδάς

«Ενδιαφέρον αλλά και κατάπληξη προξενεί η έρευνα που δημοσιεύθηκε το έτος 2004, στο επίσημο περιοδικό του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου. Η έρευνα αυτή χρηματοδοτήθηκε από Καναδικά Ινστιτούτα Ερευνών σε θέματα Υγείας και από το Καναδικό Ινστιτούτο Πληροφοριών σε θέματα Υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, χιλιάδες είναι τα θύματα από ιατρικά σφάλματα κάθε χρόνο στον Καναδά, αφού σημειώνονται από 9.250 έως 23.750 θάνατοι από ιατρικά σφάλματα που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί.

Η ίδια έρευνα αποκαλύπτει ότι ένας στους 13 ασθενείς (κάπου το 7.5%) που νοσηλευόταν σε νοσοκομεία κατά το έτος 2000, υπέστη διάφορες ενοχλήσεις, παρενέργειες εκ των οποίων το 37% θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Μεταξύ αυτών, συμπεριλαμβάνονται λάθος διαγνώσεις, που οδήγησαν σε λάθος χειρουργικές επεμβάσεις και λοιμώξεις που ποτέ δεν διαγνώστηκαν. Ας σημειωθεί ότι οι μεγαλύτεροι αριθμοί των συμβάντων αυτών εντοπίστηκαν στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Οι αποκαλυπτικοί αυτοί αριθμοί, επιβεβαιώνουν τις μέχρι τώρα, ανεπίσημες πληροφορίες, ότι το ποσοστό των ιατρικών σφαλμάτων στον Καναδά είναι αρκετά υψηλό, κατά πολύ υψηλότερο από αυτό των ΗΠΑ. Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου του Καναδά, χαρακτήρισε την έρευνα αυτή σαν «κάλεσμα αφύπνισης» του ιατρικού

κλάδου, για μεγαλύτερη προσοχή από τους ιατρούς και καλύτερη επικοινωνία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού» («Σωφρονάς» 2004).

«Πολύ συχνά απασχολούν την κοινή γνώμη σκάνδαλα που έρχονται στο φως της δημοσιότητας και αφορούν ιατρικά σφάλματα που έχουν κοστίσει τη ζωή σε ανθρώπους. Παρόλα αυτά μέχρι στιγμής καμία χώρα δεν είχε αποφασίσει να πάρει μέτρα, για να αναζητήσει τους λόγους που οδηγούν σε λανθασμένη διάγνωση. Ο Καναδάς, για πρώτη φορά, καθιερώνει μια μεγάλη ιατρική έρευνα, προκειμένου να διαπιστωθούν ιατρικά σφάλματα που έχουν κοστίσει ανθρώπινες ζωές, καθώς και χρήματα στο Ταμείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Έτσι, λοιπόν, διενεργείται μία καταγραφή των ιατρικών λαθών από την περιοχή Οττάβα του Καναδά.

Οι ιατρικοί ερευνητές εξετάζουν τα αρχεία ασθενών από 20 νοσοκομεία σε ολόκληρο τον Καναδά αναζητώντας τα σφάλματα εκείνα που τους οδήγησαν σε θάνατο και σε σοβαρές επιπλοκές υγείας. Τα ιατρικά αυτά σφάλματα, είναι διαφορετικής φύσης, από την κακή διάγνωση και την κακή θεραπεία μέχρι τις επεμβάσεις και την επιλογή των οργάνων τα οποία εγχειρίστηκαν.

Όπως ανακοίνωσε ο αντιπρόεδρος του Καναδικού Ινστιτούτου Υγείας Dr. John Milar, τα ανησυχητικά νούμερα που ήρθαν από τις ΗΠΑ οδήγησαν τις ιατρικές αρχές του Καναδά να πραγματοποιήσουν την ανάλογη μελέτη, που μπορεί στο μέλλον να σώσει ζωές» («The greek press» 2002).

### **3.4 Αυστραλία**

Στην Αυστραλία, τα ιατρικά σφάλματα, έφθαναν στο 16,6%, το έτος 2002 («The greek press» 2002). «Πάνω από 4.500 θάνατοι το χρόνο θα μπορούσαν να αποφευχθούν, αν γίνονταν προγραμματισμένες προσπάθειες αποφυγής σφαλμάτων στα νοσοκομεία, σύμφωνα με τον υπεύθυνο του τμήματος υγειονομικών σπουδών του Πανεπιστημίου Monash της Μελβούρνης, καθηγητή Τζεφ Ρίτσαρντσον, ο οποίος επισημαίνει ότι το πρόβλημα των ιατρικών σφαλμάτων έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας» («Joke of the Day» 2003). Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, στην Αυστραλία παρατηρούνται 18.000 θάνατοι το χρόνο και πάνω από 50.000 άτομα το χρόνο, καταλήγουν με προκύπτουσα σοβαρή ανικανότητα («Ιωαννίδης Ι.» 2002).

«Μιλώντας σε συνέδριο για θέματα υγείας, ο κ. Ρίτσαρντσον συνέκρινε τον αριθμό αυτό των θανάτων με την τροφική δηλητηρίαση 4.500 ατόμων τον χρόνο ή την πτώση 13 αεροπλάνων jumbo με 350 επιβάτες το καθένα ή την

τοποθέτηση από τρομοκράτες 45 βομβών σαν αυτές του Μπαλί με 100 Αυστραλούς θύματα η κάθε μία.

Ο αριθμός των 4.500 θανάτων από ιατρικά σφάλματα είναι εκπληκτικά μεγάλος, κατά τον κ. Ρίτσαρντσον, αν τον συγκρίνουμε με τις 2.409 αυτοκτονίες που λαμβάνουν χώρα κάθε χρόνο, με τους 1.721 θανάτους από τροχαία ατυχήματα και τους 122 θανάτους από την επιδημία του AIDS.

Ο καθηγητής Ρίτσαρντσον, επίσης, καταδίκασε και τον χλιαρό τρόπο με τον οποίο αντέδρασαν οι αρμόδιες αρχές στο συγκεκριμένο πρόβλημα, το οποίο, λέει ο ίδιος, μπορεί να αντιμετωπισθεί πολύ πιο αποτελεσματικά.

Είναι επιβεβλημένο, να αντιμετωπιστούν τα ιατρικά σφάλματα, οι αβλεψίες, οι παραλήψεις και οι αδυναμίες του συστήματος υγείας της Αυστραλίας, κάνοντάς το πιο αποτελεσματικό και αξιόπιστο. Κλείνοντας, ο καθηγητής Ρίτσαρντσον, επισημαίνει ότι θα πρέπει να σταματήσει το φαινόμενο, τα ιατρικά σφάλματα να θερίζουν τις ζωές των ασθενών» («Joke of the Day» 2003).

«Τα ιατρικά σφάλματα στοιχίζουν τη ζωή χιλιάδων Αυστραλών το χρόνο. Δυσανάγνωστες συνταγές γιατρών, λάθος ιατροφαρμακευτική αγωγή, προκαλούν περισσότερους θανάτους ετησίως από ό,τι τα τροχαία ατυχήματα σύμφωνα με τους ειδικούς, όπως συμβαίνει και στην Αμερική.

Ένας από τους μεγαλύτερους εμπειρογνώμονες σε θέματα υγείας στην Αυστραλία, ο δρ. Τζώρτζ Κάνιγκ, ισχυρίζεται ότι ιατρικά σφάλματα ενδέχεται να στοιχίζουν τη ζωή μέχρι και σε 5.000 άτομα το χρόνο. Σύμφωνα με έρευνα που διενήργησε το ημερήσιο έντυπο Herald Sun, οι γιατροί στην Βικτώρια μόνο, αντιμετωπίζουν 100.000 περιπτώσεις αρνητικών αντιδράσεων σε φάρμακα και ιατρικά σφάλματα ετησίως» («Typos.com.cy» 2006).

Σύμφωνα με μία Αυστραλιανή έρευνα του 1995, σε 28 νοσοκομεία της Αυστραλίας με 14.179 εισαγωγές οξέων παριστατικών, μείζονα ανεπιθύμητα συμβάντα κατεγράφησαν στο 16.6% των εισαγωγών, όπου προέκυψε μόνιμη ανικανότητα στο 13.7% και θάνατος στο 4.9%. Ανησυχητικό είναι το στοιχείο ότι πάνω από το 50% των ανεπιθύμητων συμβάντων, μπορούσαν να έχουν προληφθεί («Med J Aust» 1995). Τα ίδια αποτελέσματα αποφέρει και μία άλλη έρευνα από την Αυστραλία, διενεργηθείσα την ίδια περίπου χρονική περίοδο (Quality in Australian Healthcare Study (QAHCS) («Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, Newby, Hamilton» 1995).

### **3.5 Γερμανία**

Στη Γερμανία, ο καθηγητής Rimmel αναφέρει 30.000 νεκρούς ασθενείς το χρόνο («Τρεμόπουλος Μ.» 2004). Η Γερμανία όπως και η Γαλλία, ακολουθώντας τα χνάρια της Βρετανίας, ανέπτυξαν μηχανισμούς ελέγχου ποιότητας των ιατρικών πράξεων και ασφάλειας των ασθενών («Κωνσταντοπούλου Α.» 2003).

«Μελέτες που έχουν γίνει στο εξωτερικό καταγράφουν ως παράγοντες που ευνοούν τα ιατρικά σφάλματα την απειρία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την όχι καλή οργάνωση της λειτουργίας των διαφόρων μονάδων φροντίδας υγείας και την ηλικία των ασθενών (περισσότερα σφάλματα στις πολύ μικρές ή πολύ μεγάλες ηλικίες)» («Φυντανίδου Ε.» 2000).

### **3.6 Ισραήλ**

Σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Ισραήλ (MICU/SICU), οι κλινικοί ιατροί έκαναν 1.7 σοβαρά σφάλματα ανά ασθενή ημερησίως («Crit Care Med» 1995).

### **3.7 Ρουμανία**

«Τέσσερις φορές υψηλότερα σε σχέση με άλλα δυτικά ευρωπαϊκά κράτη είναι τα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας στη Ρουμανία, όπως καταδεικνύει μελέτη του Ταμείου Πληθυσμού του ΟΗΕ. Οι θάνατοι των μητέρων, οφείλονται σε ποικίλα αίτια που έχουν να κάνουν κυρίως με ιατρικά σφάλματα» («ΑΠΕ» 2006).

### **3.8 Νέα Ζηλανδία**

Η έρευνα έλαβε χώρα στη Νέα Ζηλανδία στα δημόσια νοσοκομεία, το έτος 1998. Πάνω από 50.000 ασθενείς είχαν έρθει αντιμέτωποι με ένα ή περισσότερα ιατρικά σφάλματα. Αναλυτικότερα, οι καταγγελίες για ιατρικό σφάλμα ήταν 254 σε σύνολο 398, δηλαδή το 63.8% των πολιτών είχε προβλήματα με την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής («Bismark, Dauer, Paterson, Studdert» 2006).

### 3.9 Τουρκία

Στην Τουρκία, το ιατρικό σφάλμα απασχολεί τους εμπλεκομένους, επαναφέρεται και ερευνάται, μόνο όταν υπάρξει περιστατικό που υποδεικνύει ότι υπάρχει υπαιτιότητα ιατρού. Ωστόσο, η έλλειψη ενημέρωσης και δύναμης των ασθενών, τους οδηγεί στο να είναι έκθετοι απέναντι στους ιατρούς και να δέχονται οτιδήποτε συμβεί, χωρίς καμία επιλογή. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει καμία αναφορά στα θέματα ιατρικού σφάλματος, οφείλεται στο ότι δεν έχει θεσμοθετηθεί στην Τουρκία, η αρχή των δικαιωμάτων των ασθενών.

Βέβαια, τώρα τελευταία αυτό τείνει να διορθωθεί, από τη στιγμή που θεσμοθετήθηκε ο «Κανονισμός για τα Δικαιώματα των ασθενών» από το Υπουργείο Υγείας, το 1998. Στη συνέχεια, ένα άλλο νομοθετικό πλαίσιο που αναφέρεται αποκλειστικά στα ιατρικά σφάλματα με τίτλο «Υπαιτιότητα ιατρών εξαιτίας της κακής άσκηση της ιατρικής πρακτικής» και ετοιμάζεται να γίνει νόμος του τουρκικού κράτους, δημιουργεί αρκετές ελπίδες στο να ευαισθητοποιηθεί το κοινό στην έννοια του ιατρικού σφάλματος («Büken N., E.» 2003).

### 3.10 Ιταλία

Στην Ιταλία, καθημερινά πεθαίνουν από ιατρικά σφάλματα 90 άνθρωποι και 50.000 κάθε χρόνο, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν στο συνέδριο της AIOM, το 2006 (Ενωση των Ιταλών Ογκολόγων). Περίπου 320.000 έχουν υποστεί ζημιές από ιατρικά σφάλματα, εκ των οποίων το 50% θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί. «Τα ιταλικά νοσοκομεία είναι πιο επικίνδυνα από τις autostrade», έγραψε ο ιταλικός Τύπος, αφού «οι γιατροί προκαλούν περισσότερα ατυχήματα» από τα τροχαία. Διαπιστώνουμε, λοιπόν ότι στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν πολλές χώρες εκτός της Ιταλίας, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, Αυστραλία κ.α.

Σύμφωνα με την έρευνα της εταιρίας Clinical Risk Management, που ασχολείται με το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων, στην Ιταλία σημειώθηκαν τα τελευταία 7 χρόνια, σημειώθηκαν 65.000 «δυσμενή περιστατικά».

Ειδικότερα, τα ιατρικά σφάλματα που σημειώνουν την υψηλότερη συχνότητα εμφανίζονται στα χειρουργεία σε ποσοστό 32%, 28% μέσα στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση, 22% στο τμήμα των πρώτων βοηθειών και 18% στα διάφορα ιατρεία. Επιπλέον, στην Ιταλία οι ειδικότητες που ευθύνονται για τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα είναι το ορθοπεδικό τμήμα με 16,5%, το ογκολογικό με 13%, το μαιευτικό με 10,8% και το χειρουργικό με 10,6%. Παράλληλα, πολλά λάθη γίνονται επειδή χορηγούνται ακατάλληλα ή λανθασμένα φάρμακα, και διότι τα νοσοκομεία για οικονομικούς λόγους δίνουν εξιτήρια στους ασθενείς πριν από τον απαιτούμενο χρόνο.

Ενθαρρυντικό πάντως, είναι το γεγονός που η ιταλική κυβέρνηση συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα του προβλήματος και προσπαθεί με νομοθετικές διατάξεις, να το αντιμετωπίσει. Επιβεβαιώνοντας τα ανωτέρω, η υπουργός Υγείας κα. Λίβια Τούρκο, κατηρίασε το φαινόμενο, δηλώνοντας ότι «έστω και αν πεθαίνει ένας άνθρωπος τον χρόνο, έχουμε υποχρέωση να αντιμετωπίσουμε την κατάσταση» («Χατζηκυριάκος» 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΥΡΩΒΑΡΟΜΕΤΡΟ

### 4.1 Η άποψη των Ελλήνων βάσει έρευνας του Ευρωβαρόμετρου

Από τον Σεπτέμβριο μέχρι τον Οκτώβριο του 2005 με συμμετοχή 1.000 Ελλήνων πολιτών διενεργήθηκε σε συνεργασία με το Ευρωβαρόμετρο και το London School of Economics (LSE) και με την συνεισφορά του Έλληνα καθηγητή Πολιτικής Υγείας στο LSE, κ. Η. Μόσσιαλου, μια έρευνα-δημοσκόπηση για τα ιατρικά σφάλματα («Eurobarometer» 2006). Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν τον Ιανουάριο του 2006, ανέδειξαν το γεγονός ότι οι Έλληνες «τρέμουν» στις συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος. Χρήσιμη θα ήταν μια εκτενής ανάλυση στα αποτελέσματα που εξήχθησαν με βάση τα παρακάτω ερωτήματα που τέθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας.

- 1. Γενικά, πόσο ανησυχείτε για το ενδεχόμενο να υποστείτε ιατρικό σφάλμα;**  
Οι Έλληνες σε ποσοστό 70% εμφανίζονται να είναι οι πιο ανήσυχοι (βλ. διάγραμμα 4.2.α).
- 2. Πόσο πρέπει να ανησυχούν όσοι νοσηλεύονται σε νοσοκομείο για σοβαρά ιατρικά σφάλματα;**  
Οι Έλληνες σε ποσοστό 75% δηλώνουν πολύ και αρκετά ανήσυχοι. Μάλιστα, πολύ ανήσυχοι δηλώνουν το 28% των Ελλήνων, δηλαδή σχεδόν ένας στους τρεις (βλ. διάγραμμα 4.2.β).
- 3. Πόσο σημαντικό πιστεύετε ότι είναι στη χώρα σας το πρόβλημα με τα ιατρικά σφάλματα;**  
Σημαντικό πρόβλημα δηλώνει το 86% των Ελλήνων (βλ. διάγραμμα 4.2.γ).
- 4. Με ποια συχνότητα έχετε ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα στη χώρα σας;**  
Το 61% των Ελλήνων ερωτηθέντων δηλώνει ότι έχει ακούσει ή διαβάσει συχνά για ιατρικά σφάλματα (βλ. διάγραμμα 4.2.δ).
- 5. Έχετε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο;**  
Το 13% των Ελλήνων απαντά θετικά (βλ. διάγραμμα 4.2.ε).



**6. Έχετε εσείς ή κάποιος συγγενής σας υποστεί ιατρικό σφάλμα από κάποιο φάρμακο που σας συνταγογράφησε ιατρός;**

Θετικά απαντά το 9% των Ελλήνων ερωτηθέντων (βλ. διάγραμμα 4.2.ε).

**7. Πόσο βέβαιοι είστε για τους ιατρούς ότι δεν θα κάνουν κάποιο ιατρικό σφάλμα που θα σας βλάψει;**

Εμφανίζονται τα χαμηλότερα ποσοστά εμπιστοσύνης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αφού μόνο το 24% εμπιστεύεται το νοσηλευτικό προσωπικό και το 25% τους ιατρούς. Ο βαθμός εμπιστοσύνης διαφοροποιείται όταν μιλούν για τους οδοντιάτρους, όπου τους εμπιστεύεται το 35% των ερωτηθέντων (βλ. διάγραμμα 4.2.ζ).

**8. Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να πέσει θύμα σοβαρού ιατρικού σφάλματος κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο, λόγω εσφαλμένου χειρισμού από ιατρό ή προσωπικό του νοσοκομείου;**

Το 75% των Ελλήνων απαντά πώς είναι πιθανό το ενδεχόμενο αυτό (βλ. διάγραμμα 4.2.η).

**9. Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να αποφύγει ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο;**

Το 38% των ερωτηθέντων Ελλήνων, θεωρεί πιθανή περίπτωση να αποτρέψει ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα κατά τη νοσηλεία του (βλ. διάγραμμα 4.2.θ).

Από τα αποτελέσματα που εξήγαγε η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, κρίνουμε ότι περίπου επτά στους δέκα Έλληνες σε ποσοστό δηλαδή 70% ανησυχούν, επειδή πιστεύουν ότι ως ασθενείς θα βρεθούν αντιμέτωποι με λανθασμένη διάγνωση, θεραπεία ή φαρμακευτική αγωγή. Δεν είναι τυχαίο ότι το 86% των Ελλήνων χαρακτηρίζει τα ιατρικά σφάλματα ως πολύ σοβαρό πρόβλημα ενώ δηλώνουν ότι το 75% των νοσηλευόμενων πρέπει να ανησυχεί για την περίπτωση ιατρικού σφάλματος.

Στην ερώτηση για την πιθανότητα που έχει ένας ασθενής να δεχτεί ιατρικό σφάλμα στο νοσοκομείο, 27% των Ελλήνων ερωτηθέντων, το θεωρούν πολύ πιθανό να συμβεί. Παράλληλα, η Ελλάδα εμφανίζεται μία από τις πιο προβληματισμένες χώρες της Ευρώπης και λαμβάνει το 22% του μεριδίου από τις χώρες που ανησυχούν για ενδεχόμενο ιατρικό σφάλμα.

Σημαντικό μερίδιο των ερωτηθέντων, έχει αμφιβολίες για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από τις επαγγελματικές ομάδες υγείας. Μόνο



ένας στους τέσσερις πολίτες στη χώρα μας εμπιστεύεται την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι Έλληνες καθίστανται πρώτοι στην κατάταξη μεταξύ των Ευρωπαίων όσον αφορά την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους ιατρούς και τους νοσηλευτές («Μπίτσικα Π., Τρατσά Μ., Νέγκης Α.» 2006).

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός όμως «ότι αν και παρουσιάζονται υψηλά ποσοστά ανασφάλειας, δεν προέρχεται από προσωπική εμπειρία επισημαίνει η Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων κα. Μένη Μαλλιώρα. Σε ποσοστό μόνο 13% δηλώνουν ότι οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχουν βιώσει μία αντίστοιχη αρνητική κατάσταση κατά την περίθαλψή τους, ενώ σε ποσοστό 9% έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα από λανθασμένη επιλογή φαρμάκου που είχε συνταγογραφήσει κάποιος γιατρός.

Σύμφωνα με την κα. Μαλλιώρα, πράγματι οι Έλληνες αναφέρουν την μεγαλύτερη ανησυχία για την παροχή υπηρεσιών υγείας και την πιθανότητα ιατρικών σφαλμάτων, αν και στην πράξη οι αναφερόμενες εμπειρίες είναι, σε σημαντικά μικρότερο, ποσοστό. Αναμφίβολα η ερμηνεία των δεδομένων είναι δύσκολη και πολυπαραγοντική, κανείς όμως δεν μπορεί να αρνηθεί ότι στην Ελλάδα η αντίληψη διαμορφώνεται, ίσως όχι πάντα αδικαιολόγητα, πρωταρχικά από την φημολογία και δευτερευόντως από την πραγματική εμπειρία» («Ριζογιάννη Μ.» 2006).

## **4.2 Συγκριτική προσέγγιση αποτελεσμάτων μεταξύ Ελλήνων και υπολοίπων Ευρωπαίων, βάσει έρευνας του Ευρωβαρόμετρου**

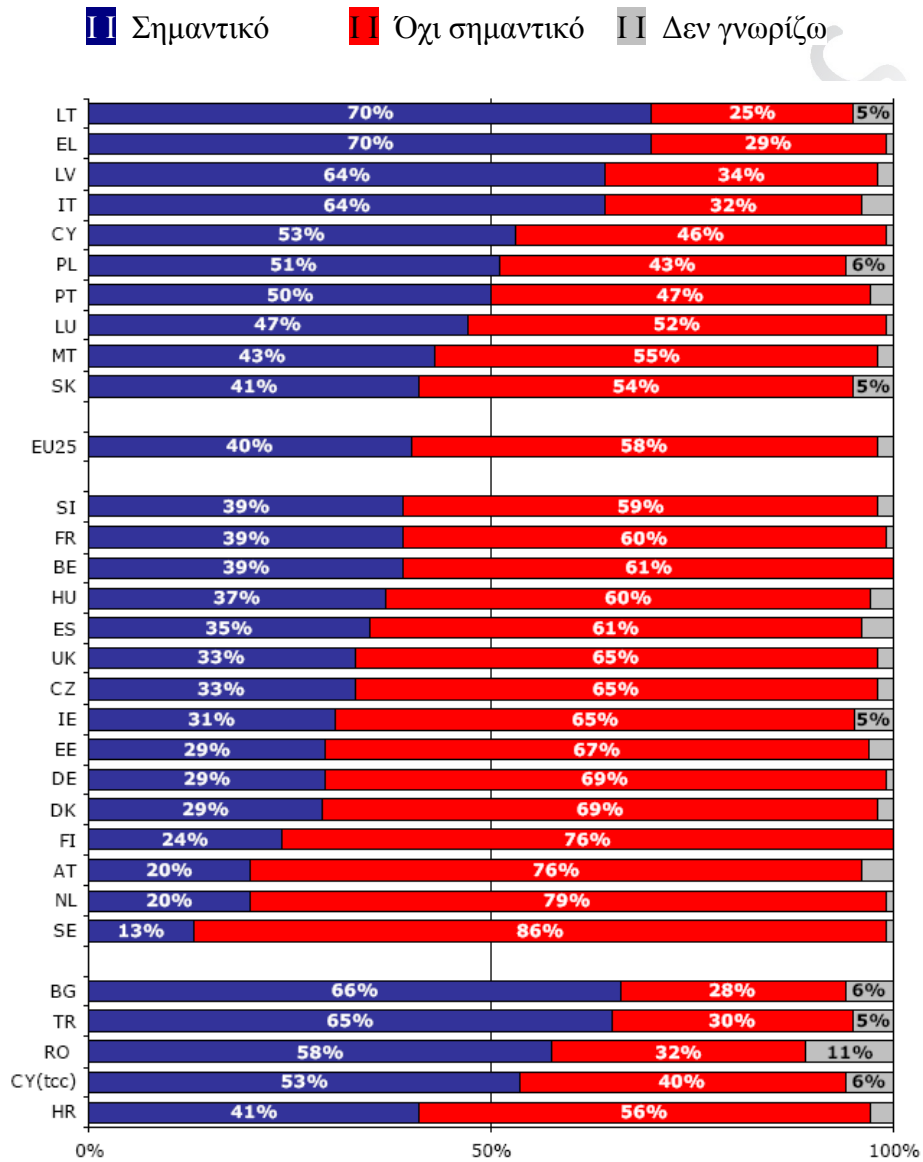
Σε συνέχεια της ανωτέρω δημοσκόπησης του Ευρωβαρόμετρου για την αντίληψη των Ευρωπαίων πολιτών όσον αφορά τα ιατρικά σφάλματα, στην οποία πήραν μέρος 29.000 άτομα από 30 χώρες της Ευρώπης, χρήσιμο θα ήταν να προβούμε σε μια συγκριτική ανάλυση των απαντήσεων μεταξύ των Ελλήνων ερωτηθέντων και των υπολοίπων ευρωπαίων πολιτών.

### ***1. Γενικά, πόσο ανησυχείτε για το ενδεχόμενο να υποστείτε ιατρικό σφάλμα;***

Με βάση το διάγραμμα 4.2.α, οι Έλληνες μαζί με τους Λιθουανούς σε ποσοστό 70% εμφανίζονται οι πιο ανήσυχοι. Οι Έλληνες εμφανίζονται περισσότερο τρομοκρατημένοι για τα ιατρικά σφάλματα από κάθε άλλο λαό της Ευρώπης. Ο μέσος όρος της Ε.Ε. είναι πολύ χαμηλότερα στο 40%. Λιγότερη ανησυχία εκφράζουν οι Σουηδοί (13%), οι Ολλανδοί (20%) και οι Αυστριακοί (20%).

Από την έρευνα διαφαίνεται ότι δύο στους πέντε πολίτες ανησυχούν ότι θα πέσουν θύματα ιατρικού σφάλματος («McGinn P.» 2006). Γενικώς, στην πλειονότητα των χωρών, το μερίδιο εκείνων που δεν ανησυχούν υπερτερεί αριθμητικά σε σχέση με το μερίδιο εκείνων που προτάσσουν μία ανησυχία ότι θα υποστούν ιατρικό σφάλμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.α: Γενικά πόσο ανησυχείτε για το ενδεχόμενο να υποστείτε ιατρικό σφάλμα;-% Χώρα. Πηγή: Special Eurobarometer 241/2006



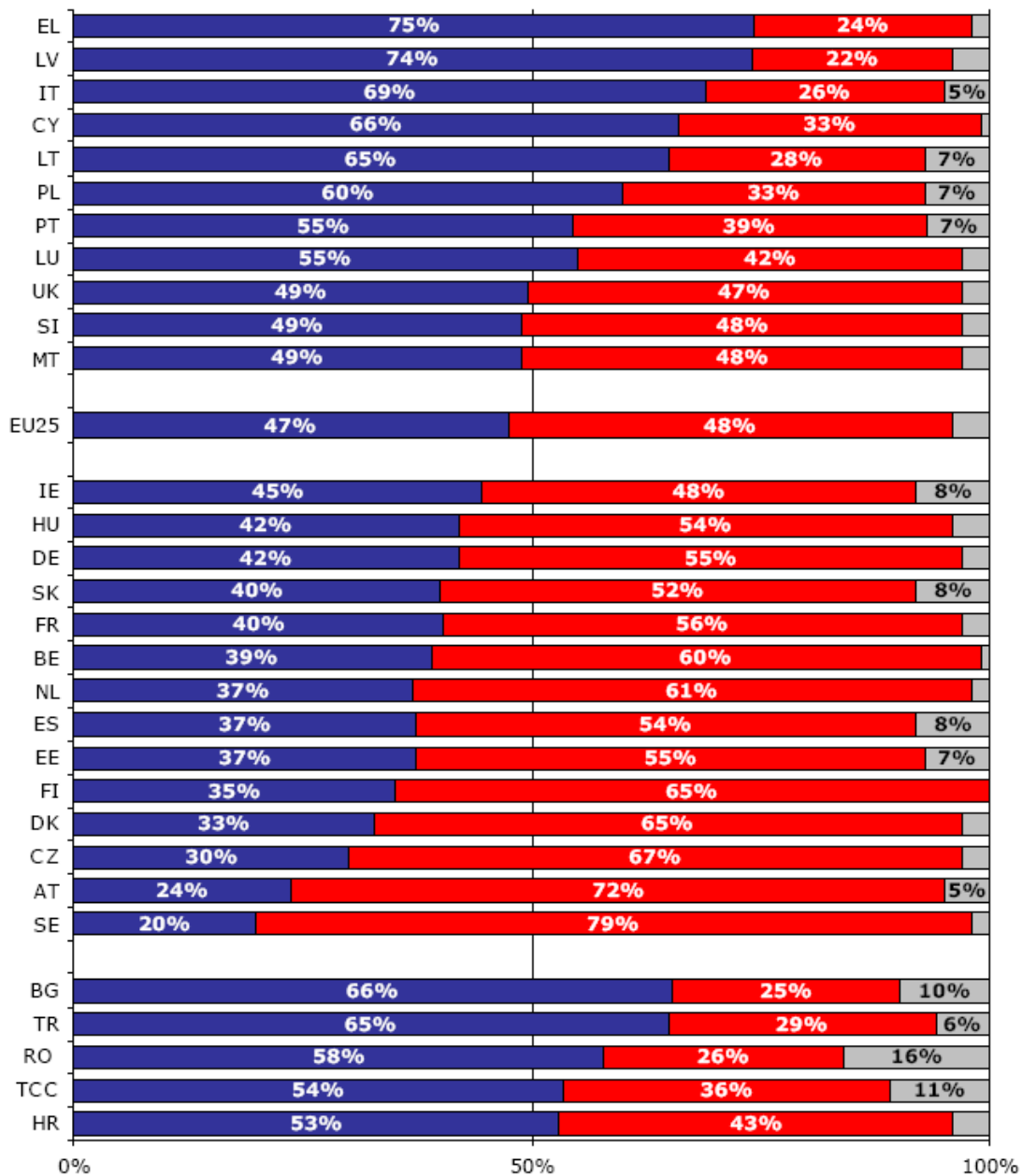
**2. Πόσο πρέπει να ανησυχούν όσοι νοσηλεύονται σε νοσοκομείο για σοβαρά ιατρικά σφάλματα;**

Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.2.β, οι Έλληνες έχουν την πρωτοκαθεδρία σε ποσοστό 75%. Ακολουθούν οι Λευκορώσοι (74%) και οι Ιταλοί (69%), με το μέσο όρο να είναι 48%. Χειρότερες απαντήσεις έδωσαν μόνο οι Κύπριοι, που δηλώνουν πολύ ανήσυχοι σε ποσοστό 31%. Τη λιγότερη ανησυχία εκφράζουν οι Σουηδοί (20%), οι Αυστριακοί (24%) και οι Τσέχοι (30%).

Συνοψίζοντας, οι πολίτες της Νότιας Ευρώπης και των νέων κρατών-μελών που βρίσκονται γύρω από τη Βαλτική Θάλασσα, εμφανίζονται περισσότεροι ανήσυχοι για την ασφάλεια των νοσηλευόμενων ενώ οι πολίτες της Δυτικής Ευρώπης και συγκεκριμένα των σκανδιναβικών κρατών-μελών, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας της χώρας τους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.β: Πόσο πρέπει να ανησυχούν όσοι νοσηλεύονται σε νοσοκομείο για σοβαρά ιατρικά; -% Χώρα. Πηγή: Special Eurobarometer.

■ Σημαντικό ■ Όχι σημαντικό ■ Δεν γνωρίζω



### **3. Πόσο σημαντικό πιστεύετε ότι είναι στη χώρα σας το πρόβλημα με τα ιατρικά σφάλματα;**

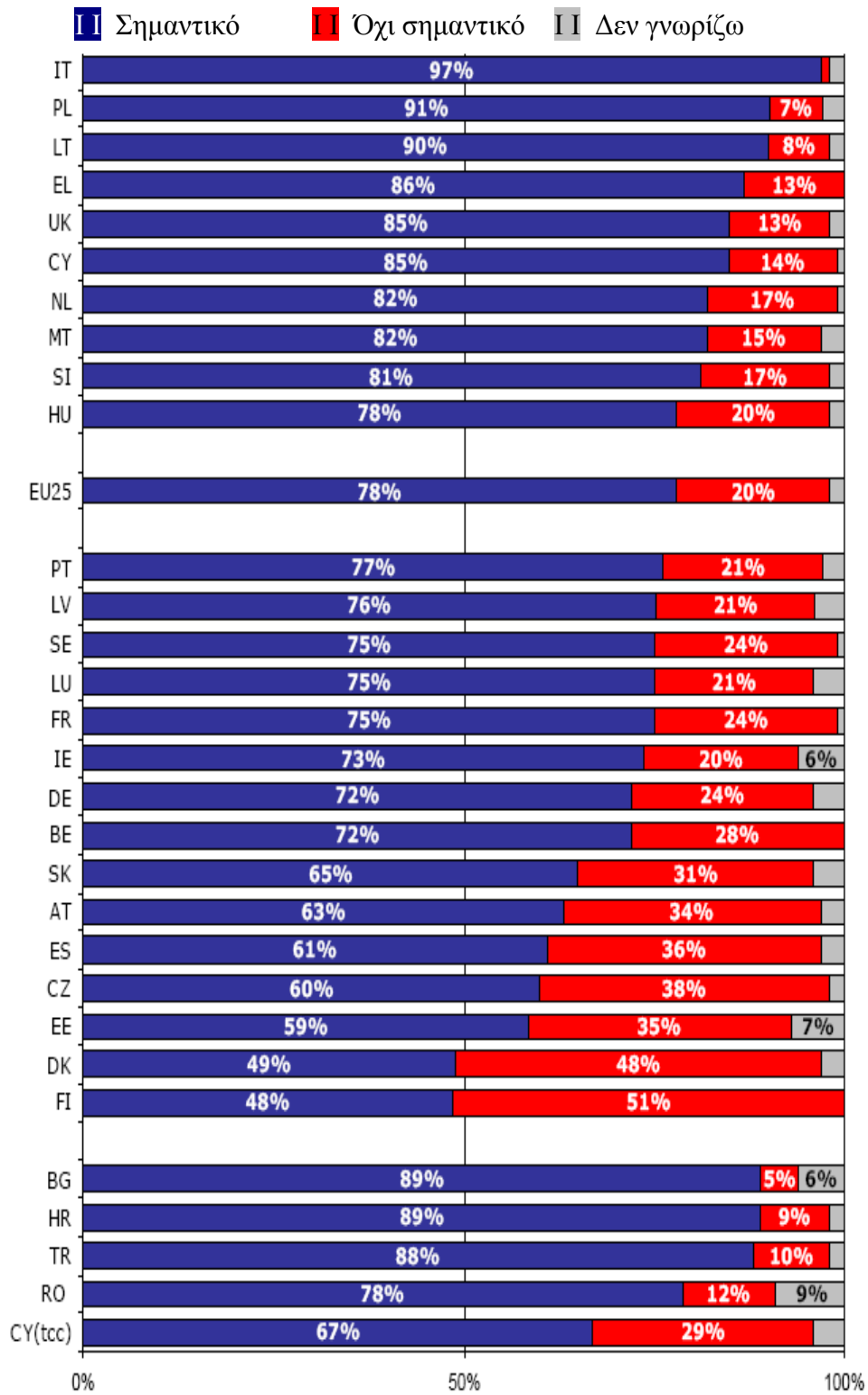
Όπως διαφαίνεται από το διάγραμμα 4.2.γ, τα ιατρικά σφάλματα είναι σημαντικό πρόβλημα για το 86% των Ελλήνων, ποσοστό που φέρει τη χώρα μας στην 4<sup>η</sup> θέση της Ε.Ε. με πρώτη την Ιταλία (97%), ενώ ακολουθούν Πολωνία (91%) και Λιθουανία (90%) με το μέσο όρο στο 78%. Ακριβώς στο μέσο όρο είναι η Ρουμανία, ενώ υψηλότερα είναι η Τουρκία (88%) και Βουλγαρία (89%) και Κροατία (89%). Από την άλλη πλευρά, στις καλύτερες θέσεις είναι η Φιλανδία (48%) και Δανία (49%).

Συμπερασματικά, είναι ξεκάθαρο, με εξαίρεση την Φιλανδία και την Δανία ότι πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες σε κάθε χώρα, που έλαβαν μέρος στη δημοσκόπηση, αντιλαμβάνονται τα ιατρικά σφάλματα ως ένα σοβαρό πρόβλημα στη χώρα τους.

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι όταν οι ερευνητές της δημοσκόπησης θέλησαν να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ προσωπικής εμπειρίας και των ανησυχιών για τα ιατρικά σφάλματα και την αντίληψη για τη σημασία των ιατρικών σφαλμάτων, βρήκαν μια σημαντική σύνδεση.

Για παράδειγμα, 53% εκείνων που οι ίδιοι ή οι συγγενείς τους είχαν υποστεί ιατρικό σφάλμα έκριναν το πρόβλημα των ιατρικών σφαλμάτων στη χώρα τους ως πολύ σημαντικό. Αντιθέτως, μόνο το 33% εκείνων οι οποίοι οι ίδιοι ή τα μέλη της οικογένειάς τους δεν υπέστησαν τις συνέπειες από ένα ιατρικό σφάλμα έκριναν το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων ως πολύ σημαντικό («McGinn P.» 2006).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.γ: Πόσο σημαντικό πιστεύετε ότι είναι στη χώρα σας το πρόβλημα με τα ιατρικά σφάλματα;-% Χώρα. Πηγή: Special Eurobarometer.





#### **4. Με ποια συχνότητα έχετε ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα στη χώρα σας;**

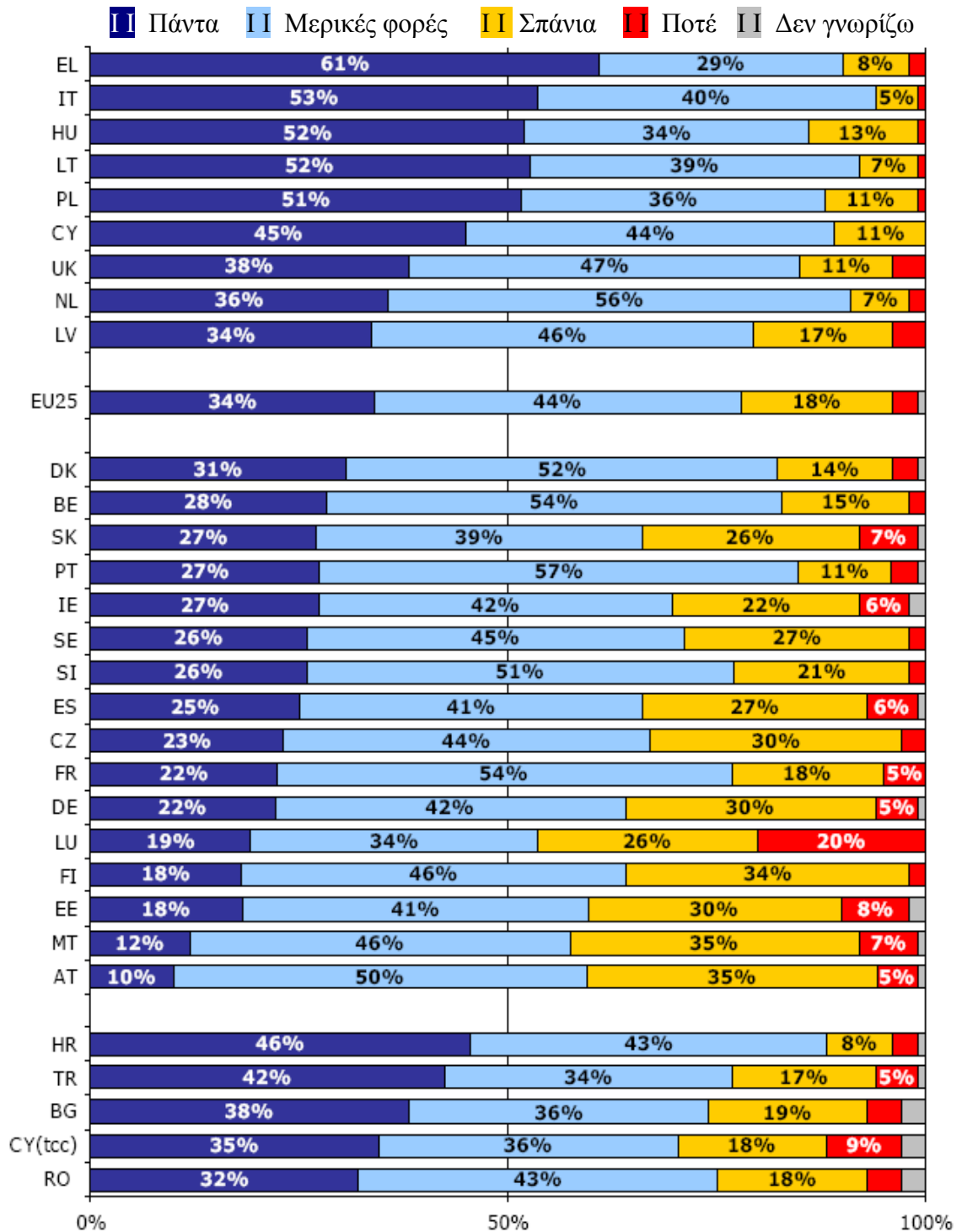
Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.2.δ, η αρνητική πρωτιά ανήκει ξανά στους Έλληνες, σε ποσοστό 61%. Ακολουθούν οι Ιταλοί (53%), Ούγγροι (52%) και Λιθουανοί (52%), ενώ ο μέσος όρος της Ε.Ε. είναι μόλις 34%. Στον αντίποδα, ένας στους πέντε κατοίκους του Λουξεμβούργου δηλώνει ότι δεν έχει ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα στην πατρίδα του. Πολύ πιθανό στον τομέα αυτό να έχει συμβάλει και η στάση των μέσων ενημέρωσης σε κάθε χώρα.

Αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες των 10 νέων κρατών-μελών (44%) είναι πιο πιθανό να έχουν συχνά διαβάσει ή ακούσει για τα ιατρικά σφάλματα από ότι οι πολίτες των παλαιών κρατών-μελών (32%).

Γενικά, οι ερωτηθέντες παρουσιάζονται να είναι αρκετά οικείοι με το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων. Σε όλες τις χώρες της δημοσκόπησης, περισσότεροι από τους μισούς πολίτες, είχαν τουλάχιστον περιστασιακά, διαβάσει ή ακούσει για τα ιατρικά σφάλματα.

Μια σημείωση που θα έπρεπε να γίνει είναι ότι όταν αυτά τα αποτελέσματα προέρχονται από χώρες όπου οι πολίτες εμφανίζονται να είναι οικείοι με το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων, δίνεται στο πρόβλημα μεγαλύτερη έκταση και υπάρχει μεγαλύτερη ανησυχία απ' ότι στα υπόλοιπα κράτη-μέλη.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.δ: Με ποια συχνότητα έχετε ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα στη χώρα;-% Χώρα. Πηγή: Special Eurobarometer.



**5. Έχετε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο;**

Με βάση το διάγραμμα 4.2.ε, το 13% των Ελλήνων ερωτηθέντων απαντά θετικά. Ωστόσο, η Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ καλή θέση, στην 22<sup>η</sup> μεταξύ των 25 χωρών-μελών της Ε.Ε. Καλύτερη θέση έχουν η Ουγγαρία (12%), Γερμανία (12%) και Αυστρία (11%). Στις χειρότερες θέσεις φιγουράρουν οι Λευκορωσία (32%), Δανία (29%) και Πολωνία (28%). Εντύπωση προκαλούν οι απαντήσεις των Δανών, καθώς ένας στους τρεις δηλώνει ότι έχει υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο. Γενικότερα, ο μέσος όρος της Ε.Ε. είναι απροσδόκητα υψηλός, καθώς σχεδόν ένας στους πέντε Ευρωπαίους δηλώνει ότι έχει πέσει θύμα ιατρικού σφάλματος σε νοσοκομείο (18%).

Από τους ερωτηθέντες εκείνους που αντιλαμβάνονται τη σημασία του προβλήματος των ιατρικών σφαλμάτων, περίπου ένας στους πέντε έχει προσωπική εμπειρία στο νοσοκομείο ενώ στην ομάδα εκείνων που βλέπουν το πρόβλημα αδιάφορα, μόνο το 8% έχει ευθέως υποστεί τις συνέπειες του ιατρικού σφάλματος.

Ο συσχετισμός φαίνεται να είναι ακόμη πιο δυνατός όταν υπάρχει το προσωπικό στοιχείο. Έτσι 29% αυτών που υποστηρίζουν ότι ανησυχούν για ενδεχόμενο ιατρικό σφάλμα, στην πραγματικότητα έχουν υποστεί ένα ιατρικό σφάλμα μέσα στο νοσοκομείο ενώ μόνο ένας στους δέκα από εκείνους που δεν ανησυχούν, έχει προσωπική εμπειρία στο θέμα αυτό.

**6. Έχετε εσείς ή κάποιος συγγενής σας υποστεί ιατρικό σφάλμα από κάποιο φάρμακο που σας συνταγογράφησε ιατρός;**

Σύμφωνα με το ίδιο διάγραμμα 4.2.ε, η χώρα μας κατατάσσεται στην 17<sup>η</sup> θέση, καθώς θετικά απαντά το 9% των Ελλήνων. Στην ίδια θέση βρίσκονται Ολλανδία, Ουγγαρία και Κύπρος, ενώ σε καλύτερη θέση βρίσκονται μόνο Γερμανία και Αυστρία με 7%. Η αρνητική πρωτιά ανήκει στη Λευκορωσία (23%) και ακολουθούν από κοντά Δανία (21%), Εσθονία (18%) και Μάλτα (18%). Ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι επίσης αναπάντεχα υψηλός, αφού ένας στους δέκα Ευρωπαίους αναφέρει πως έχει λάβει λάθος φάρμακο μετά από συνταγή ιατρού (11%).

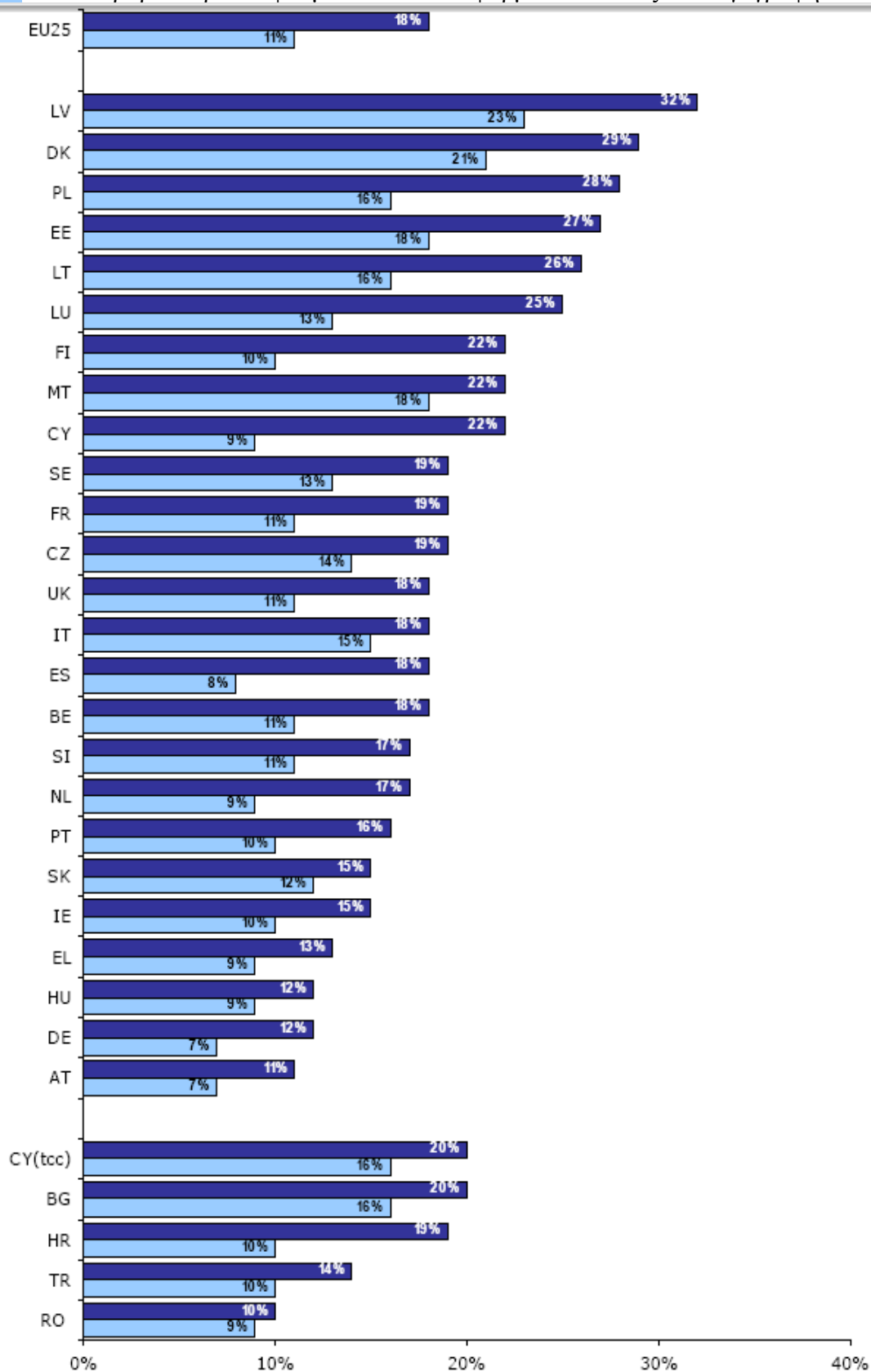
Σχεδόν ένας στους τέσσερις πολίτες ή οι συγγενείς τους έχουν υποστεί τις συνέπειες του ιατρικού σφάλματος ή μιας λανθασμένης χορήγησης φαρμάκου («McGinn P.» 2006).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.ε: Έχετε εσείς ή κάποιος συγγενής σας ...;-% Ναι.

Πηγή: Special Eurobarometer.

I I Ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο

II Ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα από κάποιο φάρμακο που σας συνταγογράφησε ιατρός



**7. Πόσο βέβαιοι είστε για τους ιατρούς ότι δεν θα κάνουν κάποιο ιατρικό σφάλμα που θα σας βλάψει;**

Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.2.ζ, η χώρα μας είναι στην τελευταία θέση μεταξύ των 25 εταίρων της. Μόλις το 25% των Ελλήνων δηλώνουν την εμπιστοσύνη τους στους ιατρούς, το 24% στο νοσηλευτικό προσωπικό και 35% στους οδοντιάτρους. Οι Έλληνες δείχνουν ξεκάθαρα ότι έχουν χάσει την εμπιστοσύνη τους προς τους ιατρούς και το ΕΣΥ.

Ακολουθούν οι Κύπριοι με ποσοστό 28% να έχουν εμπιστοσύνη στους ιατρούς, 27% στο νοσηλευτικό προσωπικό και 30% στους οδοντιάτρους. Οι άλλες χώρες με χαμηλό ποσοστό εμπιστοσύνης στις επαγγελματικές ομάδες υγείας είναι η Βουλγαρία, Πολωνία και Λιθουανία, ενώ ο μέσος όρος της Ε.Ε. είναι αρκετά υψηλός (69%).

Ο βαθμός εμπιστοσύνης ποικίλλει σημαντικά αν και παραμένει συνεπής μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Έτσι λοιπόν, στον αντίποδα, τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους ιατρούς της χώρας τους επιδεικνύουν οι Φιλανδοί (89%), οι Γάλλοι (86%) και οι Βέλγοι (85%). Οι πολίτες της Φιλανδίας έχουν τη μεγαλύτερη πίστη και στις τρεις επαγγελματικές ομάδες υγείας, 93% για τους οδοντιάτρους και 89% για τους ιατρούς και για το άλλο ιατρικό προσωπικό. Από την έρευνα προκύπτει ότι δυο στους τρεις πολίτες πιστεύουν ότι οι γιατροί δε θα τους βλάψουν ενώ τρεις στους τέσσερις πολίτες πιστεύουν ότι οι οδοντίατροι δε θα τους βλάψουν («McGinn P.» 2006).

Οι πολίτες εκείνοι που κρίνουν το πρόβλημα του ιατρικού σφάλματος ως σημαντικό και ανησυχούν ότι θα υποστούν τις συνέπειες ενός λανθασμένου χειρισμού ή έχουν ήδη προσωπικές εμπειρίες, σημειώνουν πολύ χαμηλό ποσοστό εμπιστοσύνης για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τους πολίτες άλλων κρατών-μελών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.ζ: Για κάθε μια από τις παρακάτω επαγγελματικές ομάδες, πόσο βέβαιοι είστε για τους ιατρούς ότι δεν θα κάνουν κάποιο ιατρικό σφάλμα που θα σας βλάψει; Πηγή: Special Eurobarometer.

% Έμπιστοι	Οδοντίατροι	Ιατροί	Ιατρ.προσωπικό
<b>EU 25</b>	<b>74%</b>	<b>69%</b>	<b>68%</b>
BE	90%	85%	86%
CZ	84%	73%	74%
DK	66%	58%	58%
DE	71%	63%	65%
EE	60%	50%	50%
EL	35%	25%	24%
ES	77%	76%	73%
FR	89%	86%	86%
IE	83%	75%	74%
IT	74%	68%	61%
CY	30%	28%	27%
LV	49%	36%	38%
LT	43%	35%	36%
LU	81%	73%	75%
HU	82%	77%	76%
MT	85%	83%	80%
NL	85%	72%	72%
AT	84%	84%	82%
PL	43%	34%	36%
PT	70%	68%	68%
SI	63%	61%	59%
SK	86%	83%	81%
FI	93%	89%	89%
SE	78%	75%	75%
UK	83%	79%	77%
BG	39%	35%	33%
HR	79%	73%	74%
RO	55%	56%	44%
TR	43%	43%	35%
CY(tcc)	38%	41%	33%

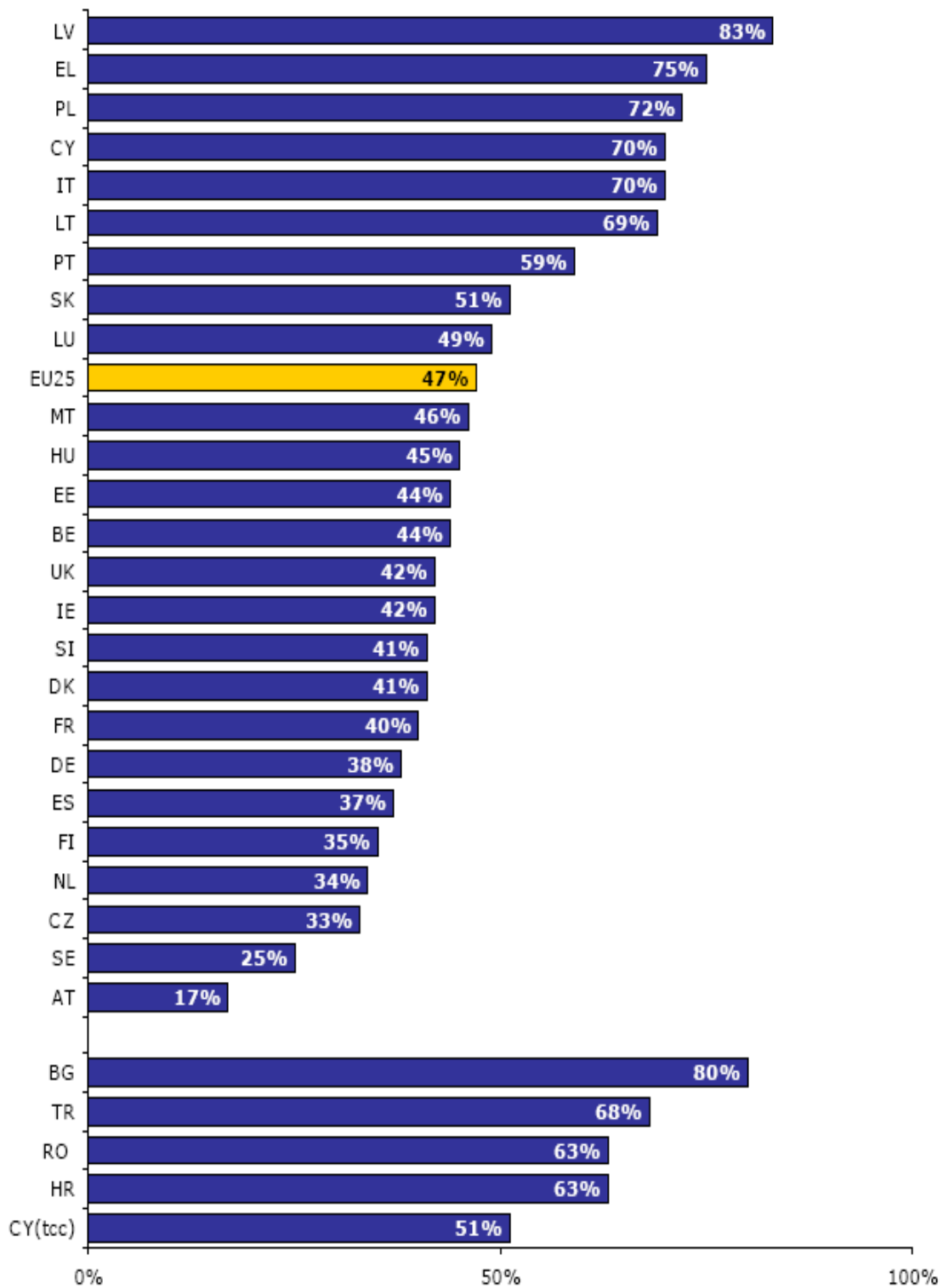
**8. Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να πέσει θύμα σοβαρού ιατρικού σφάλματος κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο, λόγω εσφαλμένου χειρισμού από ιατρό ή προσωπικό του νοσοκομείου;**

Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.2.η, η Λιθουανία είναι πολύ υψηλά σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες με 83% των πολιτών να υποστηρίζουν ότι κάποιο σοβαρό ιατρικό σφάλμα μπορεί να συμβεί στα νοσοκομεία της χώρας τους. Η Ελλάδα κατατάσσεται στη 2<sup>η</sup> χειρότερη θέση, καθώς το 75% των Ελλήνων απαντά πως είναι πιθανό το ενδεχόμενο να αντιμετωπίσουν ένα ιατρικό σφάλμα ως ασθενείς. Πάντως ο μέσος όρος των 25 είναι αρκετά υψηλός (47%), ενώ οι πιο αισιόδοξοι εμφανίζονται οι Αυστριακοί (17%) και οι Σουηδοί (25%).

Γενικά, οι πολίτες των 10 νέων κρατών-μελών (60%) θεωρούν πολύ πιθανό να συμβούν ιατρικά σφάλματα πιο συχνά σε σχέση με τους πολίτες που ζουν στα 15 παλιά κράτη-μέλη (45%). Μπορεί ακόμη να σημειωθεί ότι οι πολίτες των νέων κρατών-μελών φαίνεται να είναι μετριοπαθώς ανήσυχοι για την πιθανότητα ενός ιατρικού σφάλματος στα νοσοκομεία. Αυτό καταδεικνύει η υπόθεση της Βουλγαρίας όπου 80% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι οι λανθασμένοι χειρισμοί κατά τη διάρκεια της θεραπείας στο νοσοκομείο είναι πιθανοί.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.η: Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να πέσει θύμα σοβαρού ιατρικού σφάλματος κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο, λόγω εσφαλμένου χειρισμού από ιατρό ή προσωπικό του νοσοκομείου; Πηγή: Special Eurobarometer.



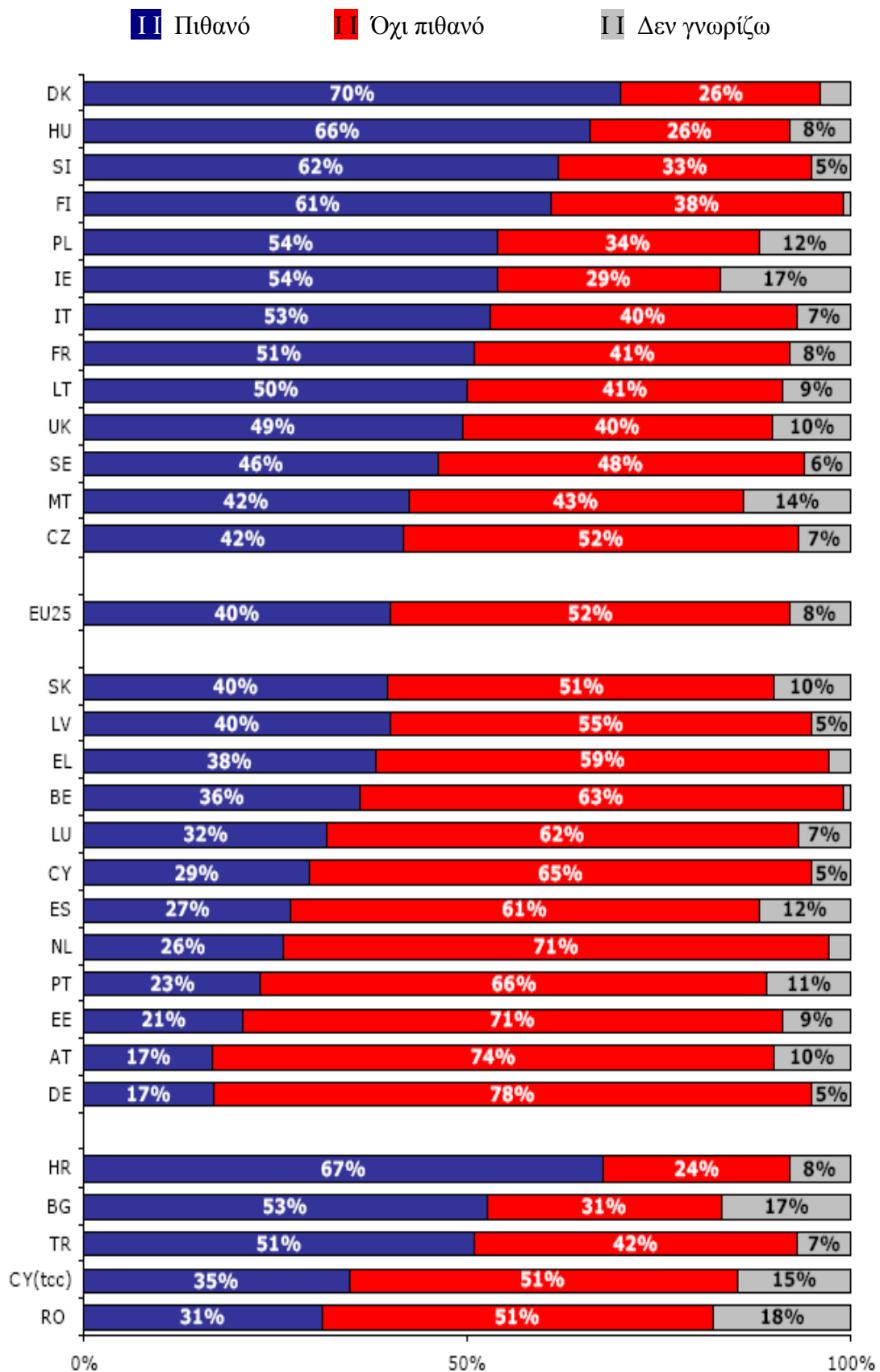
**9. Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να αποφύγει ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο;**

Με βάση το διάγραμμα 4.2.θ, τα αποτελέσματα κυμαίνονται αξιοσημείωτα. Οι Δανοί (70%), οι Ούγγροι (66%), οι Σλοβένοι (62%) και οι Φιλανδοί (61%) ερωτηθέντες είναι οι πιο επιρρεπείς στην σκέψη ότι ένας νοσηλευόμενος ασθενής μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που θα παρασχεθεί η θεραπεία.

Στο τέλος της κατάταξης, οι πολίτες της Γερμανίας (17%), της Αυστρίας (17%), της Εσθονίας (21%) και της Πορτογαλίας (23%) είναι οι λιγότεροι που πιστεύουν ότι ο νοσηλευόμενος ασθενής θα μπορούσε να βοηθήσει στην αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων. Οι πολίτες της Γερμανίας (38% δεν είναι πιθανό), της Πορτογαλίας (33%) και της Αυστρίας (25%), είναι αποφασισμένοι ότι ο νοσηλευόμενος ασθενής δεν έχει κανένα ρόλο στο να αποφύγει ένα ιατρικό σφάλμα.

Γενικά, σε σύνολο 13 χωρών της δημοσκόπησης, η πλειονότητα των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο νοσηλευόμενος ασθενής είναι εκείνος που εξασφαλίζει την σωστή θεραπεία ενώ οι ερωτηθέντες των υπολοίπων κρατών-μελών φαίνονται να επιμένουν στην υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2.θ: Πόσο πιθανό θεωρείτε ένας ασθενής να αποφύγει ένα σοβαρό ιατρικό σφάλμα κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο; Πηγή: Special Eurobarometer.



Είναι αντιληπτό ότι τα αρμόδια όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια Υγεία, έχουν ευαισθητοποιηθεί πάνω στο θέμα του ιατρικού σφάλματος. Έτσι λοιπόν, τον Ιανουάριο του 2001 στην Επιτροπή Δημόσιας Υγείας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, ο κ. Giuseppe Nisticó συνέταξε μία πρόταση για το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας Υγείας («Τρακατέλλης Α.» 2001).

Σύμφωνα με αυτήν την έκθεση, ο κ. Nisticó θέτει ως στόχο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα επόμενα χρόνια την «ανάπτυξη στρατηγικής και μηχανισμών για τη μείωση των κινδύνων ιατρικού σφάλματος, όσον αφορά τη θεραπεία και τις σχετικές συνέπειες. Η κατάρτιση στρατηγικής για την ανίχνευση των αιτίων του σφάλματος στην οργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η εξάλειψη των καταστάσεων κινδύνου και των αιτίων του σφάλματος, θα πρέπει να είναι από τις πρώτες προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατά τον κ. Nisticó.

Η αιτιολόγηση για την πρόταση αυτή έγκειται στη σημασία να συμπεριληφθούν μεταξύ των απειλών για την υγεία εκείνες που προέρχονται από τα ιατρικά σφάλματα τα οποία οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην πολυπλοκότητα και στην ανεπαρκή οργάνωση των νοσοκομείων. Οι θάνατοι και οι βλάβες από τα σφάλματα αυτά παρουσιάζουν μεγάλη άνοδος και υπερβαίνουν, π.χ., στις χώρες όπου υπάρχουν στοιχεία, τις βλάβες από αυτοκινητιστικά δυστυχήματα ή εργατικά ατυχήματα». «Είναι χαρακτηριστικό ότι επιστημονικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε πολλές χώρες, π.χ. στις ΗΠΑ από το Πανεπιστήμιο Χάρβαρντ (The Harvard Medical Practice Study, *Epidemiology of medical error*, 2004), δείχνουν ότι το 10% με 16% των ασθενών έχει υποστεί κατά τη νοσηλεία τις συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος. Μάλιστα έχει υπολογιστεί ότι ποσοστό 5% - 8% αυτών οδηγείται στον θάνατο» («Μπίτσικα Π., Τρατσά Μ.» 2006).

Στην Ευρώπη, σε αντίθεση με τις ΗΠΑ, δεν υφίσταται στρατηγική για την καταπολέμηση αυτής της τραγικής και συχνότατης αιτίας βλάβης της υγείας και της ανθρώπινης ζωής. Γι' αυτόν το λόγο θεωρείται επιβεβλημένη η συνεισφορά των αρμοδίων οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προς την κατεύθυνση της εξομάλυνσης αυτού του παθογόνου ιατρικού φαινομένου.

## **Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

#### **5.1 Στοιχεία της έρευνας**

Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, επιχειρήθηκε η διεξαγωγή μιας ερευνητικής μελέτης για να αποτυπωθεί η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα, με ειδικό αντικείμενο ενδιαφέροντος τα ιατρικά σφάλματα. Εξαιτίας, όμως, της αδυναμίας εύρεσης στατιστικών στοιχείων λόγω έλλειψης κεντρικού συστήματος καταγραφής ιατρικών σφαλμάτων, αποταθήκαμε σε διάφορους φορείς για να συλλέξουμε υποθέσεις ιατρικών σφαλμάτων. Προτιμήθηκαν υποθέσεις πρόσφατων ετών οι οποίες επιλέχθηκαν τυχαία κατά τη διάρκεια μηνών Μαρτίου έως και Ιουλίου. Αν και μικρός ο αριθμός του δείγματος, θεωρούμε ότι είναι ικανό να προσδώσει μια γενική εικόνα της επικρατούσας κατάστασης στη χώρα μας.

Το δείγμα που μπορέσαμε να συλλέξουμε ανέρχεται συνολικά σε 141 υποθέσεις ιατρικού σφάλματος για τα έτη 1988-2007 και προέρχεται από το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών και την Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη. Επίσης, κάποιες υποθέσεις ανευρέθηκαν από τον ηλεκτρονικό και μη Τύπο. Οι υποθέσεις καταχωρήθηκαν σε 10 διαφορετικές κατηγορίες ανά τομέα προέλευσης. Συγκεκριμένα, οι υποθέσεις καταχωρήθηκαν ανά θέμα, νομική μορφή φορέα, ειδικότητα ιατρού, αιτία, ζημία, συνέπεια ζημίας, ενέργειες αποκατάστασης, έκθεση – πόρισμα (από το Σ τ Π), δικαστική απόφαση, πειθαρχική ευθύνη, χρονική διάρκεια υπόθεσης, έτος απόφασης και έτος κλεισίματος υπόθεσης (για το Σ τ Π).

Αναλυτικότερα, από το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών, συλλέχθηκαν συνολικά 67 πρόσφατες υποθέσεις (αγωγές/αποφάσεις), ετών 1994-2007 εκ των οποίων οι 22 υποθέσεις ανέφεραν και τη δικαστική απόφαση. Από τον Συνήγορο του Πολίτη, συλλέχθηκαν συνολικά 23 υποθέσεις ετών 1998-2006. Τέλος, από τον Τύπο, συλλέχθηκαν 51 συνολικά υποθέσεις (αγωγές/αποφάσεις), ετών 1988-2007 (βλ. για αναλυτικά Παράρτημα Β).

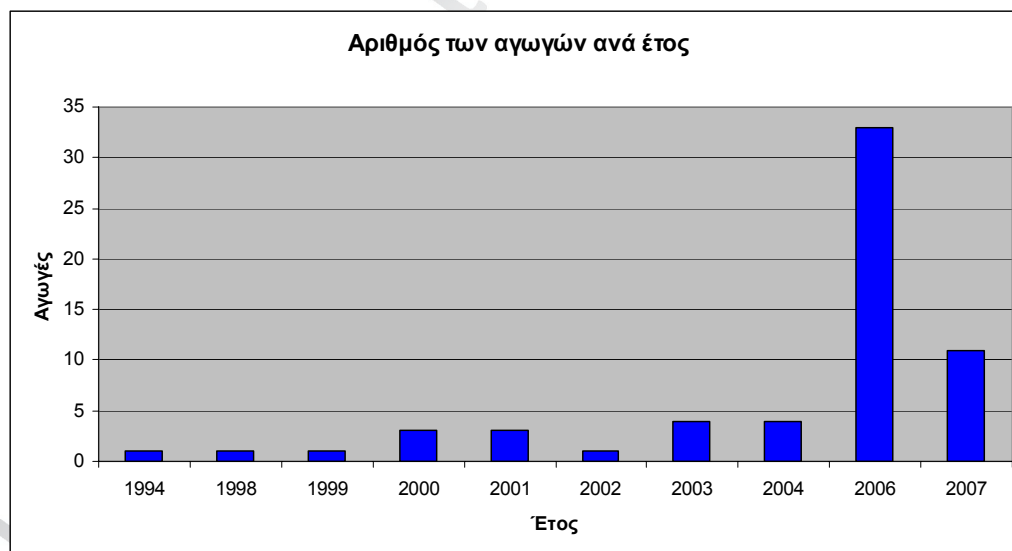
## 5.2 Στατιστική ανάλυση περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος

Θα προχωρήσουμε στην ανάλυση των στοιχείων με βάση την περιοχή προέλευσής τους και με τη βοήθεια διαγραμμάτων θα αποτυπωθεί μία γενική επισκόπηση του προβλήματος.

### 5.2.1 Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών (Δ.Π.Α.)

Οι αγωγές στο Δ.Π.Α., αναφέρονται στις χρονολογίες 1994 έως 2007. Στο διάγραμμα 5.2.1.α διαφαίνονται οι αγωγές που έγιναν από τους ενάγοντες ασθενείς ή συγγενείς τους ανά έτος. Το έτος 2006, σημειώθηκε ο μεγαλύτερος αριθμός αγωγών έναντι των ιατρών ως υπαίτιοι ιατρικού σφάλματος, που έφτασε στις 33 αγωγές.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1.α



Στο διάγραμμα 5.2.1.β, σημειώνεται το ποσοστό εμφάνισης των καταγγελιών ανά νομική μορφή φορέα υγείας. Διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των υποθέσεων αφορά δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Αυτό είναι αναμενόμενο, διότι το Δ.Π.Α., ασχολείται με υποθέσεις μόνο δημοσίων φορέων υγείας.

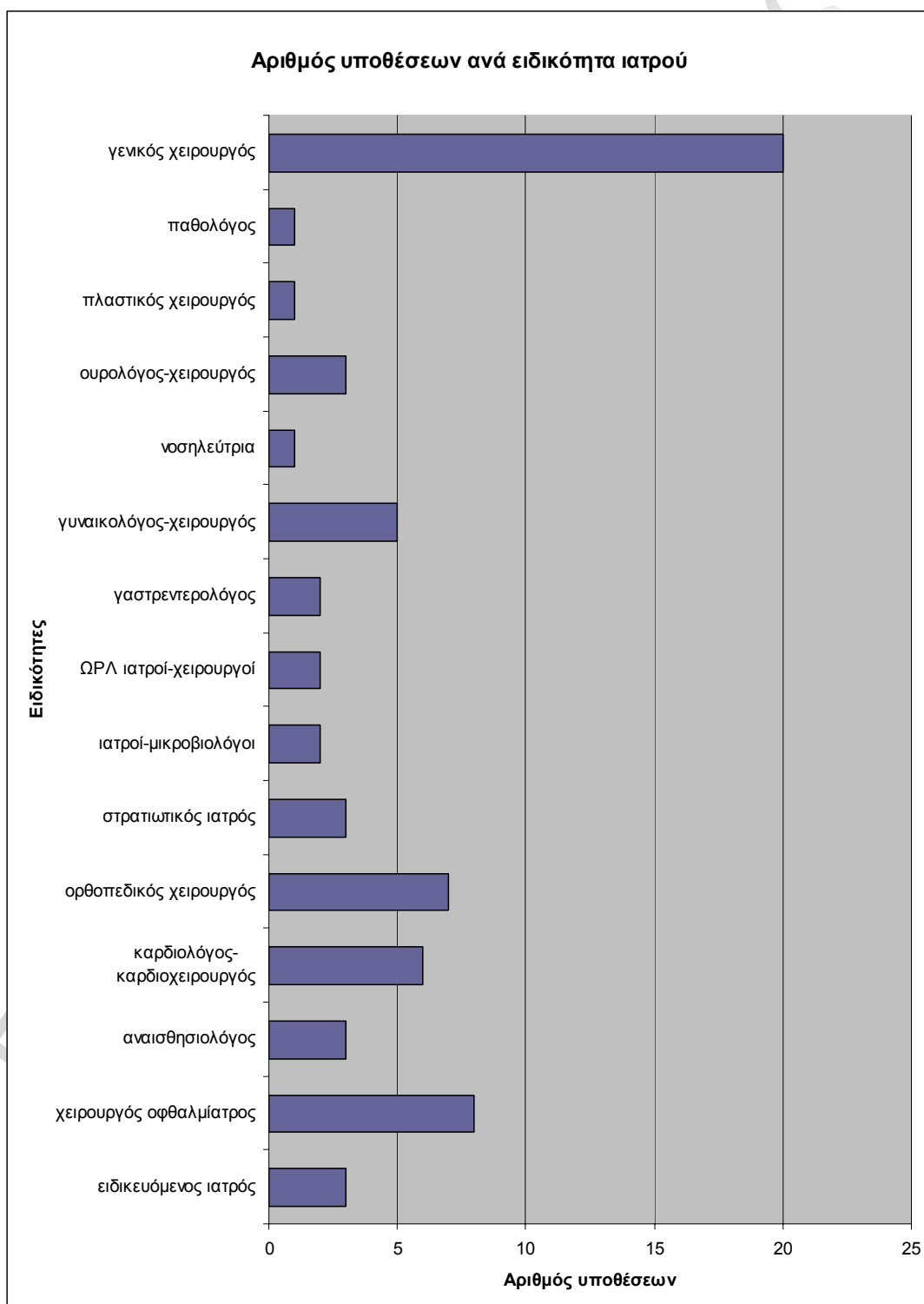
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1.β





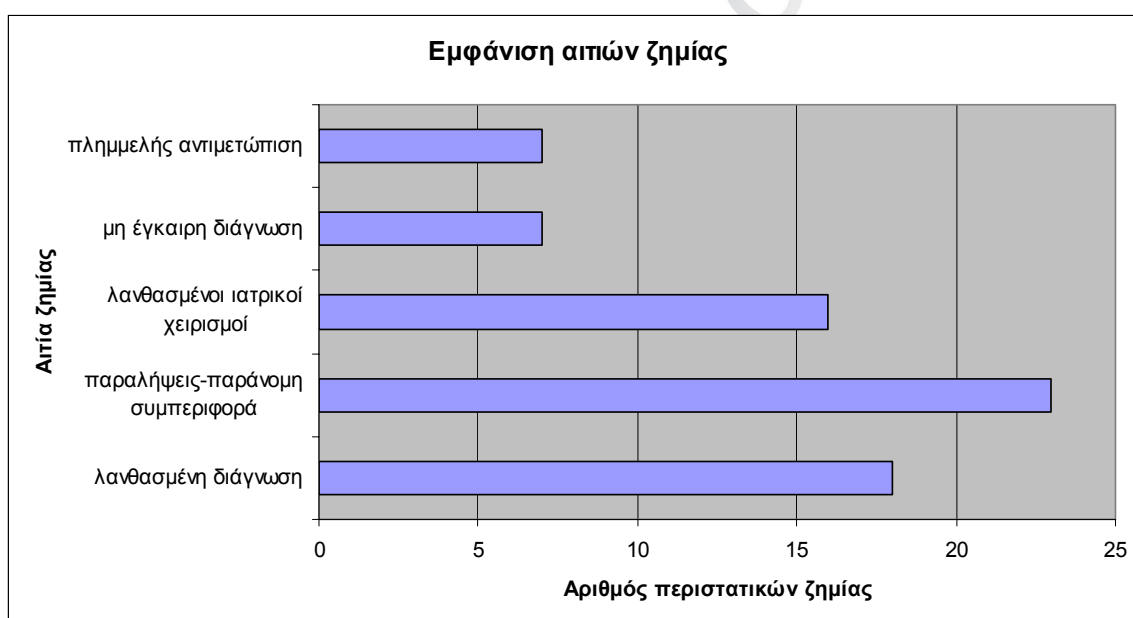
Στο διάγραμμα 5.2.1.γ φαίνεται ο αριθμός των υποθέσεων που ευθύνεται ο κάθε ιατρός ανά ειδικότητα. Στην πρώτη θέση βρίσκεται η ειδικότητα του γενικού χειρουργού με 20 υποθέσεις εις βάρος του. Αναμενόμενο το αποτέλεσμα, αφού οι επεμβατικοί ιατροί θεωρούνται οι ειδικότητες υψηλότερου κινδύνου για να υποπέσουν σε ιατρικό σφάλμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1.γ



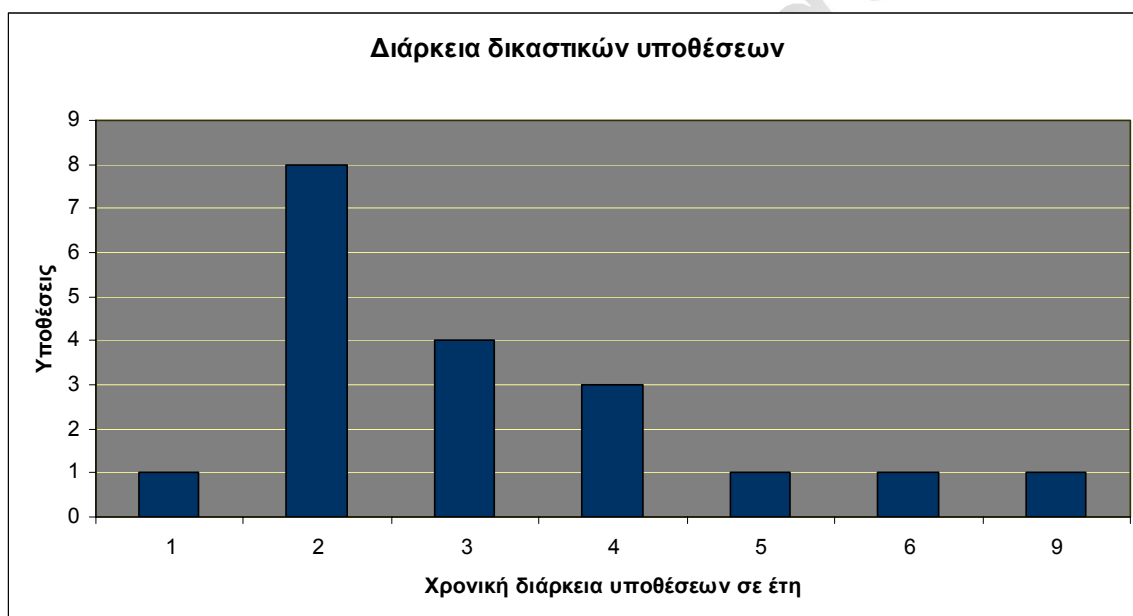
Στο διάγραμμα 5.2.1.δ, διακρίνονται οι αιτίες που προκάλεσαν το ιατρικό σφάλμα και σε πόσες υποθέσεις εμφανίστηκε η κάθε μία αιτία. Παρατηρούμε ότι οι παραλήψεις-παράνομη συμπεριφορά από πλευράς ιατρού εμφανίστηκε ως κύρια αιτία ιατρικού σφάλματος σε 23 υποθέσεις, ακολουθεί η λανθασμένη διάγνωση που ανευρέθηκε σε 18 υποθέσεις και λίγο πιο κάτω βρίσκονται οι λανθασμένοι ιατρικοί χειρισμοί με αριθμό εμφάνισης υποθέσεων 16.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1.δ



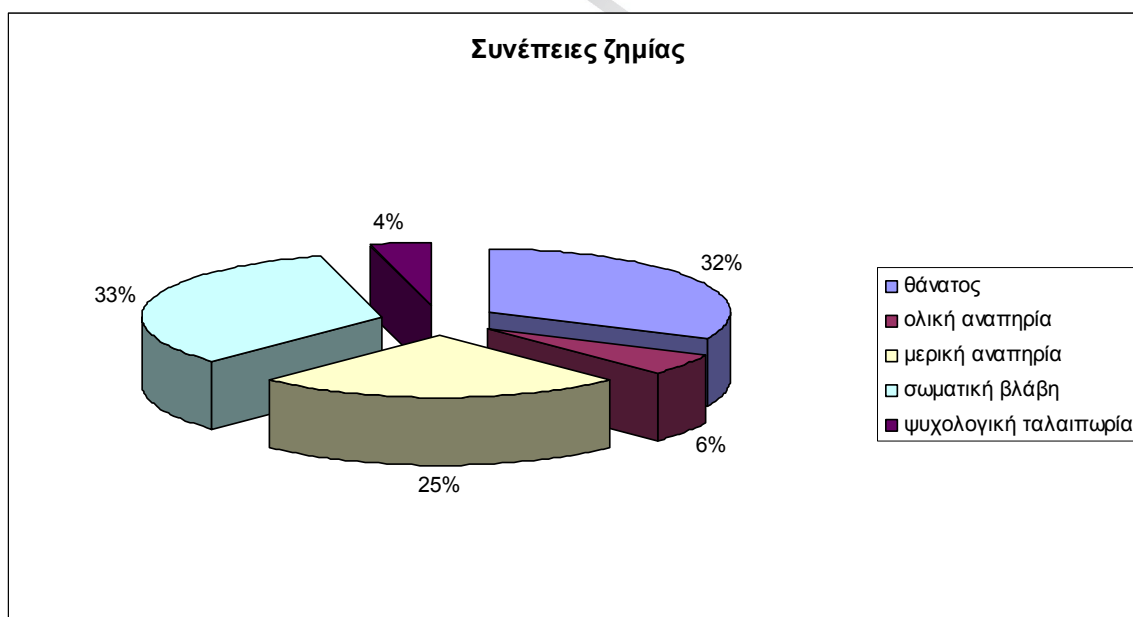
Στο διάγραμμα 5.2.1.ε, σημειώνεται ο αριθμός των δικαστικών υποθέσεων με βάση το χρόνο που μεσολάβησε μέχρι να κλείσουν και να μπουν στο αρχείο. Παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία τους οι υποθέσεις έκλειναν στα 2 χρόνια με μία ακραία περίπτωση μιας υποθέσεως που διήρκησε 9 έτη.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1.ε



Στο διάγραμμα 5.2.1.ζ, αναφερόμαστε στις συνέπειες ζημίες, δηλαδή με βάση την υπόθεση, ποιο είδος ζημίας προκλήθηκε στον ασθενή από το ιατρικό σφάλμα του ιατρού του ΕΣΥ. Σαν πρώτη στην κατάταξη συνέπεια ζημίας εμφανίζεται η πρόκληση σωματικής βλάβης σε 24 υποθέσεις και σε ποσοστό 33%. Αμέσως επόμενη συνέπεια εμφανίζεται η κατάληξη του ασθενούς, σε ποσοστό 32%. Στη συνέχεια, η μερική αναπηρία συγκεντρώνει ένα υψηλό ποσοστό της τάξεως του 25%. Σημειώνουμε ότι πολλές φορές καταγράφονται στο ίδιο περιστατικό περισσότερες της μιας συνέπειας, από το ιατρικό σφάλμα.

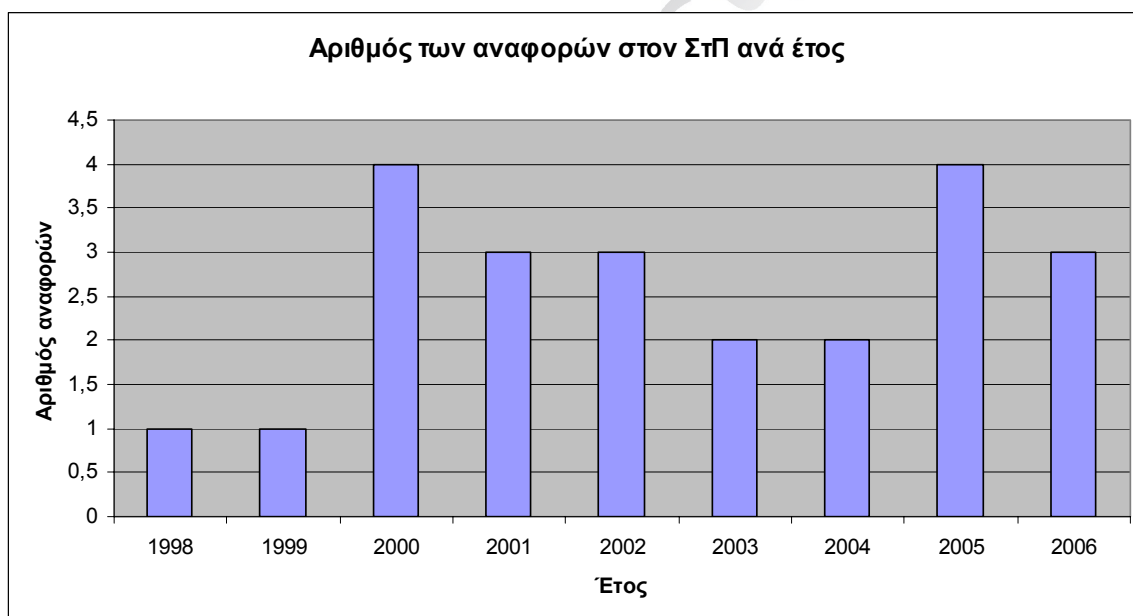
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1.ζ



### 5.2.2 Συνήγορος του Πολίτη (Σ.τ.Π.)

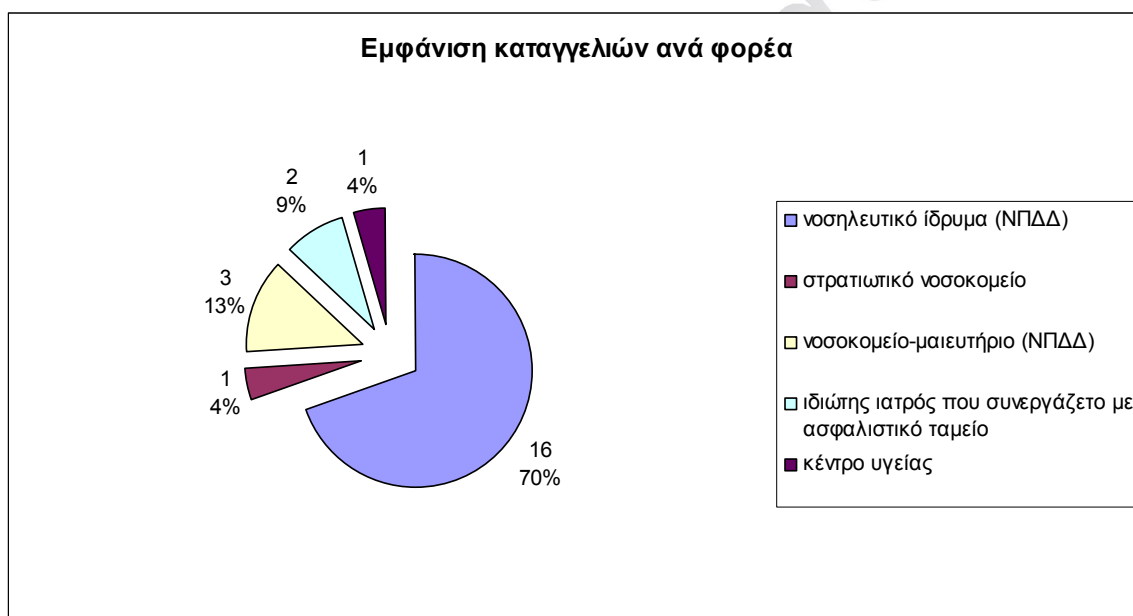
Στο διάγραμμα 5.2.2.α, αναφέρονται οι αναφορές που έγιναν στον Συνήγορο του Πολίτη για ιατρικά σφάλματα από τους καταγγέλλοντες πολίτες, κατά τη διάρκεια των ετών 1998-2006. Παρατηρείται ότι τα έτη 2000 και 2005, ήρθαν στα γραφεία του Συνηγόρου, οι περισσότερες υποθέσεις για ιατρικά σφάλματα, 4 στον αριθμό.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2.α



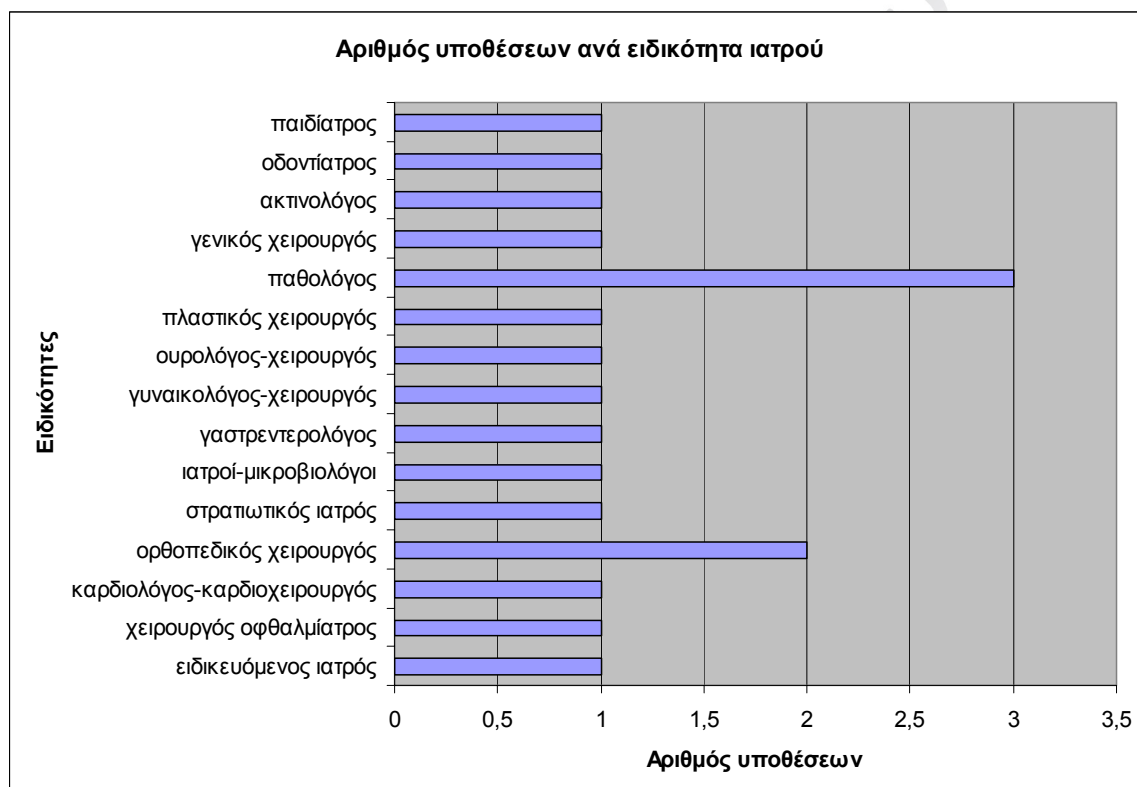
Στο διάγραμμα 5.2.2.β, διαφαίνεται ο τόπος προέλευσης του περιστατικού με το ιατρικό σφάλμα. Παρατηρούμε ότι 20 υποθέσεις συνολικά (νοσηλευτικό ίδρυμα Ν.Π.Δ.Δ., νοσοκομείο-μαιευτήριο Ν.Π.Δ.Δ., κέντρο υγείας), αναφέρονται σε δημόσια νοσοκομεία. Όπως και στο Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών, έτσι και στο Συνήγορο του Πολίτη οι υποθέσεις αφορούν αποκλειστικά δημόσιους φορείς υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2.β



Στο διάγραμμα 5.2.2.γ, διακρίνουμε τον αριθμό υποθέσεων για κάθε ειδικότητα ιατρού, που απασχόλησε τον Συνήγορο του Πολίτη. Στην πρώτη θέση βρίσκεται ο παθολόγος με 3 υποθέσεις και στη δεύτερη θέση ο ορθοπαιδικός χειρουργός με 2 υποθέσεις.

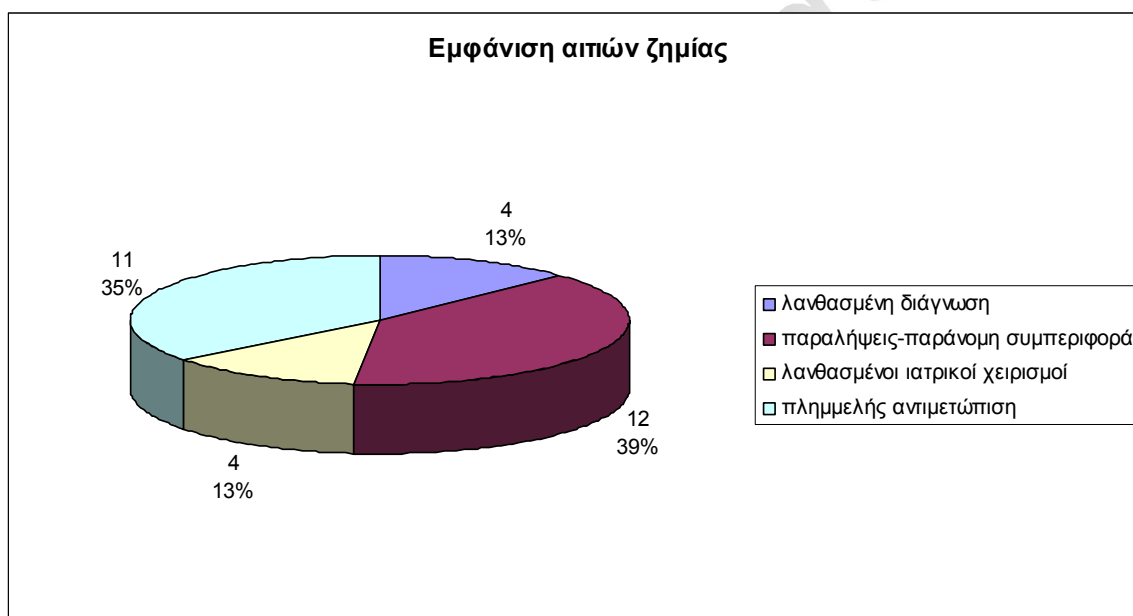
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2.γ





Στο διάγραμμα 5.2.2.δ, εμφανίζονται τα είδη των αιτιών που προκάλεσαν ιατρικό σφάλμα. Όπως και στο Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών, έτσι και στον Συνήγορο του Πολίτη, οι παραλήψεις-παράνομη συμπεριφορά των θεραπόντων ιατρών κατέχουν την πρωτοκαθεδρία. Ακολουθεί, οριακά η πλημμελής αντιμετώπιση με ποσοστό της τάξεως του 35%. Οι αιτίες ζημίας του ασθενούς που ακολουθούν, δηλαδή λανθασμένη διάγνωση και λανθασμένοι ιατρικοί χειρισμοί ισοψηφούν, με ποσοστό εμφάνισης 13%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2.δ



Στο διάγραμμα 5.2.2.ε, έχει καταχωρηθεί ο χρόνος που απαιτείται, από τον Συνήγορο του Πολίτη, μεταφρασμένη σε έτη, για την εξέταση των αναφορών για ιατρικό σφάλμα. Με βάση το δείγμα, οι περισσότερες υποθέσεις εξετάστηκαν σε 1 έτος. Στη συνέχεια, 5 υποθέσεις εξετάστηκαν από τους χειριστές-επιστήμονες σε 2 έτη, ενώ μόλις 1 υπόθεση χρειάστηκε 3 έτη. Δημιουργεί θετική εντύπωση το γεγονός ότι 3 υποθέσεις που αφορούσαν ιατρικό σφάλμα, εξετάστηκαν μέσα στο ίδιο έτος που δόθηκε η αναφορά.

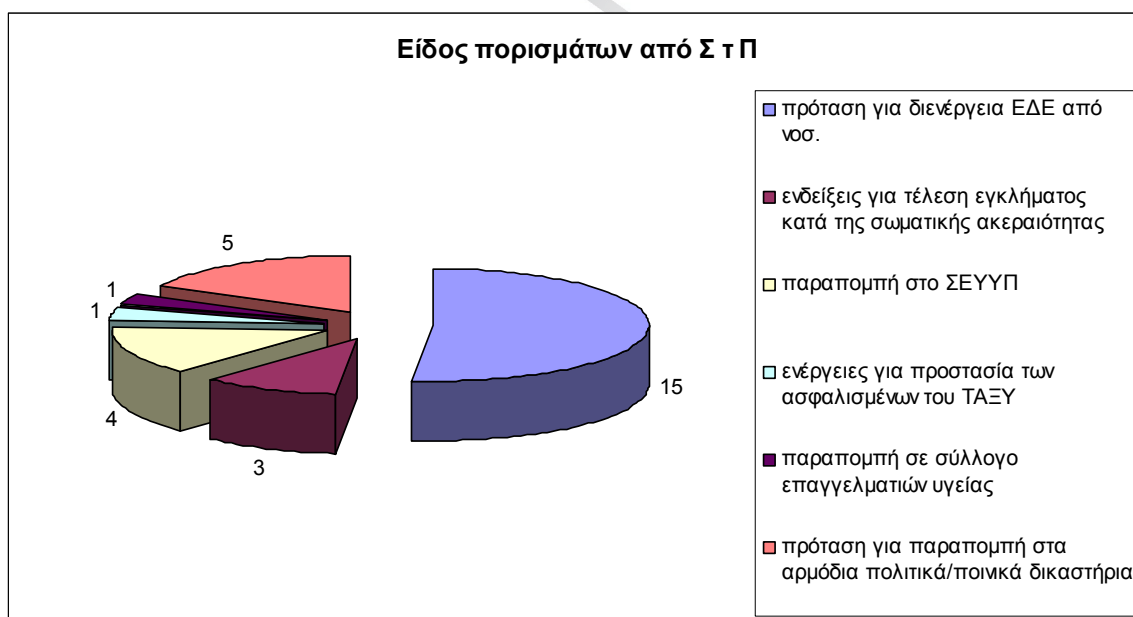
Θα πρέπει βέβαια να επισημάνουμε ότι η χρονική διάρκεια που απαιτείται είναι ανάλογη των ιδιαιτεροτήτων και της φύσης κάθε υπόθεσης. Έτσι, για παράδειγμα πολλές αναφορές που έρχονται στα γραφεία του Συνηγόρου, δεν άπτονται των αρμοδιοτήτων του και κλείνει η υπόθεση σε μικρό χρονικό διάστημα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2.ε



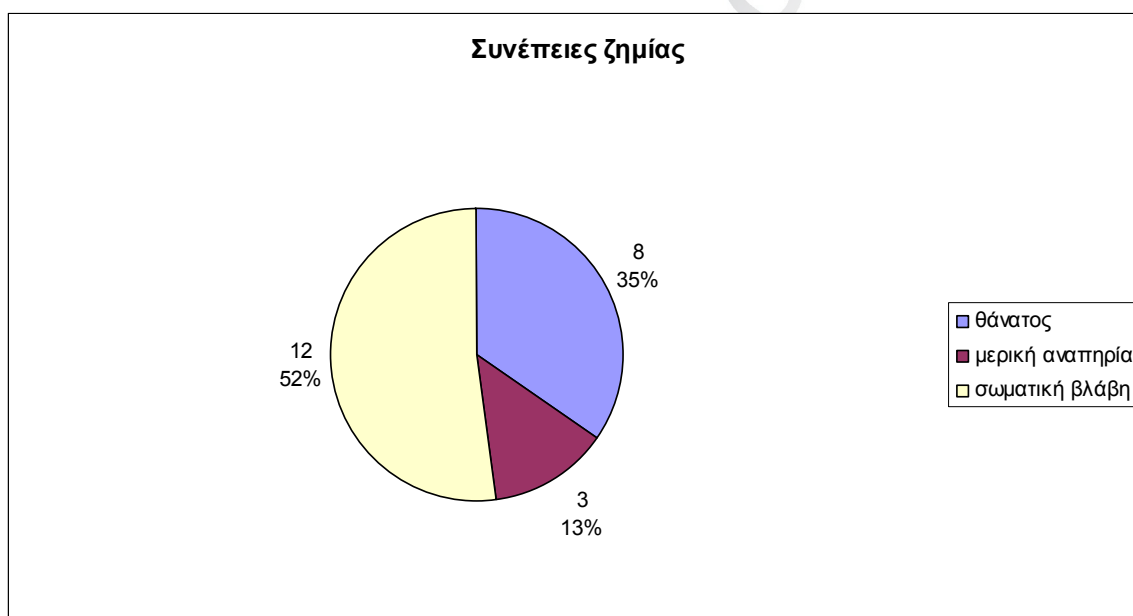
Σύμφωνα με το διάγραμμα 5.2.2.ζ, καταγράφονται τα είδη των αποτελεσμάτων-πορισμάτων που συντάσσονται μετά τη λήξη της εξέτασης κάθε υπόθεσης. Μ' άλλα λόγια, φαίνονται οι μορφές των αποφάσεων που λαμβάνονται για υποθέσεις ιατρικού σφάλματος. Έτσι λοιπόν, για 15 υποθέσεις, ο Συνήγορος του Πολίτη, έχει καταλήξει στην πρόταση για διενέργεια Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης από τα νοσοκομεία. Ακολουθεί η πρόταση του Συνηγόρου για παραπομπή 5 υποθέσεων στα αρμόδια πολιτικά/ποινικά δικαστήρια και για 3 υποθέσεις ο Συνήγορος έχει ενδείξεις για τέλεση εγκλήματος κατά της σωματικής ακεραιότητας. Για σεβαστό αριθμό υποθέσεων έχει προταθεί η παραπομπή στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, για περαιτέρω εξέταση των συγκεκριμένων υποθέσεων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2.ζ



Στο διάγραμμα 5.2.2.ε, διαφαίνονται οι κατηγορίες των συνεπειών της ζημίας από το ιατρικό σφάλμα. Στις υποθέσεις που διαπραγματεύτηκε ο Συνήγορος του Πολίτη, το ιατρικό σφάλμα προκάλεσε σωματική βλάβη σε 12 περιπτώσεις, θάνατο σε 8 υποθέσεις και σε 3 υποθέσεις μερική αναπηρία.

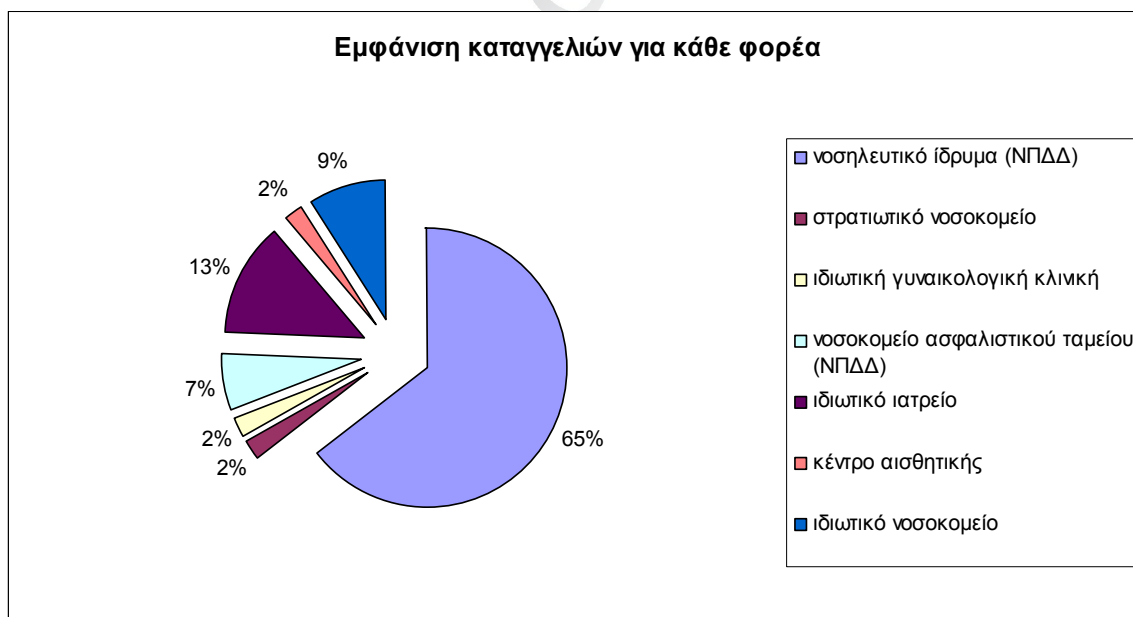
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2.ε



### 5.2.3 Τύπος

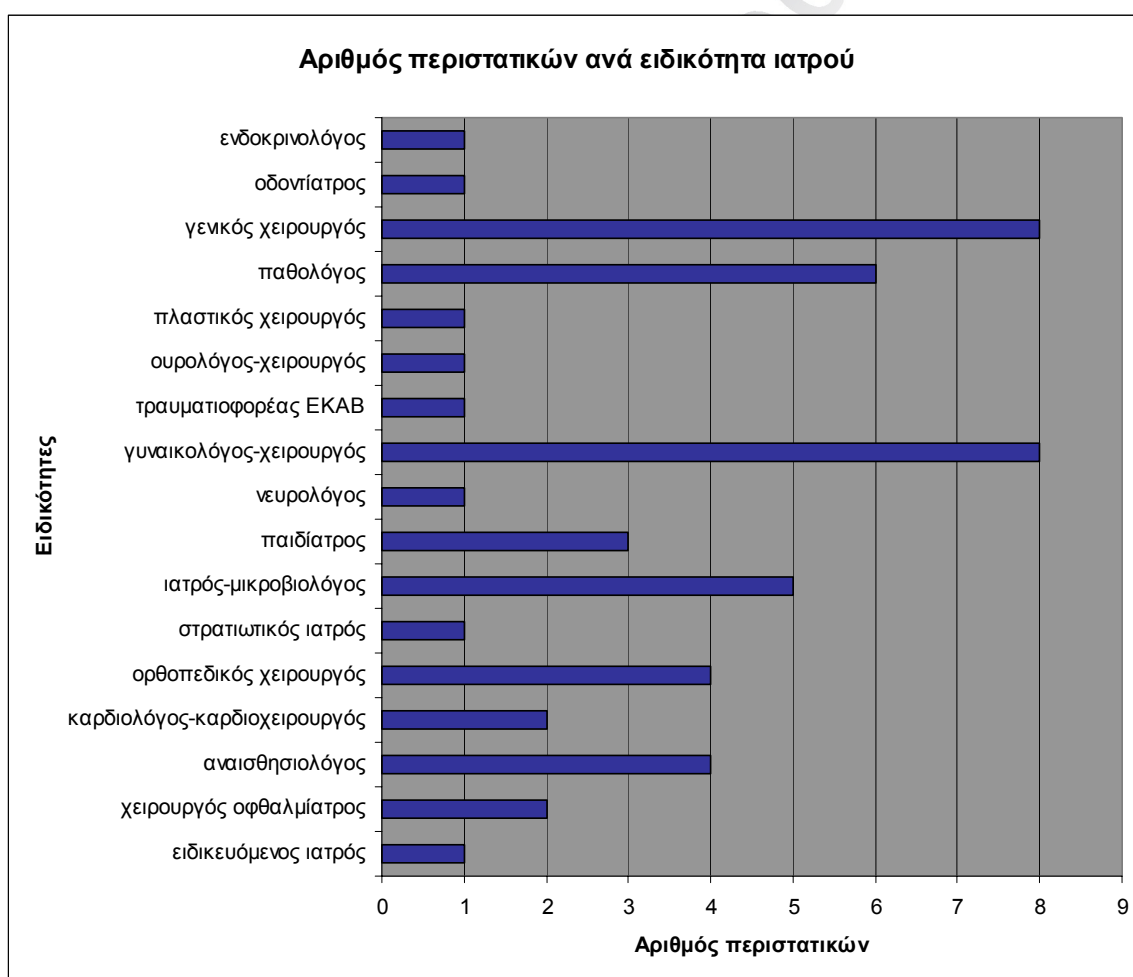
Σύμφωνα με το διάγραμμα 5.2.3.α, παρατηρούμε τους φορείς υγείας που στο χώρο τους, προκλήθηκε ιατρικό σφάλμα. Το 65% των ιατρικών σφαλμάτων, έλαβαν χώρα σε δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα και 7% σε νοσοκομείο κρατικού ασφαλιστικού ταμείου. Στη συνέχεια οι ιδιωτικοί φορείς υγείας (ιδιωτικό νοσοκομείο, κέντρο αισθητικής, ιδιωτικό ιατρείο και ιδιωτική γυναικολογική κλινική), κατέχουν συνολικά το 26% της ευθύνης για πρόκληση ιατρικού σφάλματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.3.α



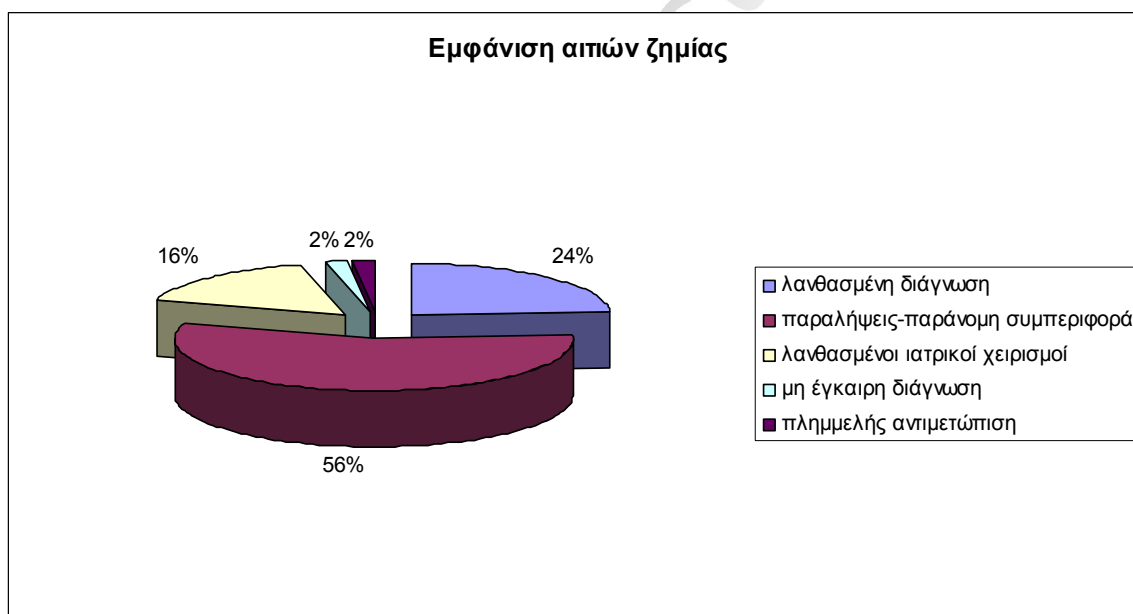
Σύμφωνα με το διάγραμμα 5.2.3.β, αναφέρονται οι ειδικότητες των ιατρών ανά αριθμό περιστατικών ιατρικού σφάλματος. Παρατηρούμε ότι οι επεμβατικοί ιατροί με τις χειρουργικές ειδικότητες κατέχουν τις πρώτες θέσεις υπαιτιότητας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.3.β



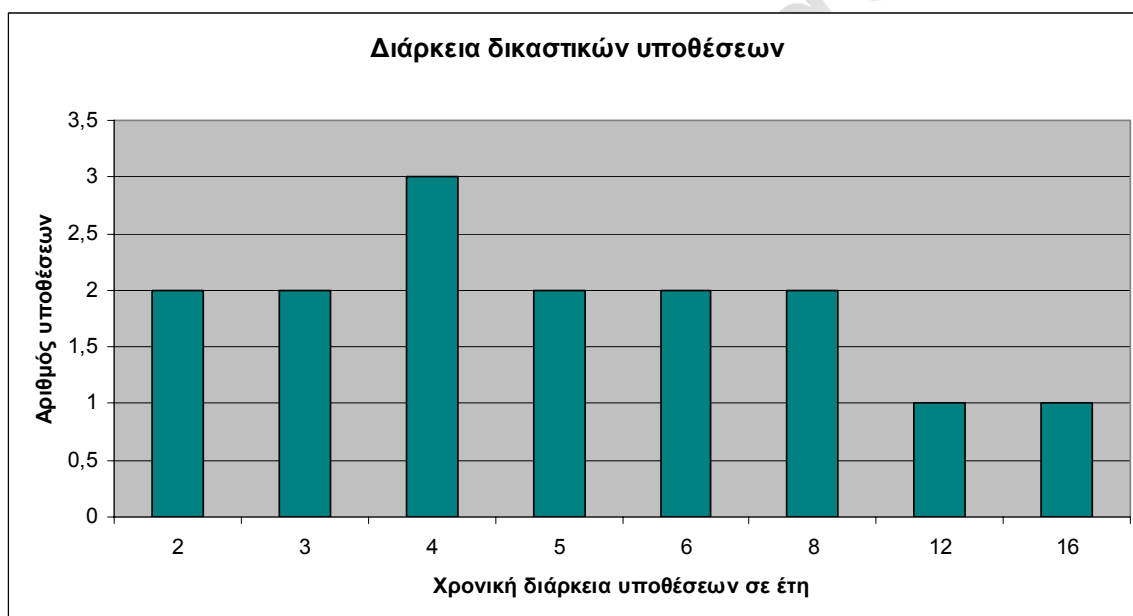
Σύμφωνα με το διάγραμμα 5.2.3.γ, οι παραλήψεις - παράνομη συμπεριφορά των ιατρών, ευθύνονται για το 56% των ιατρικών σφαλμάτων. Στο ίδιο συμπέρασμα, είχαμε καταλήξει εξετάζοντας και τα στοιχεία που μας είχαν παραθέσει από το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών και τον Συνήγορο του Πολίτη. Στη συνέχεια σε απόσταση βρίσκεται η λανθασμένη διάγνωση, ως αιτία ιατρικού σφάλματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.3.γ



Σύμφωνα με το διάγραμμα 5.2.3.δ, παρατηρούμε τα χρόνο που μεσολάβησε μέχρι να κλείσουν οι υποθέσεις δικαστικά. Σε 3 υποθέσεις μεσολάβησαν 4 έτη για να βγει η δικαστική υπόθεση.

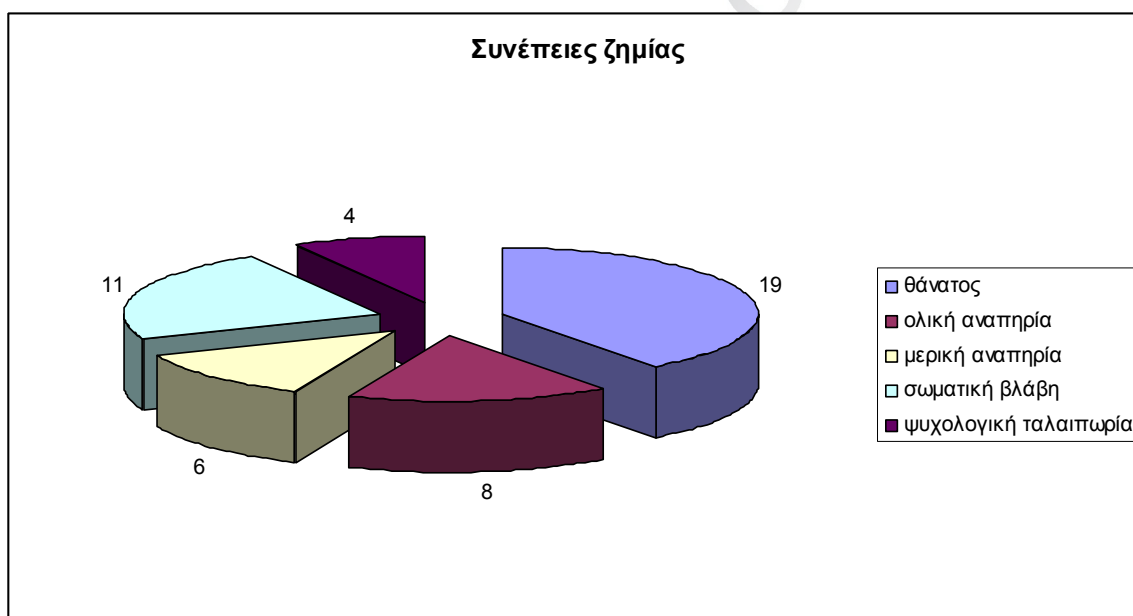
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.3.δ





Σύμφωνα με το διάγραμμα 5.2.3.ε, διακρίνουμε τα είδη των συνεπειών του ιατρικού σφάλματος. Τα περισσότερα περιστατικά, 19 στον αριθμό είχαν μοιραία κατάληξη. Στα επόμενα 11 περιστατικά, προκλήθηκε σωματική βλάβη από το ιατρικό σφάλμα που υπέστησαν, ενώ αναπηρία ολική και μερική προκλήθηκε σε 14 περιστατικά του δείγματος. Μόνο για ένα περιστατικό από το δείγμα μας, δεν έχουμε καταχώρηση για πρόκληση κάποιου είδους αναπηρίας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.3.ε



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ

### 6.1 Δυνητικοί οργανισμοί αποδοχής καταγγελιών

Από τη στιγμή που υπάρχει υπόνοια ιατρικού σφάλματος από τον ασθενή ή τους συγγενείς του, τίθεται το ερώτημα για το που πρέπει να απευθυνθούν και πώς μπορούν να προστατευθούν. Κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μας προσπάθειας, ήρθαμε σε επαφή με όλους εκείνους τους οργανισμούς που δυνητικά θα μπορούσαν να δεχτούν τις καταγγελίες των πολιτών για ιατρικό σφάλμα.

Συγκεκριμένα, οι δυνητικοί φορείς στους οποίους θα μπορούσε να απευθυνθεί κάποιος πολίτης και με τους οποίους, τελικά, ήρθαμε σε επαφή, ανέρχονται στον αριθμό 15:

- ✓ Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)
- ✓ Συνήγορος του Πολίτη – Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- ✓ Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
- ✓ Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
- ✓ Ιατρικός Σύλλογος Πειραιώς
- ✓ Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης
- ✓ Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας-Πειραιά (ΕΙΝΑΠ)
- ✓ Ομοσπονδία Ένωσης Νοσοκομειακών Ιατρών Ελλάδας
- ✓ Ινστιτούτο Καταναλωτών (ΙΝΚΑ)
- ✓ Γενική Γραμματεία Καταναλωτών
- ✓ Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών
- ✓ Διοικητικό Πρωτοδικείο Πειραιώς
- ✓ Α' & Β' Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής (Α' & Β' Δ.Υ.Πε. Αττικής - τμήμα ανάπτυξης)

Από την έρευνά μας εντοπίστηκαν οι οργανισμοί εκείνοι που είναι απολύτως αρμόδιοι στην αποδοχή και καταγραφή των καταγγελιών από τους πολίτες (βλ. για αναλυτικά ενότητα 6.2). Πρόκειται για το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας και τον Συνήγορο του Πολίτη – Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Από την άλλη πλευρά, μετά την εκπόνηση της δικογραφίας, σε δεύτερο επίπεδο, ο πολίτης μπορεί με το ένδικο βοήθημα της αγωγής στο Διοικητικό Πρωτοδικείο να αναζητήσει την αστική ευθύνη του ιατρού, ώστε να αποζημιωθεί. Από την επαφή μας με το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών φάνηκε ότι αναλαμβάνονται ποικιλόμορφες υποθέσεις ιατρικού σφάλματος, ενώ το σύστημα αρχειοθέτησης των νομολογιών είναι αρκετά ικανοποιητικό σε αντίθεση με το Διοικητικό Πρωτοδικείο Πειραιώς.

Όσον αφορά τους υπόλοιπους φορείς, θεωρούνται ως αναρμόδιοι για την αποδοχή παραπόνων. Συγκεκριμένα, η Ομοσπονδία Ένωσης Νοσοκομειακών Ιατρών Ελλάδας και η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας-Πειραιά, παραπέμπουν τέτοιου είδους υποθέσεις στους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους, σύμφωνα με την προϊσταμένη κα. Δατσέρη. Ενώ στους Ιατρικούς Συλλόγους Αθηνών-Πειραιώς-Θεσσαλονίκης, δεν υπάρχει σύστημα αρχειοθέτησης συγκεκριμένα για υποθέσεις ιατρικού σφάλματος. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, δεν ασχολείται με καταγγελίες πολιτών.

Επιπρόσθετα, το Ινστιτούτο Καταναλωτών καθώς και η Γενική Γραμματεία Καταναλωτών, κατευθύνουν όλες τις υποθέσεις ιατρικού σφάλματος στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ειδικότερα στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας. Κατά δήλωση των υπευθύνων, τέτοιου είδους υποθέσεις δεν εμπεριέχονται στις αρμοδιότητές τους.

Στη συνέχεια, οι Α' και Β' Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες Αττικής, δεν ασχολούνται με καταγγελίες ιατρικών σφαλμάτων. Σύμφωνα με την κα. Δοξοπούλου και τον κ. Κάππα, προϊστάμενοι στην Α' Δ.Υ.Πε. Αττικής, γενικά οι Δ.Υ.Πε. δεν ασχολούνται με τέτοιες υποθέσεις. Στην περίπτωση που έρθει κάποια καταγγελία, παραπέμπεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή κατευθείαν πάει στο ειδικό τμήμα του Υπουργείου, το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας.

Τέλος, χρήσιμο είναι να αναφερθεί, η ύπαρξη του Συλλόγου Θυμάτων Ιατρικού Σφάλματος, ο οποίος απαρτίζεται από ασθενείς ή συγγενείς θανόντων που υπέστησαν τις συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος. Σ' αυτό το σύλλογο θα μπορούσε να απευθυνθεί ο πολίτης κυρίως για να ενημερωθεί και να συμβουλευθεί από συμπολίτες του που πέρασαν την ίδια περιπέτεια για το είδος εκείνων των ενεργειών στις οποίες πρέπει να προβεί. Θα λέγαμε ότι ο σύλλογος αυτός λειτουργεί ως μια συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη των θυμάτων ιατρικού σφάλματος, για το μακρόχρονο διάστημα της δικαστικής διαδικασίας.

## 6.2 Επαφές με αρμόδιους φορείς

Όπως προαναφέρθηκε, το ελληνικό κράτος κοινωνικής πρόνοιας έχει στη διάθεσή του τρεις οργανισμούς των οποίων η αρμοδιότητά τους είναι η καταγραφή και εξέταση, ο καθένας από τη δική του οπτική, των καταγγελιών για ιατρικά σφάλματα.

### 6.2.1 Μεθοδολογία έρευνας

Σκοπός της έρευνας στους συγκεκριμένους φορείς, ήταν ο εντοπισμός στοιχείων για ιατρικά σφάλματα τα οποία θα μας προσφέρουν την δυνατότητα να αξιολογηθεί η σημερινή κατάσταση που επικρατεί για το θέμα αυτό.

Η ερευνητική διαδικασία διενεργήθηκε κατόπιν τηλεφωνικών και εξ' επαφής συνεντεύξεων με τους εμπλεκόμενους φορείς, κατά τους μήνες Απρίλιο έως και Ιούλιο του έτους 2007. Η έρευνα έγινε με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου με ερωτήσεις ανοικτού τύπου, οι οποίες προσαρμόζονταν σε κάθε περίπτωση, ανάλογα με τον απευθυνόμενο φορέα ενώ ο κύριος κορμός του ερωτηματολογίου παρέμεινε ακέραιος. Προς επιβεβαίωση των ανωτέρω, στο Παράρτημα Α' της εργασίας, έχει τοποθετηθεί ο γενικός σκελετός του ερωτηματολογίου.

Εξαιτίας της ιδιομορφίας που παρουσιάζει μία τέτοια έρευνα, αφενός λόγω της δυσκολίας εύρεσης στοιχείων από τους εμπλεκόμενους φορείς και αφετέρου λόγω της ευαισθησίας του θέματος με τα προσωπικά δεδομένα, τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν δεν αποτέλεσαν τον κύριο καθοδηγητή στις επαφές, αλλά ενείχαν κυρίως ένα βοηθητικό ρόλο στη συνέντευξη.

## 6.2.2 Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)

Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθμ. 2920 («Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας» 2001), «υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και συνίσταται ως υπηρεσία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (άρθρ. 1, παρ.1).

Αποστολή του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι η ανάπτυξη και λειτουργία κεντρικού και περιφερειακού μηχανισμού για τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων, με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, την προστασία της υγείας των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, με καταχρηστικό τρόπο (άρθρ. 1, παρ.2).

Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. παρεμβαίνει σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και στα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και πρόνοιας. Παράλληλα, παρεμβαίνει σε όλους τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα. Η κατά τόπον αρμοδιότητα του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. εκτείνεται σε όλη την ελληνική επικράτεια» (άρθρ. 2, παρ.1, 2). Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. Αθήνας επιτηρεί μέχρι τη Λάρισα, ενώ για την υπόλοιπη Ελλάδα έχει συσταθεί Περιφερειακό Γραφείο του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. στη Θεσσαλονίκη.

Όσον αφορά την ελεγκτική διαδικασία που ακολουθείται από το Σ.Ε.Υ.Υ.Π, περιλαμβάνονται τρία βασικά στάδια. Σε πρώτο επίπεδο, γίνεται υποδοχή της καταγγελίας και ελέγχεται για τη σοβαρότητα και το αντικείμενό της. Αν αποδειχθεί κατά την αρχική εξέταση ότι δεν περιλαμβάνονται αξιόποινα στοιχεία ή δεν είναι στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του Σ.Ε.Υ.Υ.Π, η υπόθεση δεν προχωράει και αρχειοθετείται. Σε αντίθετη περίπτωση, ακολουθείται το 2<sup>ο</sup> στάδιο όπου διενεργείται έρευνα από τους Επιθεωρητές Υγείας για να αποδειχθεί αν η καταγγελία είναι ευσταθής ή όχι. Τέλος, αν εντοπιστούν παρατυπίες από τους παρόχους υγείας, η υπόθεση περνάει στο 3<sup>ο</sup> στάδιο η οποία συνοδευμένη με το πόρισμα του Σ.Ε.Υ.Υ.Π, κατευθύνεται προς τον εισαγγελέα ή το πειθαρχικό συμβούλιο των Ιατρικών Συλλόγων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (άρθρ. 3), ο φορέας αυτός δεν έχει κυρωτικό πρόσωπο παρά μόνο ελεγκτικό,

νουθετικό και εποπτικό («Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας» 2002). Από την στιγμή που η υπόθεση δίνεται στην εισαγγελική αρχή ή στους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους, το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. δεν έχει κανένα λόγο παρέμβασης. Πολλές φορές, ούτε καν ενημερώνεται από τα αρμόδια όργανα για την δικαστική ή πειθαρχική απόφαση της υπόθεσης.

Οι επαφές με το Σ.Ε.Υ.Υ.Π στα πλαίσια της ερευνητικής προσπάθειας, περιλάμβαναν αρκετές τηλεφωνικές επαφές και δύο κατ' ιδίαν συναντήσεις κατά τον μήνα Απρίλιο του 2007. Οι προσωπικές συναντήσεις με σκοπό την αποτύπωση του μεγέθους του προβλήματος όπως προσδιορίζεται από το Σ.Ε.Υ.Υ.Π έγιναν με τον Γενικό Επιθεωρητή του Σ.Ε.Υ.Υ.Π κ. Σαμπατακάκη, τον βοηθό Γενικού Επιθεωρητή κ. Μόρφη, τη βοηθό Επιθεωρήτριας κα. Μητσάκη-Μάχα και με την Διεύθυνση Γραμματείας κα. Κρέσσου.

Το αποτέλεσμα των επαφών με το Σ.Ε.Υ.Υ.Π ήταν αρκετά ικανοποιητικό, αν εξαιρέσουμε μόνο την σκόπελο που συναντήσαμε με τα προσωπικά δεδομένα. Δυστυχώς, από αυτόν τον φορέα συλλέξαμε ένα μόνο μικρό αριθμό περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος, η πρόσβασή τους ήταν απαγορευτική αφού οι φάκελοι για τα ιατρικά σφάλματα περιείχαν το πρωτογενές υλικό με τις δικογραφίες, τις ανακρίσεις και τις ένορκες διοικητικές εκθέσεις. Παράλληλα, η απουσία ειδικού αρχείου για τη τοποθέτηση τέτοιων υποθέσεων, δεν τους επέτρεπε τη δυνατότητα εύκολης εύρεσης ακόμη και υποθέσεων που είχαν ήδη δημοσιευτεί.

Θεωρούμε, λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψη του τι συμβαίνει στο εξωτερικό, ότι η ύπαρξη ενός συστήματος μηχανοργάνωσης όπου να γίνεται διαχρονικά ηλεκτρονική καταχώρηση των υποθέσεων, θα ήταν άκρως σημαντική για την ορθή αξιολόγηση των στατιστικών στοιχείων που θα προέκυπταν. Με αυτόν τον τρόπο, θα επιτυγχάνονταν η ουσιώδης επισκόπηση της κατάστασης και θα επιχειρούνταν ένα πρώτο βήμα για την εξεύρεση ριζικών λύσεων για την εξάλειψη του φαινόμενου των ιατρικών σφαλμάτων.

Παρόλα αυτά, κάθε χρόνο εκπονείται μια ετήσια έκθεση πεπραγμένων από τον τομέα Υγειονομικού-Φαρμακευτικού Ελέγχου του Σ.Ε.Υ.Υ.Π, από όπου παραθέτουμε αρκετά στοιχεία για την ελληνική πραγματικότητα για τα έτη 2002-2005.

Στην Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων 2002-2003 («Σ.Ε.Υ.Υ.Π.» 2004), καταγράφεται μέσω πινάκων η συνολική αποτίμηση δράσης του Σ.Ε.Υ.Υ.Π Αθηνών, όσον αφορά τα ιατρικά σφάλματα. Στον πίνακα 6.2.2.α, παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός ελέγχων που έχουν διενεργηθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές και κέντρα υγείας με αντικείμενο ελέγχου τα ιατρικά σφάλματα, στο χρονικό διάστημα 2002-2003.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.2.α: Περαιωμένοι έλεγχοι ανά φορέα στο Σ.Ε.Υ.Υ.Π Αθηνών, Πηγή:  
Σ.Ε.Υ.Υ.Π, προσαρμοσμένο

Φορείς υγείας	Ιατρικά σφάλματα
Νοσοκομεία	11
Ιδιωτικές Κλινικές	1
Κέντρα Υγείας	1
Σύνολο	13

Στον πίνακα 6.2.2.β παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός ελέγχων που έχουν διενεργηθεί σε νοσοκομεία και μονάδες κοινωνικής φροντίδας ενηλίκων από το Περιφερειακό Γραφείο του Σ.Ε.Υ.Υ.Π με αντικείμενο έλεγχου τις καταγγελίες-ευθύνες προσωπικού, στο χρονικό διάστημα 2002-2003.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.2.β: Περαιωμένοι έλεγχοι ανά φορέα στο περιφερειακό γραφείο ΣΕΥΥΠ,  
Πηγή: Σ.Ε.Υ.Υ.Π, προσαρμοσμένο

Φορείς υγείας	Καταγγελίες-Ευθύνες προσωπικού
Νοσοκομεία	5
Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας Ενηλίκων (ΝΠΙΔ)	1
Σύνολο	6

Σύμφωνα με την έκθεση πεπραγμένων για τα έτη 2002-2003, σε δυο περιπτώσεις προτάθηκε η διενέργεια Ε.Δ.Ε. κατόπιν πρότασης του Επιθεωρητή, για διαπίστωση ευθυνών σε υπαλλήλους υγείας, καθώς προέκυψαν ενδείξεις διάπραξης πειθαρχικών αδικημάτων.



Στη συνέχεια, διαβιβάστηκαν στα αρμόδια όργανα οι εκθέσεις ελέγχου για επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων σε ιατρούς του ΕΣΥ και ιδιώτες ιατρούς. Για τους ανωτέρω προτάθηκε πειθαρχική δίωξη για αμέλεια κατά την εκπλήρωση καθήκοντος, ατελή, πλημμελή ή μη έγκαιρη εκπλήρωση καθήκοντος, παράβαση καθήκοντος, θανάτους ασθενών από ιατρικά σφάλματα, παραποίηση επαγγέλματος και έκθεση σε κίνδυνο της ζωής ασθενών.

Από το σύνολο των ελέγχων που διενεργήθηκαν, κάποιες υποθέσεις διαβιβάστηκαν στην αρμόδια Εισαγγελική Αρχή. Οι λόγοι της διαβίβασης αφορούσαν παράλειψη και παράβαση καθήκοντος κατά συρροή, ευθύνη για θάνατο ασθενούς, παραποίηση επαγγέλματος και έκθεση σε κίνδυνο της ζωής ασθενών και τέλος για περαιτέρω διερεύνηση και απόδοση ποινικών ευθυνών καθώς υπήρξαν ενδείξεις για διάπραξη αξιόποινων πράξεων.

Διενεργώντας ένα απολογισμό έργου το Σ.Ε.Υ.Υ.Π Αθηνών για τις καταγγελίες για ιατρικά σφάλματα και τους θανάτους ασθενών σε δημόσιες νοσηλευτικές μονάδες κατά τα έτη 2002-2003, καταλήγει στις εξής διαπιστώσεις. Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π Αθηνών διαπιστώνει ότι εκτός από μία περίπτωση καταγγελίας για θάνατο ασθενούς, όπου προτάθηκε ο πειθαρχικός έλεγχος πέντε ιατρών και η αποστολή του πορίσματος στην αρμόδια Εισαγγελική Αρχή, για κανένα από τα νοσοκομεία που ελέγχθηκαν για ιατρικά σφάλματα και θανάτους ασθενών δεν προέκυψαν ενδείξεις για διάπραξη πειθαρχικών παραπτωμάτων. Για ένα νοσοκομείο από αυτά έγιναν βελτιωτικές προτάσεις. Όσον αφορά τον έλεγχο ιδιωτικών κλινικών στο Νομό Αττικής και εκτός νομού Αττικής, τα αντικείμενά του ήταν για καταγγελίες για ιατρικά σφάλματα και για θάνατο ασθενούς.

Ακολουθεί στη συνέχεια η Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων του έτους 2004 («Σ.Ε.Υ.Υ.Π.» 2005), όπου διαφαίνονται οι ενέργειες και οι έλεγχοι που έγιναν για καταγγελίες ιατρικού σφάλματος. Ελέγχθηκαν υποθέσεις κατόπιν καταγγελιών πολιτών σχετικά με ιατρικά σφάλματα, θανάτους ασθενών και συμπεριφορές ιατρών.

Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π., διαπιστώνει από τις υποθέσεις που αφορούν ιατρικά σφάλματα και θάνατο ασθενούς, μη σωστή αντιμετώπιση ασθενούς που διεκομίσθη με το ΕΚΑΒ στο Νοσοκομείο και η παραμονή του έγινε σε χώρο βραχείας νοσηλείας χωρίς ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση. Επίσης, διαπιστώθηκε καθυστέρηση μεταφοράς ασθενούς σε θάλαμο νοσηλείας και τέλος σε μια από τις υποθέσεις καταγράφηκε αμέλεια ιατρών ως προς την άσκηση καθηκόντων τους κατά τη διάρκεια εφημερίας και λανθασμένη ιατρική διάγνωση.



Οι προτάσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. για τις παραπάνω παραλήψεις είναι η παραπομπή ιατρών στον εισαγγελέα και στα αρμόδια πειθαρχικά όργανα για αμέλεια και πλημμελή άσκηση των καθηκόντων τους. Επίσης, παραπομπή ιατρού στον εισαγγελέα και στο αρμόδιο πειθαρχικό όργανο της ΔΥΠΕ για ιατρικό λάθος και αμέλεια. Τέλος, προτείνεται η ιατρική υπηρεσία και το επιστημονικό συμβούλιο να επιλαμβάνονται άμεσα ζητήματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων τους.

Όσον αφορά τις διαπιστώσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. για υποθέσεις που άπτονται των παραβατικών ή ανάρμοστων συμπεριφορών ιατρών προς ασθενή, προτείνεται η παραπομπή ιατρού στα αρμόδια πειθαρχικά όργανα του Νοσοκομείου, της ΔΥΠΕ, του Ιατρικού Συλλόγου και του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου του Υπουργείου για ανάρμοστη συμπεριφορά.

Όσον αφορά μια υπόθεση που αφορά παρενέργειες θεραπευτικής αγωγής, οι διαπιστώσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π., είναι η σύσταση τριμελής επιτροπή πραγματογνωμόνων μετά από πρόταση των επιθεωρητών και εξετάστηκε ο φάκελος του ασθενούς. Τελικά, όμως δεν προέκυψε τίποτα επιβαρυντικό για τους ιατρούς και τη θεραπευτική αγωγή που σύστησαν.

Από την άλλη πλευρά, πραγματοποιήθηκαν παράλληλα έλεγχοι σε κατά τόπους νοσοκομεία από το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. Θεσσαλονίκης. Οι έλεγχοι αυτοί αφορούσαν καταγγελίες για θανάτους ασθενών και για ανεπαρκή αντιμετώπιση ασθενούς σε νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Τελικά από τον έλεγχο καταγγελιών, διαπιστώθηκαν ευθύνες των ιατρών Παθολογικής και Νεφρολογικής Κλινικής νομαρχιακού νοσοκομείου για θάνατο ασθενή από στατίνη. Επίσης, διαπιστώθηκαν ευθύνες για θάνατο εγκύου σε Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Υπήρχαν βέβαια και κάποιες ανυπόστατες καταγγελίες όπως για ανεπαρκή αντιμετώπιση ασθενών από την αιματολογική κλινική Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης και για ανεπαρκή αντιμετώπιση ασθενούς από την χειρουργική κλινική Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης.

Οι προτάσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι η παραπομπή των ιατρών Παθολογικής και Νεφρολογικής Κλινικής Νοσοκομείου στο πειθαρχικό για θάνατο ασθενούς από στατίνη. Επίσης, προτείνεται η παραπομπή στον εισαγγελέα για την περίπτωση θανάτου εγκύου.

Τέλος, θα αναφερθούμε στα στοιχεία για τα ιατρικά σφάλματα που προκύπτουν από την Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων του έτους 2005 («Σ.Ε.Υ.Υ.Π.» 2006). Οι έλεγχοι που διενεργήθηκαν κινήθηκαν βάσει καταγγελιών σχετικά με ιατρικά σφάλματα,

συμπεριφορά ιατρού κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και με την εφαρμογή των κανόνων της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης και της αντίστοιχης δεοντολογίας.

Διερευνήθηκαν δύο καταγγελίες ασθενών σχετικά με την αντιμετώπισή τους στα Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων όπου προσκομίστηκαν μετά τον τραυματισμό τους. Επίσης διερευνήθηκε καταγγελία ασθενούς σχετικά με την ιατρική του περίθαλψη καθώς και παραλείψεις και σφάλματα ιατρού.

Οι διαπιστώσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. αναφέρουν ότι για τη μία υπόθεση, δεν προέκυψαν στοιχεία για μη σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς. Το νοσοκομείο δεν διαθέτει όλες τις ειδικότητες ιατρών και αναγκάζεται να συνεργάζεται με άλλο νοσοκομείο. Στη δεύτερη υπόθεση διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής μετά τον τραυματισμό του υπέστη την ταλαιπωρία περιφοράς του σε τρία νοσοκομεία για την σωστή ιατρική αντιμετώπισή του. Για τη διαπίστωση ιατρικής παράληψης ορίστηκε πραγματογνώμονας, ο οποίος αποφάνθηκε ότι δεν διαπίστωσε ιατρική παράληψη και απόκλιση από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας.

Οι προτάσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. για τις ανωτέρω καταγγελίες, είναι η παραπομπή τριών ιατρών στα αρμόδια πειθαρχικά όργανα για το παράπτωμα της ατελούς εκπλήρωσης καθήκοντος. Αποφασίστηκε επίσης η διεξαγωγή ΕΔΕ σε νοσοκομείο για διερεύνηση συνθηκών αντιμετώπισης του ασθενούς από νοσηλεύτρια και η διαβίβαση πορίσματος στον εισαγγελέα για τη διερεύνηση ποινικής δίωξης.

Τέλος, το Περιφερειακό Γραφείο του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. για το έτος 2005, αναφέρει δυο υποθέσεις ιατρικού σφάλματος. «Όσον αφορά την πρώτη υπόθεση, ο ασθενής στην αγωγή του αναφέρει ότι εισήχθη σε Γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης αρτιμελής, για αντιμετώπιση προβλήματος δυσλειτουργίας του αριστερού νεφρού και έλαβε εξιτήριο με ακρωτηριασμένο το ένα σκέλος στο ύψος του μηρού. Τα παραπάνω οφείλονται στην αμελή συμπεριφορά (πράξεις και παραλήψεις) των ιατρών του νοσοκομείου και συγκεκριμένα στην αδικαιολόγητη διακοπή αιμάτωσης των κάτω άκρων του ασθενούς, που προκλήθηκε κατά τη χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση πυόνεφρου αριστερά και στη μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της κατά τη νοσηλεία του ασθενούς στη Μ.Ε.Θ. του ίδιου νοσοκομείου.

Οι διαπιστώσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. μετά τη λήξη της ελεγκτικής διαδικασίας, είναι ότι ο χειρουργός-ουρολόγος του Γενικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με τους χειρουργικούς χειρισμούς του προκάλεσε ισχαιμία περιφερειακά, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μη ανατάξιμων βλαβών που οδήγησαν στον ακρωτηριασμό του αριστερού σκέλους του ασθενούς. Ο παραπάνω χειρουργός-ουρολόγος που διενήργησε την

νεφρεκτομή στον ασθενή, ευθύνεται για την μη πλήρη ενημέρωση των ιατρών της Μ.Ε.Θ. για τις υπόνοιες ενδεχόμενης συρραφής της αορτής αμελώντας με τον τρόπο αυτό να παράσχει βοήθεια για την αντιμετώπιση του ασθενούς. Κατά συνέπεια διέπραξε τα αδικήματα της αμέλειας και της ατελούς ή μη έγκαιρης εκπλήρωσης του καθήκοντος (άρθρο 107 παρ.1 περ. στ, Ν. 2683/99).

Ο αναισθησιολόγος –εντατικολόγος της Μ.Ε.Θ. του ιδίου νοσοκομείου ευθύνεται για την μη έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος του ασθενούς και την καθυστέρηση της μεταφοράς του σε άλλο νοσοκομείο της πόλης, για την αγγειοχειρουργική του αντιμετώπιση. Κατά συνέπεια διέπραξε τα αδικήματα της αμέλειας και της ατελούς ή μη έγκαιρης εκπλήρωσης του καθήκοντος (άρθρο 107 παρ.1 περ. στ, Ν. 2683/99).

Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π., προτείνει την πειθαρχική δίωξη των ιατρών για παράβαση των προαναφερθέντων διατάξεων του Ν. 2683/99, την διαβίβαση στην Εισαγγελία πλημμελειοδικών Θεσσαλονίκης για τυχόν ποινικές ευθύνες των ιατρών και τέλος τη σύσταση επιτροπής εμπειρογνομόνων από την οικεία Δ.Υ.Πε. για την εξέταση της ορθότητας ή μη των χειρουργικών χειρισμών του χειρουργού-ουρολόγου.

Όσον αφορά τη δεύτερη υπόθεση ιατρικού σφάλματος αναφέρεται ότι στην καταγγελία τους οι γονείς του βρέφους θεωρούν ότι από λάθος ιατρικών χειρισμών κατά την χειρουργική επέμβαση που έγινε για την αντιμετώπιση διόγκωσης της δεξιάς βουβωνικής περιοχής, προέκυψε ισχαιμία και επακόλουθη ατροφία στα γεννητικά όργανα.

Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. για την υπόθεση, ακολουθεί η εξής έκθεση: Το βρέφος χειρουργήθηκε για την αντιμετώπιση διόγκωσης της δεξιάς βουβωνικής περιοχής, η οποία διαπιστώθηκε από τις κλινικές εξετάσεις που προηγήθηκαν. Αν η βουβωνοκήλη τελούσε υπό περίσφιξη ή όχι δεν κατέστη δυνατόν να αποσαφηνιστεί. Επίσης δεν κατέστη δυνατόν να εξακριβωθεί αν η ισχαιμία και η επακόλουθη ατροφία των γεννητικών οργάνων οφείλεται σε επιπλοκή από περίσφιξη της βουβωνοκήλης, όπως ισχυρίζεται ο εκτελέσας την επέμβαση, ή σε λάθος ιατρικών χειρισμών όπως ισχυρίζονται οι γονείς και τούτο διότι αφενός δεν εξακριβώθηκε αν πράγματι υπήρξε περίσφιξη της κήλης ή όχι και αφετέρου δεν υπάρχει άλλη μαρτυρία για τους χειρουργικούς χειρισμούς του παιδοχειρουργού, πλην του ιδίου.

Οι προτάσεις του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. ως προς τον πανεπιστημιακό παιδοχειρουργό είναι η διαβίβαση του πορίσματος στον πρόεδρο-γενικό διευθυντή της Β' Δ.Υ.Πε. Κεντρικής Μακεδονίας για σύσταση τριμελούς εξεταστικής επιτροπής από εμπειρογνώμονες καθηγητές προκειμένου να αποφανθούν για το ιατρικό μέρος της υπόθεσης».

### 6.2.3 Συνήγορος του Πολίτη (ΣτΠ) - Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεσπίστηκε με τον Ν. 3293/2004 και ενσωματώθηκε στην Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη που ήδη παρέχει τις υπηρεσίες του δωρεάν σε όλους τους πολίτες-χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Εξετάζει τη νομιμότητα των παραλείψεων φορέων του συστήματος Υγείας κατόπιν υποβολής αναφοράς από τους θιγόμενους πολίτες, Έλληνες ή αλλοδαπούς. Επίσης διαμεσολαβεί σε υποθέσεις που αφορούν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου Υγείας άπτονται υποθέσεων μόνο του δημόσιου τομέα υγείας και δεν αναλαμβάνουν υποθέσεις που αφορούν ιδιωτικές διαφορές.

Ο Συνήγορος Υγείας αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο χρήστης υπηρεσιών υγείας που μεταξύ άλλων είναι και η παροχή ακατάλληλης περίθαλψης, δηλαδή περίθαλψης που δεν συνάδει με τους κανόνες της επιστήμης και τους Κώδικες Δεοντολογίας των Επαγγελματιών Υγείας και θίγει την αξιοπρέπεια του ασθενή.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, δεν είναι αρμόδιος στο να παρέχει νομική συμβουλευτική ή εκπροσώπηση στα ελληνικά δικαστήρια. Επίσης, δεν είναι αρμόδιος στην χορήγηση αποζημιώσεων σε περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος.

Η υπηρεσία ουσιαστικά αυτό που προσφέρει είναι την εκπόνηση ενός φακέλου εκ μέρους του πολίτη, που εμπεριέχει τη συλλογή όλου εκείνου του κρίσιμου υλικού από δημόσιες υπηρεσίες, νοσοκομεία και υπολοίπους εμπλεκόμενους φορείς, ώστε να προσφύγει εν συνεχεία ο πολίτης στα δικαστήρια με δικό του πάντα μισθωμένο ιδιωτικό δικηγόρο. Παράλληλα με την παραλαβή των στοιχείων, ελέγχεται και η τήρηση της νομιμότητας για τη διαδικασία που ακολουθήθηκε από τους εμπλεκόμενους φορείς, ώστε να προκύψουν αυτά τα στοιχεία.

Με άλλα λόγια, ο ρόλος του Συνηγόρου της Υγείας είναι διαμεσολαβητικός μεταξύ πολίτη και φορέων υγείας. Σε αντίθεση με τον Συνήγορο της Υγείας που ενέχει τη θέση του προθάλαμου των δικαστηρίων, το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, όπως αναφέρθηκε, προχωράει πιο πέρα τις υποθέσεις.

Έτσι λοιπόν, πολλές υποθέσεις που έρχονται στον Συνήγορο της Υγείας, παραπέμπονται τελικά στο Σ.Ε.Υ.Υ.Π., είτε για να ζητηθεί η άποψη του είτε εξαιτίας της φύσης της υπόθεσης, θεωρείται πιο αρμόδιος να επιληφθεί της υποθέσεως. Βέβαια αρκετές φορές, το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. λόγω έλλειψης προσωπικού, όπως υποστηρίζουν υπάλληλοι του Συνηγόρου Υγείας, δε μπορεί να μελετήσει όλες τις υποθέσεις που τους στέλνουν και έτσι γίνεται ένα ξεκαθάρισμα των σημαντικότερων.

Σε τρία σημεία υπάρχει ομοιότητα μεταξύ των δυο οργανισμών που είναι αρχικά η ανυπαρξία της επαναπληροφόρησης (feedback) για δικαστικές αποφάσεις των υποθέσεων που χειρίστηκαν αρχικώς και η διατύπωση συστάσεων και προτάσεων προς τους φορείς δημόσιας υγείας. Επιπλέον και οι δυο οργανισμοί δεν επιβάλλουν κυρώσεις ούτε ακυρώνουν τις παράνομες πράξεις των εμπλεκόμενων φορέων.

Τα στάδια που ακολουθεί η διαδικασία διερεύνησης της αναφοράς που συντάσσει ο πολίτης είναι τα εξής: Κάθε αναφορά παίρνει αριθμό πρωτοκόλλου και ανατίθεται σε χειριστή-επιστήμονα. Στο 2<sup>ο</sup> στάδιο, ελέγχεται η αναφορά ως προς την αρμοδιότητα της Αρχής και αν δεν καλύπτονται τα κριτήρια για διερεύνηση της υπόθεσης, τίθεται στο αρχείο. Στη συνέχεια κατά τη διερεύνηση της αναφοράς ζητείται η άποψη της εμπλεκόμενης υπηρεσίας όσο και του ενδιαφερόμενου πολίτη. Επίσης, κατά το 4<sup>ο</sup> στάδιο, μετά το πέρας της έρευνας και εφόσον η φύση της υπόθεσης το απαιτεί, συντάσσεται πόρισμα που γνωστοποιείται στον καθ' ύλην αρμόδιο υπουργό και τις αρμόδιες υπηρεσίες. Τέλος, ο Συνήγορος Υγείας διαμεσολαβεί με κάθε πρόσφορο τρόπο για την επίλυση του προβλήματος του πολίτη.

Οι επαφές με τον Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στα πλαίσια της ερευνητικής προσπάθειας, περιλάμβαναν αρκετές τηλεφωνικές επαφές και μία κατ' ιδίαν συνάντηση κατά τον μήνα Ιούνιο του 2007. Η προσωπική συνάντηση με σκοπό την αποτύπωση του μεγέθους του προβλήματος όπως προσδιορίζεται από τον Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έγινε με την προϊσταμένη του τμήματος κα. Ανδρικήκη και με μία ομάδα που συντάθηκε ειδικά για τη συλλογή των στοιχείων που επιζητούσαμε και η οποία απαρτιζόταν από χειριστές-επιστήμονες των υποθέσεων ιατρικού σφάλματος.

Το αποτέλεσμα των επαφών με τον Συνήγορο της Υγείας ήταν πολύ ικανοποιητικό αφού μας παραχωρήθηκαν όλες οι περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος που είχαν έρθει στον οργανισμό (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 5). Αν και ο αριθμός των ερευνηθέντων υποθέσεων ήταν πολύ μικρός, ώστε να αποφέρουν αξιόπιστα στατιστικά αποτελέσματα, παρόλα αυτά, δίνεται η δυνατότητα στο να αφουγκραστούμε την



κατάσταση που επικρατεί με το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων στην ελληνική επικράτεια.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του 2006 («Συνήγορος του Πολίτη» 2006) για τα ιατρικά σφάλματα, «οι αναφορές των πολιτών θέτουν πολύπλοκα ζητήματα για την ευθύνη των επαγγελματιών υγείας σχετικά με ιατρικές πράξεις ή παραλήψεις. Οι αναφορές κατατάσσονται σε δυο κατηγορίες: Πρώτον, σε αυτές που αναφέρονται στη σύμφωνη με τους κανόνες της επιστήμης άσκηση της ιατρικής (ιατρικό σφάλμα με την στενή έννοια του όρου). Δεύτερον, σε αυτές που αναφέρονται σε παράβαση των υποχρεώσεων που θέτει ο νόμος και ιδίως ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και σχετίζονται με την προστασία των χρηστών των υπηρεσιών υγείας».

Εδώ, θα πρέπει να σημειωθεί η παράμετρος, όπως εξηγεί και η βοηθός Συνηγόρου κα. Παπαρρηγοπούλου ότι ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την τήρηση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, όχι όμως και για το αποτέλεσμα («Πετροπούλου Μ.» 2004). Ο ιατρός δεν έχει ούτε καθήκον ούτε και ευθύνη αποτελέσματος, υπό την έννοια ότι δεν εγγυάται ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, την ίαση. Εγγυάται και ευθύνεται μόνο για τα μέσα που χρησιμοποίησε κατά την άσκηση του επαγγέλματός του. Αυτό το στοιχείο, διαφεύγει πολλές φορές της προσοχής των ιατρών, οι οποίοι στα πλαίσια της ενημέρωσης του ασθενή τους μιλούν για «απλή επέμβαση». Έτσι δημιουργούνται λανθασμένες εντυπώσεις και προσδοκίες στους ασθενείς, χωρίς να γνωρίζουν για την απρόβλεπτη επιπλοκή, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα («Παπαευαγγέλου-Κορκοντζέλου Ε.» 2001).

Στις περισσότερες υποθέσεις ιατρικού σφάλματος που έχει ερευνήσει ο Συνήγορος της Υγείας, σύμφωνα με την τοποθέτηση της κας. Παπαρρηγοπούλου, «εντοπίζεται μια αδυναμία στο σύστημα διαχείρισης καταγγελιών των ασθενών από τα νοσοκομεία, ιδίως στις περιπτώσεις αναφερόμενων παραβιάσεων δικαιωμάτων ή ιατρικών πλημμελειών, ιδίως με την πρόβλεψη υποχρεωτικής διενέργειας έρευνας» («Παπαρρηγοπούλου Π., Φυτράκης Ε.» 2004). Το αποτέλεσμα είναι η συλλογή του ιατρικού φακέλου και των άλλων στοιχείων εκ μέρους του πολίτη, να καθίσταται μια πολύ χρονοβόρα διαδικασία.

#### 6.2.4 Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας

Οι υποθέσεις με αντικείμενο εκδίκασης το ιατρικό σφάλμα, εισάγονται στα Διοικητικά Πρωτοδικεία με το ένδικο βοήθημα της αγωγής. Αφορούν πάντοτε αστική ευθύνη ιατρών, νοσηλευτών, υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, όπως επίσης και ευθύνη Δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος που είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου ή Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

Η μόνη μέριμνα των Διοικητικών Δικαστηρίων είναι η εξακρίβωση αν ο εναγόμενος ιατρός ενέχει αστική ευθύνη, ώστε να αποφασιστεί το ποσό αποζημίωσης του θύματος. Αν ο πολίτης που υπέστη τις συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος επιδιώκει την ποινική ευθύνη του ιατρού, τότε θα πρέπει να απευθυνθεί αποκλειστικά στα Ποινικά Δικαστήρια. Μ' άλλα λόγια, η ποινική ευθύνη των ιατρών καθώς επίσης και η πειθαρχική δεν εκδικάζεται και δεν εξετάζεται στα Διοικητικά Δικαστήρια. Η ποινική ευθύνη δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

Τα Διοικητικά Δικαστήρια ή αλλιώς Διοικητικά Πρωτοδικεία, δεν έχουν δικαιοδοσία για εκδίκαση σχετικών υποθέσεων που αφορούν πράξεις ή παραλήψεις ιδιωτών ιατρών, ή ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Οι υποθέσεις αυτές είναι αρμοδιότητα των Πολιτικών Δικαστηρίων.

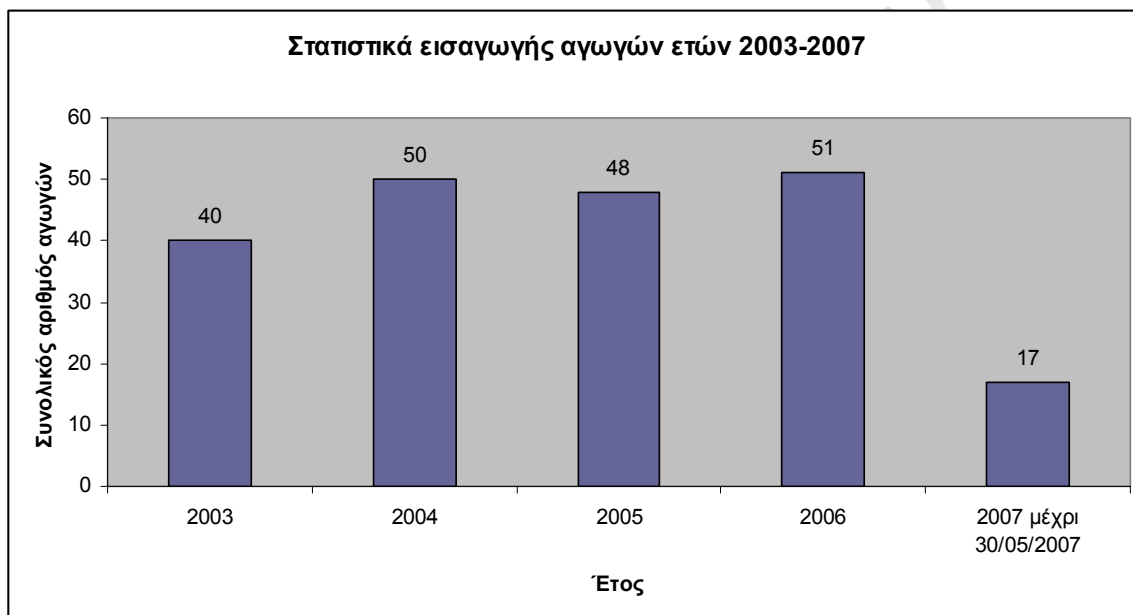
Οι επαφές με το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας στα πλαίσια της ερευνητικής προσπάθειας, περιλάμβαναν αρκετές τηλεφωνικές επαφές και τρεις κατ' ιδίαν συναντήσεις κατά τον μήνα Ιούνιο και Ιούλιο του 2007. Η προσωπική συνάντηση με σκοπό την αποτύπωση του μεγέθους του προβλήματος όπως προσδιορίζεται από τον αριθμό των αγωγών που συντάσσονται από τους πολίτες, έγινε με την Πρόεδρο Πρωτοδικών Διοικητικών Δικαστηρίων και Γενική Γραμματέα Ένωσης Διοικητικών Δικαστών κα. Λειβαδίτη και με την προϊσταμένη της Γραμματείας κα. Μαράντου.

Το αποτέλεσμα των επαφών με το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας ήταν πολύ ικανοποιητικό αφού μας παραχωρήθηκαν όλες οι πρόσφατες δικαστικές αποφάσεις υποθέσεων ιατρικού σφάλματος που παρουσίαζαν νομικό ενδιαφέρον, για τα έτη 2003 έως και 14/06/2007 (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 5).

Επιπλέον, το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας αρχειοθετώντας όλες τις δικαστικές αποφάσεις μαζί με τις συνημμένες αγωγές και έχοντας τη δυνατότητα να εξάγει κάποια συμπεράσματα, μας παραχώρησε τα κάτωθι στατιστικά στοιχεία. Αρχικά, στο διάγραμμα 6.2.4.α, αναγράφεται ο συνολικός αριθμός εισαγωγής αγωγών ανά έτος.

Παρατηρούμε ότι το έτος 2006, εμφανίστηκαν οι περισσότερες αγωγές για υπαιτιότητες των ιατρών του ΕΣΥ. Διαφαίνεται ότι από το 2004 έως το 2006, ο αριθμός των αγωγών ήταν αρκετά υψηλός, αν λάβουμε υπόψη μας ότι τα στοιχεία αυτά αφορούν μόνο το Διοικητικό Πρωτοδικείο της Αθήνας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.2.4.α: Πηγή: Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας





Στον πίνακα 6.2.4.α παρατηρείται ο συνολικός αριθμός των υποθέσεων που εκκρεμούσαν για τα έτη 2000 έως 2003. Σύμφωνα με την κα. Λειβαδίτη, «μέσα στα τελευταία τέσσερα χρόνια τριπλασιάστηκαν οι υποθέσεις για ιατρικά σφάλματα που φτάνουν στα δικαστήρια. Πρόκειται κυρίως για περιπτώσεις οικονομικής ή ηθικής ικανοποίησης ασθενών, που θεωρούν ότι έπεσαν θύματα κακής άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος».

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.4.α: Εκκρεμείς υποθέσεις ετών 2000-2003,

Πηγή: Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας

Έτος	Συνολικός αριθμός
2000	25
2001	59
2002	68
2003	80

Στη συνέχεια, στον πίνακα 6.2.4.β, γίνεται μια αναλυτική κατηγοριοποίηση των δικαστικών αποφάσεων. Τα είδη των δικαστικών αποφάσεων είναι οι οριστικές όπου μπορεί να είναι είτε δεκτές εν μέρει επιδικάζοντας περιπτώσεις μόνο, υπέρ των εναγόντων είτε απορριπτικές. Άλλο είδος αποφάσεων είναι οι παραπεμπτικές σε άλλα Πρωτοδικεία και τέλος έχουμε και τις προδικαστικές αποφάσεις οι οποίες διατάσσουν αποδείξεις, κυρίως την διενέργεια πραγματογνωμοσύνης. Μ' αυτόν τον τρόπο, προκύπτει και ο συνολικός αριθμός των δικαστικών αποφάσεων στο Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας, ενδεικτικά για τα έτη 2006 και 2007 μέχρι 31/05/2007.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2.4.β: Συνολικός αριθμός δικαστικών αποφάσεων ετών 2006 και 2007 μέχρι 30/05/2007, Πηγή: Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας

Έτος	Οριστικές αποφάσεις		Παραπεμπτικές σε άλλα Πρωτοδικεία	Προδικαστικές	Συνολικός αριθμός δικαστικών αποφάσεων
	Δεκτές	Απορρ.			
2006	8	6	4	15	33
2007 μέχρι 31/05/2007	2	3	1	4	10

Με βάση τις δικαστικές αποφάσεις που μας δόθηκαν (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 5), αναφέρουμε ενδεικτικά τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που ενάγονται συνήθως στις σχετικές υποθέσεις:

- ❖ ΝΠΔΔ «Ιπποκράτειο
- ❖ ΝΠΔΔ «Ευαγγελισμός»
- ❖ ΝΠΔΔ «Ελπίς»
- ❖ ΝΠΔΔ «ΚΑΤ»
- ❖ ΝΠΔΔ «Αγία Όλγα»
- ❖ ΝΠΔΔ «Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία»
- ❖ Στρατιωτικό Νοσοκομείο (Γ.Ν.Α., 401)
- ❖ Γενικό Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμινγκ»
- ❖ Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»
- ❖ Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς»
- ❖ ΝΠΔΔ «ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο»
- ❖ Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»
- ❖ Κέντρα Υγείας στην περιφέρεια
- ❖ Γενικά Νοσοκομεία στην περιφέρεια

Επιπλέον, αναφορικά με τις ειδικότητες του ιατρού που εμπλέκονται, η κα. Λειβαδίτη βλέπει από την εμπειρία της «να παρουσιάζονται στα Δικαστήρια περιπτώσεις ιατρών που ανήκουν στην επεμβατική ιατρική, όπως γενικοί χειρουργοί, γυναικολόγοι-μαιευτήρες, χειρουργοί οφθαλμίατροι αλλά και αναισθησιολόγοι». Κάτι παρεμφές απεδείχθη, άλλωστε και στην ανάλυση των περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 5). Βέβαια, σύμφωνα και με την κα. Μαράντου, «ένα επίσης πολύ μεγάλο ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων που επικαλούνται οι ενάγοντες οφείλεται σε λανθασμένη διάγνωση είτε αυτή αφορά την ειδικότητα γενικώς των παθολόγων, είτε παιδιάτρων είτε των καρδιολόγων».

Από τα λεγόμενα των προσωπικών συναντήσεων που επιβεβαιώθηκαν και από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας, προέκυψε το γεγονός ότι η αιτία ζημίας του ασθενούς και στο τι συνίσταται δηλαδή η παρανομία του οργάνου του Δημοσίου ή του Νοσοκομείου, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην παράλειψη και στην λανθασμένη ενέργεια του ιατρού. Επίσης, οι συνέπειες στον παθόντα-ενάγοντα του ιατρικού σφάλματος, ποικίλουν κατά περίπτωση. Άλλοτε μερική ή ολική αναπηρία, άλλοτε θάνατος, άλλοτε ταλαιπωρία ετών με αλλεπάλληλες επεμβάσεις, άλλοτε επιπλοκές και γενικότερη επιβάρυνση της υγείας ή και της ψυχικής υγείας του ασθενούς. Το Δικαστήριο προκειμένου να αποφανθεί για τις συνέπειες που προκλήθηκαν στον ασθενή από το ιατρικό σφάλμα, εξετάζει πλήρως τα αποδεικτικά στοιχεία αμφοτέρων των διαδίκων αφενός, αφετέρου δε, διατάσσει την διενέργεια πραγματογνωμοσύνης από ειδικούς κατά περίπτωση πραγματογνώμονες-ιατρούς.

Η αποκατάσταση της ζημίας, στα Διοικητικά Δικαστήρια συνίσταται κυρίως σε χρηματική αποζημίωση που αφορά είτε ψυχική οδύνη είτε έξοδα που αναλώθηκαν σε ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, είτε μηνιαία διατροφή σε προστατευόμενα μέλη σε περιπτώσεις θανάτου ή αναπηρίας, είτε σε μηνιαία παροχή για αντιμετώπιση θεραπείας και βιοτικών αναγκών, στον ίδιο τον ασθενή. Η ευθύνη στην διοικητική δίκη, σύμφωνα με την κα. Μαράντου, αφορά μόνον το Δημόσιο ή τα ν.π.δ.δ. (Νοσοκομεία) και όχι τους ιατρούς. Ως εκ τούτου μόνον σε βάρος του Δημοσίου ή του Νοσοκομείου επιδικάζεται αποζημίωση, όχι σε βάρος του ιατρού.

Τέλος, αυτό που προέκυψε από τις συναντήσεις αλλά όπως είδαμε και στα στοιχεία της έρευνας, ο χρόνος που μεσολαβεί από την κατάθεση της αγωγής μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης είναι αρκετός. Η κα. Λειβαδίτη επισημαίνει, επίσης ότι το διάστημα για υποθέσεις ιατρικού σφάλματος κατά το οποίο μπορεί κάποιος πολίτης να προσφύγει είναι έως 5 έτη, ειδάλλως παραγράφονται.

Σύμφωνα με την κα. Μαράντου, λόγω της φύσης της υπόθεσης, συνήθως προσδιορίζονται κατά προτίμηση σε σχέση με τις υπόλοιπες διαφορές που εισάγονται στο Δικαστήριο και όταν εκδοθεί απόφαση οι διαδικαστικές πράξεις μέχρι την κοινοποίηση των σχετικών αποφάσεων γίνονται σε συντομότερο χρόνο. Συνήθως όμως εκδίδεται προδικαστική απόφαση που διατάσσει διενέργεια πραγματογνωμοσύνης και όταν αυτή ολοκληρωθεί προσδιορίζεται εκ νέου η υπόθεση για οριστική κρίση. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ο χρόνος από την κατάθεση της αγωγής μέχρι την έκδοση της οριστικής απόφασης κυμαίνεται στα 2-5 χρόνια κατά περίπτωση. Κατόπιν ασκείται σχεδόν πάντοτε έφεση και η υπόθεση διαβιβάζεται στο Διοικητικό Εφετείο για νέα κρίση. Συνεπώς μέχρι να εκδοθεί τελεσίδικη απόφαση μπορεί να παρέλθουν ακόμη 1-2 χρόνια από την κατάθεση της αγωγής.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ-ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

### **7.1 Συνέπειες ιατρικού σφάλματος για τους επαγγελματίες και φορείς-οργανισμούς υγείας**

Όπως έχει αναφερθεί, η ύπαρξη ενός ιατρικού σφάλματος δεν επηρεάζει αποκλειστικά και μόνο τους ασθενείς ή τους συγγενείς των θυμάτων, αλλά και εκείνους που προκάλεσαν τη ζημία. Η εξακρίβωση ενός ιατρικού σφάλματος, επισύρει μια συρροή ευθυνών για τους ιθύνοντες, τόσο για τους οργανισμούς και τα νοσοκομεία που λαμβάνει χώρα το περιστατικό όσο και για τον επαγγελματία υγείας ατομικά που το προξένησε.

Φαίνεται ότι μεταφέρονται και στη χώρα μας τα διεθνή δεδομένα και μάλιστα με αυξανόμενη ταχύτητα, καθώς προσαρμοζόμαστε στη νέα κοινωνική πραγματικότητα. Η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου του ελληνικού πληθυσμού, οι δυνατότητες πληροφόρησης που προσφέρουν πλέον τα Μ.Μ.Ε. και το Internet, έχουν επιτρέψει στους πολίτες να γνωρίζουν καλά τα δικαιώματά τους και να διεκδικούν αποφασιστικά την ικανοποίησή τους, όταν πιστεύουν ότι έχουν υποστεί ζημία κατά την εμπλοκή τους με τον Υγειονομικό Τομέα («Στάθης Γ.» 2001).

Οι Έλληνες μέχρι πριν από λίγα χρόνια, δίσταζαν να διεκδικήσουν χρήματα από τον προσωπικό τους ιατρό ή από νοσηλευτικά ιδρύματα διότι τους φόβιζε το κόστος και το βάρος της διαδικασίας. Τα πράγματα στο θέμα των απαιτήσεων για ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα έχουν τώρα αλλάξει σημαντικά («Πάτρας Δ.» 2001).

#### *7.1.1 Συνέπειες ιατρικού σφάλματος για τους επαγγελματίες υγείας*

«Η άσκηση του επαγγέλματος συνεπάγεται την ύπαρξη συγκεκριμένων ευθυνών του επαγγελματία έναντι των προσώπων προς τα οποία αυτός προσφέρει τις επαγγελματικές του υπηρεσίες, σε περίπτωση μη ενδεδειγμένης παροχής των υπηρεσιών αυτών λόγω αξιόμιμης αγνοίας ή αμέλειας ή σφάλματος. Οι ευθύνες αυτές χαρακτηρίζονται ως Επαγγελματική Αστική Ευθύνη» («Φιλιππόπουλος Γ.» 2001).

Στα πλαίσια της ερευνητικής διαδικασίας, ήρθαμε σε επαφή με τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών για να αποκτήσουμε μια πλήρη εικόνα των συνεπειών που δημιουργούνται από πλευράς του ιατρού. Συνομιλήσαμε για αυτά τα θέματα με την κα.

Παίξη η οποία είναι προϊσταμένη Διοικητικών Υπηρεσιών του Ι.Σ.Α, με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου (βλ. για αναλυτικά Παράρτημα Α').

Σύμφωνα με την κα. Παίξη, όσον αφορά τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, ο αριθμός των καταγγελιών αυξάνεται 5% ανά έτος και αφορά και δημόσιους και ιδιωτικούς ιατρούς. Στο Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου, αναφέρει η κα. Παίξη παραπέμπονται ιατροί σε περίπτωση που τυχόν ευθύνονται για αμέλεια, απροσεξία, αδιαφορία και έλλειψης πρόβλεψης («Λίτου Μ.» 2005).

Εξηγώντας η κα. Παίξη την διαδικασία που ακολουθείται, από τη στιγμή που έρχεται μια καταγγελία για ένα μέλος του ΙΣΑ, μας αναφέρει ότι ερωτάται η γνώμη του ίδιου του ιατρού, στη συνέχεια το Διοικητικό Συμβούλιο επεξεργάζεται όλα τα στοιχεία που έχει στη διάθεσή του και στο τέλος βγαίνει η απόφαση. Αν δε βρεθεί κανένα παράπτωμα, αρχειοθετείται ενώ αν βρεθούν παράνομες πράξεις, η υπόθεση κατευθύνεται στη νομική υπηρεσία του ΙΣΑ και ανοίγεται ο φάκελος του πειθαρχικού.

Οι ποινές που δίδονται στο Πειθαρχικό Συμβούλιο, είναι κατά περίπτωση. Τα είδη των ποινών είναι τρία. Αρχικά, η επίπληξη και στη συνέχεια η χρηματική ποινή. Για παράδειγμα, η χρηματική ποινή για τους ιατρούς βαθμίδας επιμελητή Α' και Β' στο Ε.Σ.Υ είναι από έναν έως τρεις μισθούς. Τέλος, υπάρχει η πιο επιβαρυντική ποινή του ΙΣΑ που είναι η στέρηση αδειάς για διάστημα από 15 ημέρες έως 3 χρόνια.

Το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών εξετάζει κάθε χρόνο αρκετές υποθέσεις που παραπέμπονται από τη διοίκηση του συλλόγου. Το έτος 2004, ο πρόεδρος Παναγιώτης Μπεχράκης, αναφέρει ότι το συμβούλιο αναγκάστηκε να επιβάλλει δύο φορές τη μεγαλύτερη ποινή, δηλαδή τριετή στέρηση άδειας άσκησης επαγγέλματος, βαρύ πρόστιμο και ερώτηση προς τον υπουργό για οριστική αφαίρεση της άδειας (σ.σ.: η μία αφορά τη γνωστή υπόθεση του Δημ. Γιαννίτη). Εκείνη την περίοδο εκκρεμούσαν στο πειθαρχικό άλλες πέντε υποθέσεις («Πετροπούλου Μ.» 2004).

### 7.1.2 Συνέπειες ιατρικού σφάλματος για τους φορείς-οργανισμούς υγείας

«Οι αγωγές αποζημίωσης λόγω ιατρικών σφαλμάτων ή αμέλειας, έχουν πλέον ξεπεράσει τις 100 ετησίως και αυξάνονται με γοργούς ρυθμούς. Αυτές οι αγωγές πολιτών (ασθενών) στρέφονται τόσο κατά των θεραπόντων ιατρών και των άλλων λειτουργών υγείας, όσο και κατά των Νοσοκομείων και Κλινικών, όπου πραγματοποιήθηκαν η νοσηλεία και οι επίμαχες ιατρικές πράξεις. Μάλιστα τα Ελληνικά Δικαστήρια δεν διστάζουν πλέον-όπως παλαιότερα- να επιδικάσουν υψηλότερες αποζημιώσεις στα θύματα ή στους συγγενείς τους σε περιπτώσεις θανάτου» («Στάθης Γ.» 2001).

Σύμφωνα με τη νομική βάση, όπως έχει προαναφερθεί, τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα ευθύνονται αποκλειστικά για τις παράνομες πράξεις των δημοσίων υπαλλήλων τους-ιατρούς. Τα Διοικητικά Δικαστήρια, λοιπόν, επιβάλλουν στα νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ., την υποχρέωση της αποζημίωσης στους βλαβέντες πολίτες. Από εκεί και πέρα, το δημόσιο νοσοκομείο ατομικά μπορεί να στραφεί προς τον ιατρό, σύμφωνα με τον Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα. Το ίδιο ισχύει και σε περιπτώσεις που αναφερόμαστε και σε άλλους δημόσιους παρόχους υγείας, όπως τα νοσοκομεία ασφαλιστικών ιδρυμάτων.

Όπως σημειώνει ο δικηγόρος Νίκος Ξανάλατος, ο οποίος ασχολείται με υποθέσεις ιατρικών σφαλμάτων, «στα δημόσια νοσοκομεία είναι περισσότερες οι ιατρικές πράξεις σε σχέση με τα ιδιωτικά και επομένως είναι λογικό να φθάνουν πολλές υποθέσεις στα διοικητικά δικαστήρια» («Πετροπούλου Μ.» 2004).

## 7.2 Προστασία επαγγελματιών και φορέων-οργανισμών υγείας

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες και πιο διαδεδομένες ασφαλίσεις για ιατρικά σφάλματα, είναι η ασφάλιση της Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης ιατρών και Νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Medical Malpractice). «Η ασφάλιση της επαγγελματικής αστικής ευθύνης αποσκοπεί στο να προστατεύσει τον Ασφαλισμένο από τις οικονομικές υποχρεώσεις που τυχόν θα δημιουργηθούν σε βάρος του εάν αυτός καταστεί υπόχρεος καταβολής αποζημιώσεων ως απόρροια της επαγγελματικής δραστηριότητάς του» («Φιλιππόπουλος Γ.» 2001). Στο διάγραμμα 7.2.α εμφανίζεται σχηματικά η σύμβαση ασφάλισης για άμεση και έμμεση κάλυψη αστικής ευθύνης τόσο για τους ιατρούς ατομικά όσο και για το μόνιμο προσωπικό των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, αντίστοιχα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.2.α: Αστική ευθύνη, Πηγή: Interamerican





«Η Ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης, έναντι οικονομικών κινδύνων (απαιτήσεων πελατών) που προκύπτουν από σφάλματα ή παραλήψεις κατά την άσκηση επαγγελματικής δραστηριότητας, είναι πολύ ανεπτυγμένη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και κυρίως στις Η.Π.Α. Ιδιαίτερη ανάπτυξη παρατηρείται διεθνώς στην Ασφάλιση Αστικής Ευθύνης των Ιατρών και των Νοσοκομείων.

Στην Αμερική –αλλά και στην Ευρώπη- είναι περίπου αδιανόητο να παραμένει ανασφάλιστος ένας ενεργός λειτουργός της Ιατρικής. Εξυπακούεται ότι στις Η.Π.Α. είναι εκατοντάδες τα νομικά γραφεία-εταιρίες που ασχολούνται αποκλειστικά με υποθέσεις Ιατρικών Σφαλμάτων και Αμέλειας (Medical Malpractice). Άλλωστε, εκεί έχει αναπτυχθεί ολόκληρος επιστημονικός κλάδος γνωστός ως Legal Medicine (Ιατρονομικά) που διδάσκεται σε Ιατρούς». Όσον αφορά τους ιατρούς στην Ευρώπη, η ιδιαιτερότητα του ιατρικού επαγγέλματος, τους οδήγησε σε αλληλοασφάλιση των γιατρών, Medical Defense Union («Στάθης Γ.» 2001).

### **7.2.1 Προστασία επαγγελματιών υγείας**

Το ανθρώπινο λάθος κανείς δεν μπορεί να αποφύγει όση διάθεση και προσπάθεια να καταβάλλει. Ο κίνδυνος υπάρχει πάντα και ειδικότερα λόγω συνθηκών στην άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας του ιατρού. Γι' αυτό το λόγο, ο κάθε ιατρός θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος για να αντιμετωπίσει μία απρόοπτη κατάσταση.

#### **7.2.1.1 Αντιπροσφυγή και Αμυντική Ιατρική**

«Ο ιατρός έχει αρκετές επιλογές άμυνας, αρκεί κάθε φορά να είναι κατάλληλες και πειστικές προς το δικαστή και να ανταποκρίνονται στα πραγματικά περιστατικά κάθε υπόθεσης ιατρικού σφάλματος.

Συναντάμε το κοινό επιχείρημα των ιατρών ότι «ούτως ή άλλως ο ασθενής θα κατάληγε». Με άλλα λόγια, οι ιατροί μπορούν να ισχυριστούν ότι είτε η τερματική κατάληξη του ασθενή δεν οφείλεται σε σφάλμα του ιατρού είτε ακόμη και αν υπήρξε σφάλμα, αυτό δεν επιτάχυνε την πορεία της κατάληξης ή δεν επέφερε τη σωματική βλάβη, η οποία προκλήθηκε από άλλη αιτία.

Ο ιατρός μαζί με το νομικό του σύμβουλο, αν δεν αθώωθηκε σε πρώτο επίπεδο, μπορεί να κάνει αντιπροσφυγή δηλαδή να πάει στο εφετείο, όπου θα είναι και η

τελεσίδικη απόφαση. Ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να αντεπιτεθεί έναντι των κατηγοριών του ασθενή είτε βάσει του άρθρ. 35 παρ. 3 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας είτε βάσει των διατάξεων Α.Κ. 57 επ., Α.Κ. 914 επ. είτε βάσει των διατάξεων περί ψευδούς καταμήνυσης (Π.Κ. 229), εφόσον, πιστεύει ο ασθενής ή οι οικείοι του στράφηκαν εναντίον του χωρίς να δικαιολογείται από την ιστορική ή τη νομική βάση και εν γένει, από τα πραγματικά περιστατικά της εκάστοτε υπόθεσης» («Πολίτης» 2006).

Υπάρχουν φαινόμενα στις ΗΠΑ και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπου οι γιατροί ασκούν τη λεγόμενη «αμυντική ιατρική». «Είναι λαθεμένη η επιλογή του ιατρού, από το φόβο του ποινικού ελέγχου ή της αστικής του καταδίκης σε αποζημίωση, να καταφεύγει σε άσκηση κάθε είδους «αμυντικής ιατρικής», αποφεύγοντας σε βάρος του ασθενή ενέργειες, στις οποίες θα μπορούσε να είχε προβεί ή αντίθετα προβαίνοντας σε ενέργειες που δεν στηρίζονται σε επιστημονικά δεδομένα και δεν αποβλέπουν στο συμφέρον του ασθενή» («Παπαευαγγέλου-Κορκοντζέλου Ε.» 2001).

#### 7.2.1.2 Κάλυψη αστικής ευθύνης

«Η ασφάλιση της επαγγελματικής ευθύνης ιατρών καλύπτει την αποζημίωση που θα καταβληθεί, εάν ο ασφαλισμένος ιατρός καταστεί κατά το νόμο υπεύθυνος για σωματική ή πνευματική βλάβη ή θάνατο ασθενούς του, που θα οφείλεται όντως ή κατ' ισχυρισμό σε σφάλμα, παράληψη ή αμέλεια κατά την εκτέλεση των επαγγελματικών καθηκόντων του ίδιου ή των βοηθών του, για τις πράξεις των οποίων είναι υπεύθυνος ο ίδιος» («Φιλιππόπουλος Γ.» 2001).

Στην Ελλάδα, η Ασφάλιση της Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης έχει αρχίσει να απασχολεί μέχρι σήμερα έναν αρκετά μεγάλο αριθμό επαγγελματιών ιατρών. Το γεγονός ότι δεν δημοσιοποιούνται ανάλογες αποφάσεις προσωπικά εις βάρος ιατρών, οφείλεται πολλές φορές στην εξωδικαστική επίλυση της διαφοράς, με παρέμβαση των ασφαλιστικών εταιριών που τους καλύπτουν ή και των ιδιωτικών κλινικών, που προτιμούν να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις του παθόντος, παρά να υποστούν τις συνέπειες της δημοσιοποίησης μιας δικαστικής απόφασης.

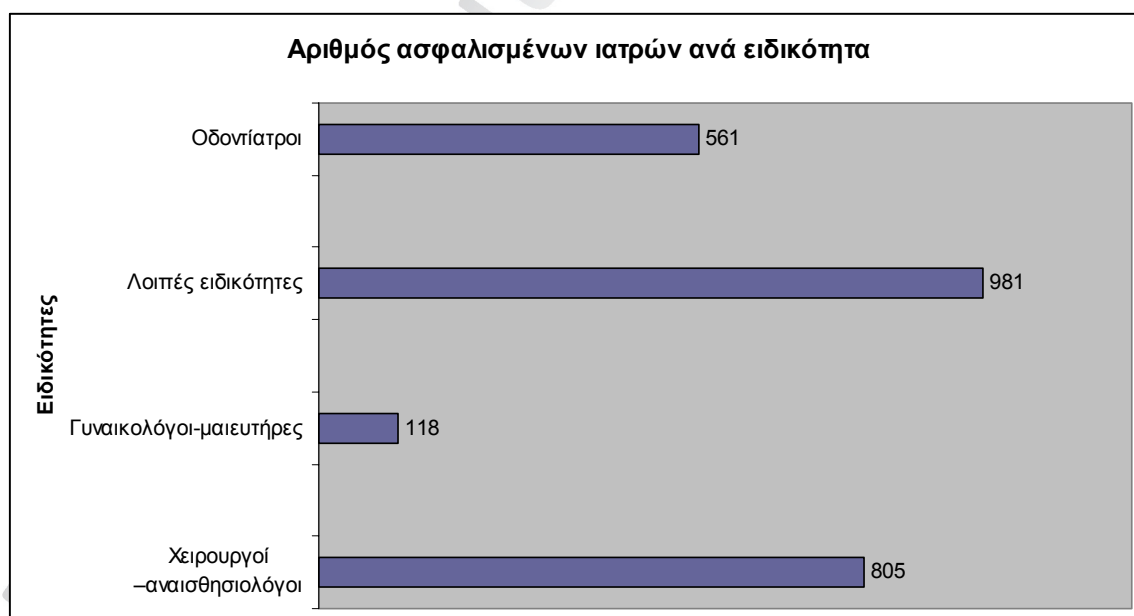
Στα πλαίσια της ερευνητικής προσπάθειας, απευθυνθήκαμε σε στελέχη μεγάλων ασφαλιστικών εταιριών και ειδικότερα στα τμήματα αστικής ευθύνης για να αντιληφθούμε την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας, στη χώρα μας. Συναντηθήκαμε με τον κ. Πάτρα και την κα. Ματαλιωτάκη, διευθυντές στην Εθνική Ασφαλιστική και με την κα. Μπόζιου, προϊσταμένη τμήματος της Interamerican

και τους υποβάλλαμε κάποιες ερωτήσεις με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου (βλ. για αναλυτικά Παράρτημα Α').

Σύμφωνα με τον κ. Πάτρα, περίπου 10.000 ιατροί σε όλη την Ελλάδα καλύπτονται από ασφαλιστικά συμβόλαια. Η κα. Μπόζιου μας ανέφερε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλιζομένων ιατρών εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, μας ανέφερε ότι σ' αυτό το είδος ασφάλισης, μόνο η Αστική ευθύνη είναι ασφαλίσιμη ενώ για την υπεράσπιση του ασφαλιζομένου Ιατρού σε Ποινικά δικαστήρια παρέχεται μόνο ένα flat ποσό αποζημίωσης για δικαστικά έξοδα και δαπάνες.

Στη συνέχεια, παραθέτουμε από μία ασφαλιστική εταιρία τον αριθμό των ασφαλιζομένων ιατρών ανά ειδικότητα ως προς την αστική ευθύνη, μέχρι της 30/6/2007. Ο συνολικός αριθμός των ασφαλιζομένων ιατρών στην εταιρία, είναι 2.465 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων ως ακολούθως :

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.2.1.2.α, Πηγή: *Interamerican*



Αναφέρθηκε, επίσης, ότι το κόστος του ασφαλιστήριου συμβολαίου διαφοροποιείται ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητας των ειδικοτήτων. Οι ειδικότητες των ιατρών με τον υψηλότερο κίνδυνο είναι μαιευτήρες-γυναικολόγοι, αναισθησιολόγοι, καρδιοχειρουργοί, αγγειοχειρουργοί, γναθοχειρουργοί, χειρουργοί θώρακος, νευροχειρουργοί, ορθοπεδικοί, παιδοχειρουργοί, ουρολόγοι, αιματολόγοι, παιδίατροι, γενικοί χειρουργοί, εντατικολόγοι. Οι αγροτικοί και οι ειδικευόμενοι ιατροί υπολογίζονται με το ασφάλιστρο των χειρουργών.

Οι ειδικότητες ιατρών με τον αμέσως χαμηλότερο κίνδυνο είναι ακτινολόγοι, γαστρεντερολόγοι, καρδιολόγοι, γενικοί παθολόγοι, νεφρολόγοι, πνευμονολόγοι, οφθαλμίατροι, οδοντίατροι, νευρολόγοι-ψυχίατροι, ογκολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι.

Κατά την τιμολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου της επαγγελματικής αστικής ευθύνης ιατρών λαμβάνονται υπόψη, σύμφωνα με τον κ. Πάτρα, οι σπουδές, η ειδικότητα, η προηγούμενη εμπειρία, ο χώρος άσκησης του επαγγέλματος (ιδιωτικό ιατρείο, νοσηλευτικό ίδρυμα), ιστορικό ζημιών, όριο ευθύνης των ασφαλιστών. Σύμφωνα και με την κα. Μπόζιου, απαραίτητη προϋπόθεση για την ισχύ της παρεχομένης κάλυψης είναι ότι ο ασφαλιζόμενος ιατρός να είναι κάτοχος των απαιτούμενων από την Ελληνική Νομοθεσία Πτυχίων, Διπλωμάτων και Αδειών για τη νόμιμη άσκηση του επαγγέλματός του ή της επιχείρησής του. Εάν δεν συντρέχει η παραπάνω προϋπόθεση η ασφάλιση είναι άκυρη και ο ασφαλιζόμενος δεν έχει κανένα δικαίωμα για αποζημίωση σε περίπτωση ατυχήματος.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι «ιατρός χειρουργός με κάλυψη 147.000€ θα τιμολογηθεί με το ποσό ετήσιων ολικών ασφαλίσεων που θα κυμαίνεται από 410€ έως 530€. Η διαφορά ασφαλίσεων από κατηγορία σε κατηγορία κυμαίνεται μεταξύ 30-40% των ασφαλίσεων της προηγούμενης» («Φιλιππόπουλος Γ.» 2001).

Κατά την κα. Μπόζιου, σήμερα τα φθηνότερα ασφάλιστρα κυμαίνονται από € 100,00 έως € 130,00 περίπου και τα ακριβότερα κυμαίνονται σε € 800,00 έως € 2.500,00. Βέβαια, σε ειδικότητες που είναι υψηλότερης επικινδυνότητας και οι αντίστοιχοι γιατροί μπορούν να αποφύγουν δυσκολότερα το ιατρικό σφάλμα, όπως οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και οι γυναικολόγοι – μαιευτήρες, τα ποσά των ασφαλίσεων διαφοροποιούνται.

Σύμφωνα με την κα. Ματαλιωτάκη, το κόστος επιβάρυνσης ενός ιατρού υπογράφοντας ένα συμβόλαιο ασφάλισης αστικής ευθύνης κυμαίνεται από 1.100€ έως 1.800€ ανά έτος. Σε ειδικότητες με υψηλό κίνδυνο φτάνουν και τις 3.000€ ανά έτος.

Στον πίνακα 7.2.1.2.α αναφέρονται τα ποσά ενδεικτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, κατά τα έτη 2004-2005. Τα προγράμματα ποικίλλουν ανάλογα με την ειδικότητα, τα ασφαλιστικά κεφάλαια και την ασφαλιστική εταιρία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2.1.2.α: Ενδεικτικά ασφαλιστικά προγράμματα για αστική ευθύνη, Πηγή: Interamerican

Ασφαλιστικό Πρόγραμμα (ποσά σε €)			
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ		ΟΛΙΚΑ ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
Σωματικές βλάβες ή θάνατος	60.000	Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες	300
Υλικές ζημιές	5.900	Χειρουργοί	265
Συνολική Ευθύνη	177.000	Αναισθησιολόγοι	265
		Οδοντίατροι	132
		Λοιπές Ειδικότητες	176

Ασφαλιστικό Πρόγραμμα (ποσά σε €)			
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ		ΟΛΙΚΑ ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
Σωματικές βλάβες ή θάνατος	147.000	Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες	470
Υλικές ζημιές	8.800	Χειρουργοί	411
Συνολική Ευθύνη	294.000	Αναισθησιολόγοι	411
		Οδοντίατροι	205
		Λοιπές Ειδικότητες	235

ΟΛΙΚΑ ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

	A ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	B ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	Γ ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	Δ ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	Ε ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ, ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ	200	240	440	570	1.000
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	170	220	350	490	800
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	100	140	180	230	400
ΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	130	180	230	280	470

Σύμφωνα με την κα. Μπόζιου, τα ασφαλιστήρια συμβόλαια αστικής ευθύνης είναι κατά κύριο λόγο ατομικά αλλά βέβαια υπάρχουν περιπτώσεις που κινείται ο σύλλογος ομαδικά με απώτερο σκοπό να εξασφαλίσει όσο το δυνατόν καλύτερους όρους και προϋποθέσεις ασφάλισης από τις ασφαλιστικές εταιρίες για τα μέλη του (όπως ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Πειραιώς κλπ.).

Έτσι, λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψη ο Ι.Σ.Α., τη σημασία της ασφαλιστικής κάλυψης των ιατρών, έγιναν για πρώτη φορά το έτος 1987, οι πρώτες συζητήσεις για αυτό το επίμαχο θέμα. Επιθυμία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών ήταν να δημιουργήσει μία νέα υπηρεσία που θα παρέχει στο σύνολο των ιατρών-μελών του νομικές και αμιγώς ασφαλιστικές υπηρεσίες για την κάλυψη των κυριότερων κινδύνων, που κυρίως αντιμετωπίζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Έτσι από το έτος 1992 έγιναν τα πρώτα βήματα για μαζική ασφαλιστική κάλυψη των ενδιαφερομένων μελών του. Σήμερα, 19.000 μέλη του Ι.Σ.Α. είναι ασφαλισμένοι ως προς την αστική ευθύνη («Στάθης Γ.» 2001).

Οι κύριοι λόγοι που οδήγησαν τον Ι.Σ.Α. στη λήψη της απόφασης να προχωρήσει στη δημιουργία της υπηρεσίας αυτής είναι αρχικά «η ευαισθητοποίηση του συνόλου του ιατρικού σώματος στο θέμα της αστικής ευθύνης και η αύξηση των «κρουσμάτων» ιατρικών περιστατικών στα δικαστήρια, πολιτικά και ποινικά. Επιπλέον, επιτακτική ανάγκη θεωρείται η ασφαλιστική κάλυψη της αστικής ευθύνης, μετά την εμφάνιση της προτεινόμενης οδηγίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την τροποποίηση του δικαίου και την εναρμόνιση στα πλαίσια της Ε.Ε. της κείμενης νομοθεσίας, που αναφέρεται στην

ευθύνη των φορέων παροχής υπηρεσιών (COM(90)482, άρθρο 100<sup>A</sup> Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης). Ειδικότερα με αυτήν την οδηγία, προτείνεται η αντιστροφή του βάρους απόδειξης, υπό την έννοια ότι στο φορέα της παροχής υπηρεσιών, δηλαδή τον ιατρό, θα πρέπει να ανήκει το βάρος απόδειξης της απουσίας του σφάλματος» («Γιαννάκης, Μαλλάς, Ρηγάκης, Αρβανίτης» 1992).

Επιπλέον, στον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης, όπως σημειώνει ο πρόεδρος κ. Νικολαΐδης, έχουν συγκροτηθεί τριμελείς επιτροπές πραγματογνωμόνων, στις οποίες μπορεί να προσφύγει κάθε ιατρός προς αποφυγή ταλαιπωρίας στα δικαστήρια («Λίτου Μ.» 2005).

### *7.2.1.3 Νομική Προστασία*

Στην ενδεχόμενη πρόκληση ιατρικού σφάλματος, ο ιατρός πέρα ότι πρέπει να είναι ασφαλισμένος ως προς την επαγγελματική - αστική ευθύνη, έχει τη δυνατότητα να ασφαλιστεί και ως προς τη νομική προστασία. Μ' άλλα λόγια, ο ιατρός όντας ασφαλισμένος ως προς την αστική ευθύνη, όπως προαναφέραμε, καλύπτεται από την ασφαλιστική εταιρία στο ότι θα αποζημιώσει εκ μέρους του τα θύματα από ιατρικό σφάλμα. Όμως κάποιες ασφαλιστικές εταιρίες δεν συμπεριλαμβάνουν στο ασφαλιστικό πρόγραμμα την κάλυψη της ανάγκης υπεράσπισης του ιατρού σε νομικά θέματα. Έτσι λοιπόν υπάρχουν ασφαλιστικές εταιρίες που ασφαλίζουν τους ιατρούς ειδικά για κάλυψη νομικής προστασίας.

Σε γενικές γραμμές, οι ασφαλιζόμενες περιπτώσεις είναι για υπεράσπιση ενώπιον των ποινικών δικαστηρίων για πράξεις, ενέργειες ή παραλήψεις που σχετίζονται με το ιατρικό επάγγελμα, για υποβολή μηνύσεων και αγωγών αποζημίωσης κατά τρίτων. Καλύπτονται οι δαπάνες που σχετίζονται με τις πιο πάνω ασφαλιζόμενες περιπτώσεις και αφορούν γενικά αμοιβές δικηγόρων της επιλογής του ασφαλισμένου και λοιπά δικαστικά έξοδα.

Στα πλαίσια της έρευνας, έχοντας ως οδηγό ένα ερωτηματολόγιο, συνομιλήσαμε με ένα στέλεχος, από μία μεγάλη ασφαλιστική εταιρία νομικής προστασίας, τον κ. Τάσση (βλ. για αναλυτικά Παράρτημα Α'). Κατά τον κ. Τάσση, στην εταιρία που διευθύνει με την επωνυμία D.A.S.-HELLAS A.E., σε όλους τους ιατρούς που έκαναν αναγγελία μέσω της Νομικής Προστασίας Ιατρών, το πρόβλημα αφορούσε Ποινικές τους ευθύνες (μηνύσεις που είχαν υποβληθεί σε βάρος τους). Τα προβλήματα που αφορούν αστικές



δικεκδικήσεις σε βάρος τους, καλύπτονται από τα ασφαλιστήρια συμβόλαια της αστικής ευθύνης.

Σύμφωνα με τον κ. Τάσση και με βάση τα στοιχεία της εταιρίας του, οι αναγγελίες ζημιών από την πλευρά των ιατρών για τις οποίες χρειάστηκε τελικά η συνδρομή της εταιρίας, κατά την παραπάνω πενταετία ανέρχονται στον αριθμό των 45. Από τον αριθμό των αναγγελιών σε σχέση με το μέσο όρο των ασφαλισμένων ιατρών κατά την πενταετία (2002-2006) προκύπτει συχνότητα αναγγελιών 2,78%.

Στον πίνακα 7.2.1.3.α, καταγράφεται ένα δείγμα των ασφαλισμένων ιατρών προερχόμενο από την ασφαλιστική εταιρία D.A.S.-HELLAS A.E. Αποτυπώνεται ο αριθμός των ασφαλισμένων ιατρών ως προς τη νομική προστασία για τα έτη 2002-2006. Παρατηρείται μία πολύ μικρή άνοδος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2.1.3.α: Αριθμός ασφαλισμένων ιατρών για νομική προστασία, Πηγή: D.A.S.-HELLAS A.E.

Έτος	Ασφαλισμένοι ιατροί
2002	1452
2003	1580
2004	1611
2005	1675
2006	1768

Το κόστος ασφάλισης προκύπτει από το πρόγραμμα Νομικής Προστασίας που θα επιλέξει ο ιατρός και κινείται μεταξύ 55,00 ευρώ – 71,00 ευρώ (μικτά ετήσια ασφάλιστρα).



Στον πίνακα 7.2.1.3.β παρατίθενται δυο ενδεικτικά ασφαλιστικά προγράμματα για τη νομική προστασία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2.1.3.β: Ενδεικτικά ασφαλιστικά προγράμματα για νομική προστασία,  
Πηγή: D.A.S.-HELLAS A.E.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΠΟΣΑ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
1 <sup>ο</sup> Επίπεδο	έως 7.300€	ετήσιο μικό ασφάλιστρο 48€
2 <sup>ο</sup> Επίπεδο	έως 14.700€	ετήσιο μικό ασφάλιστρο 63€

Σε αντίθεση με την αστική ευθύνη όπου υπάρχει βαθμός επικινδυνότητας για κάθε ειδικότητα, στην νομική προστασία το ασφαλιστήριο συμβόλαιο είναι ενιαίο για όλες τις ειδικότητες. Η ειδικότητα του ιατρού δεν παίζει κανένα ρόλο ως προς το ύψος του ασφάλιστρου. Αυτό είναι εύκολα κατανοητό αφού η νομική προστασία αναφέρεται αποκλειστικά στην κάλυψη της αμοιβής δικηγόρου. Επίσης τα ασφάλιστρα νομικής προστασίας είναι σαφώς μικρότερου κόστους από τα ασφάλιστρα αστικής ευθύνης.

Η προϋπόθεση ασφάλισης που πρέπει να πληροί ένας ιατρός είναι η εγγραφή στο ιατρικό σύλλογο της περιοχής του. Η ασφάλιση Νομικής Προστασίας δεν αποτελεί προϋπόθεση για να εργασθεί κάποιος ιατρός στον ιδιωτικό τομέα.

Τα ασφαλιστήρια για τη Νομική Προστασία Ιατρού είναι και ατομικά καθώς και ομαδικά μέσω ιατρικών συλλόγων. Στην περίπτωση των συμβολαίων μέσω συλλόγων, για τον κάθε ιατρό εκδίδεται επίσης ατομικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Όπως αναφέρει ο κ. Τάσσης, η εταιρία νομικής προστασίας που είναι στέλεχος μαζί με τον Ι.Σ.Α., δημιούργησαν ένα πρόγραμμα Νομικής Προστασίας. Πάντως, όπως υποστηρίζει ο κ. Τάσσης, ο αριθμός των ασφαλισμένων ιατρών για νομική προστασία είναι σαφώς πολύ μικρότερος σε σχέση με τους ιατρούς που ασφαλιζονται για την αστική ευθύνη.

Στην Αθήνα οι ιατροί που είναι ασφαλισμένοι για νομική προστασία αγγίζουν μόλις το 10% του συνόλου των ιατρών της Αθήνας. Αυτό το στοιχείο εξηγείται αν συνειδητοποιήσουμε ότι η εύρεση και η αμοιβή ενός δικηγόρου είναι μια εύκολη

υπόθεση για τον ιατρό, σε σχέση με την πληρωμή υπέρογκων αποζημιώσεων. Ο κ. Τάσσης, καταλήγει ότι η εικόνα, σε ότι αφορά την εξέλιξη του προγράμματος νομικής προστασίας ιατρών, είναι ότι έχει αυξητική τάση αλλά με χαμηλούς ρυθμούς.

### **7.2.2 Προστασία φορέων-οργανισμών υγείας**

«Εάν ο ασφαλισμένος είναι νοσηλευτικό ίδρυμα, καλύπτονται οι απαιτήσεις που θα εγκριθούν από την παροχή κάθε είδους επαγγελματικών υπηρεσιών από το κάθε είδους προσωπικό, νοσηλευτικό, εργαστηριακό.

Κατά την τιμολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου της επαγγελματικής αστικής ευθύνης ιατρών για τα νοσηλευτικά ιδρύματα, λαμβάνονται υπόψη το είδος του ιδρύματος, ο αριθμός των κλινών, ο αριθμός του επιστημονικού (ιατρικού) προσωπικού κατά ειδικότητα, ο αριθμός του παραϊατρικού προσωπικού, ο αριθμός μαιών, ο αριθμός των νοσηλευτών, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού (νοσοκόμες, τραυματιοφορείς), ο αριθμός του διοικητικού προσωπικού, το ιστορικό των ζημιών και το όριο ευθύνης των ασφαλιστών» («Φιλιππόπουλος Γ.» 2001).

Οι ασφαλιστικές εταιρίες αστικής ευθύνης, δίνουν κάλυψη στα ατυχήματα τα οποία τυχόν συμβούν σε πελάτες από τη λειτουργία του χώρου της ιδιωτικής κλινικής ή νοσοκομείου και για τα οποία θα φέρει ευθύνη αποκλειστικά η διοίκηση του ιδιωτικού νοσοκομείου, αντίστοιχα. Επίσης καλύπτονται δικηγορικές αμοιβές και δικαστικά έξοδα στα Αστικά Δικαστήρια εντός των ορίων κάλυψης και στα Ποινικά Δικαστήρια μέχρι 2.000 ευρώ. Σύμφωνα με την κα. Μπόζιου, τα ασφάλιστρα που καλείται να πληρώσει ένα νοσηλευτικό ίδρυμα για κάλυψη αστικής ευθύνης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι άνω των 90.000€ ανά έτος. Στον πίνακα 7.2.2.α, ακολουθούν ενδεικτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια για ιδιωτικό νοσοκομείο ή κλινική, κατά τα έτη 2004-2005.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2.2.α: Ενδεικτικά ασφαλιστήρια για ιδιωτικό νοσοκομείο, Πηγή: Interamerican.

	A ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	B ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	Γ ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	Δ ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ	Ε ΣΧΕΔΙΟ ΕΥΡΩ
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ/ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ	30.000	50.000	100.000	150.000	300.000
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	5.000	5.000	8.000	10.000	15.000
ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	30.000	50.000	100.000	150.000	300.000
ΣΥΝΟΛΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ	90.000	150.000	200.000	300.000	600.000

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ		ΟΛΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΚΑΤΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
<b>ΣΧΕΔΙΟ Α</b>		<b>ΣΧΕΔΙΟ Α</b>	
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ Ή ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ	10.000.000	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ	60.000
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	1.500.000	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	50.000
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	30.000.000	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	50.000
		ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	30.000
		ΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	40.000
<b>ΣΧΕΔΙΟ Β</b>		<b>ΣΧΕΔΙΟ Β</b>	
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ Ή ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ	15.000.000	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ	70.000
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	2.000.000	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	65.000
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	45.000.000	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	65.000
		ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	40.000
		ΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	50.000
<b>ΣΧΕΔΙΟ Γ</b>		<b>ΣΧΕΔΙΟ Γ</b>	
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ Ή ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ	20.000.000	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ	100.000
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	2.000.000	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	90.000
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	60.000.000	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	90.000
		ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	45.000
		ΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	60.000
<b>ΣΧΕΔΙΟ Δ</b>		<b>ΣΧΕΔΙΟ Δ</b>	
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ Ή ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ	50.000.000	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ-ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ	160.000
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	3.000.000	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	140.000
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	100.000.000	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	140.000
		ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	70.000
		ΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	80.000

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, για να αποφύγουν το κόστος των ασφαλιστρών και την υποχρέωση να χρεωθούν τη ζημία των αποζημιώσεων μεριμνούν και προσλαμβάνουν ιατρούς που είναι ήδη ασφαλισμένοι για αστική ευθύνη. Υποχρεώνουν δηλαδή όλους τους συνεργαζόμενους ιατρούς να έχουν δική τους ασφάλιση αστικής-επαγγελματικής ευθύνης και με συγκεκριμένα όρια ασφάλισης. Σύμφωνα με τα λεγόμενα της κας. Μπόζιου, ομαδικές ασφαλίσσεις προσπαθούν να πετύχουν και τα σωματεία ή σύλλογοι εργαζομένων ιατρών σε ιδιωτικά νοσοκομεία (όπως του ΙΑΣΩ, ΜΗΤΕΡΑ, ΥΓΕΙΑ κλπ).

Σύμφωνα με τον κ. Πάτρα, ασφαρίζονται και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα διότι υπάρχουν κρούσματα σφαλμάτων στις ιατρικές εξετάσεις με αποτέλεσμα αυτά τα ιδιωτικά κέντρα υγείας να σέρνονται στα δικαστήρια ως εναγόμενοι. Για αυτό το θέμα, η κα. Μπόζιου αναφέρει ότι στην ασφαλιστική εταιρία που εργάζεται, ασφαλίζουν ιδιωτικά νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα.

Από την άλλη πλευρά, τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, στην περίπτωση που προκληθεί ιατρικό σφάλμα, διενεργείται συνήθως προκαταρκτική έρευνα και εφόσον είναι αναγκαίο μετά Ε.Δ.Ε. Επίσης, μία ασφαλιστική δικλείδα που έχουν τα νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ. είναι ότι οι ιατροί υποχρεούνται σε ασφάλιση αστικής ευθύνης μέσω του Ιατρικού Συλλόγου. Το ασφαλιστήριο των επαγγελματιών υγείας δεν προέρχεται από το δημόσιο νοσοκομείο, σε αντίθεση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία που ασφαλίζουν για αστική ευθύνη το μόνιμο προσωπικό τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

### 8.1 Κατηγορίες που επιβαρύνονται το κόστος των ιατρικών σφαλμάτων

Τα ιατρικά σφάλματα, όπως φάνηκε και από την έρευνα, απορρέουν υπέρογκα ποσά επιβαρύνοντας τους εμπλεκόμενους φορείς. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να αντιμετωπιστούν τα διάφορα κόσθη ως οι ακρογωνιαίοι λίθοι του προβλήματος. Επιπλέον, το κόστος επιμερίζεται σε εμφανές και σε αφανές. Στο σχήμα 8.1.α περιγράφονται διαγραμματικά οι συνιστώσες του κόστους («*Drummond, et. al.*» 2002).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.1.α: Συνιστώσες του κόστους στον τομέα της περίθαλψης, Πηγή: *Drummond.*



#### 8.1.1 Ασθενής και η οικογένειά του

Η οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς και της οικογένειάς του μπορεί να περιλαμβάνουν έξοδα που απαιτούν άμεση πληρωμή, όπως η μετάβαση σε άλλο νοσοκομείο εντός και εκτός συνόρων για διόρθωση του πρότερου λανθασμένου ιατρικού χειρισμού. Επιπλέον, εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος, ενδέχεται να χρεώνονται τις διάφορες συμμετοχές για τις επιπλέον υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιούν από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, επιβαρύνονται με τις κατ' οίκον δαπάνες, όπως π.χ. η προσαρμογή του δωματίου προκειμένου να δεχτεί συσκευή κατ' οίκον αιμοκάθαρσης. Επίσης, δε θα πρέπει να αγνοούνται και οι περιπτώσεις της χρέωσης ενός υπέρογκου ποσού για την αποκλειστική. Στην περίπτωση τέλος που ο ασθενής είναι ενήλικας και πριν το γεγονός, είχε πόρους από τη δουλειά του, τίθεται το ζήτημα των απωλειών εργατοωρών και εισοδήματος και πόσο μάλλον όταν πρόκειται για ένα άτομο το οποίο είναι επιφορτισμένο με τη συντήρηση της οικογένειας.

Ωστόσο, ένας από τους σημαντικότερους πόρους του ασθενούς και της οικογένειάς του, ο οποίος αναλώνεται κατά την επιπλοκή της υγείας του ασθενούς λόγω λανθασμένου ιατρικού χειρισμού, είναι ο χρόνος. Μπορεί να πρόκειται για χρόνο τον οποίο αναλώνει ο ασθενής για να αναζητήσει και να δεχτεί επιπλέον περίθαλψη ή για χρόνο τον οποίο αναλώνουν τα μέλη της οικογένειας παρέχοντας κατ' οίκον νοσηλευτική υποστήριξη. Ο χρόνος αυτός μπορεί να προέρχεται από τον ελεύθερο χρόνο ή την εργασία («*Drummond, et. al.*» 2002).

Επιπλέον, δε θα πρέπει να μην σχολιαστεί και το προκληθέν ψυχολογικό κόστος από αυτήν την ταλαιπωρία τόσο του ίδιου του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του. Δε θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε τέλος το υψηλό κόστος της δικονομικής διαδικασίας, στην περίπτωση που ο ασθενής ή οι οικείοι του αποφασίσουν να κάνουν αγωγή.

#### 8.1.2 Σύστημα Υγείας – Ασφαλιστικά Ταμεία

Στην περίπτωση που προκληθεί σωματική βλάβη στον ασθενή μετά από μία ιατρική παρέμβαση σε δημόσιο νοσοκομείο και χρειάζεται περαιτέρω παραμονή, το νοσηλευτικό ίδρυμα και κατ' επέκταση το Κράτος, βαρύνεται επιπλέον με γενικά έξοδα και με την ανάλωση πόρων όπου περιλαμβάνεται η χρήση επιπρόσθετων φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, εργαστηριακών, ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων και εξοπλισμού. Επίσης, επιβαρύνεται το Σύστημα Υγείας με το κόστος επιπλέον νοσηλείας μετρημένες σε κλινο-ημέρες, ιατρικές επισκέψεις και εργατοώρες.

Επιπλέον, αναφερόμαστε σε πόρους που αναλώνονται με τη χρήση των υπηρεσιών σε άλλους δημόσιους φορείς υγείας εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων, όπως η νοσηλευτική φροντίδα κατ' οίκον, η νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης και η παροχή υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης.

Αν ο ασθενής ή οι συγγενείς του, καταφύγουν στα Διοικητικά Δικαστήρια και κάνουν αγωγή κατά του Δημοσίου και του Νοσηλευτικού Ιδρύματος που νοσηλεύτηκε, τότε με μία καταδικαστική δικαστική απόφαση, Δημόσιο και νοσοκομείο επιβαρύνονται με το ποσό της αποζημίωσης. Τα ποσά αποζημιώσεων που επιβάλλουν τα Δικαστήρια, σε αρκετές περιπτώσεις, είναι δυσβάσταχτα. Έτσι λοιπόν, μεταφέρεται το κόστος της αποζημίωσης από το ιατρό-υπάλληλο του νοσοκομείου στο ίδιο το δημόσιο νοσοκομείο. Δε θα πρέπει να αγνοήσουμε τέλος, τις δαπάνες που δημιουργούνται κατά την δικονομική διαδικασία στην περίπτωση που η δικαστική απόφαση είναι αθωωτική ή καταδικαστική.

«Τα ιατρικά σφάλματα δυσφημίζουν ακόμη και τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα αφού μειώνουν την «πελατεία» και τη διαφορά εσόδων και εξόδων. Στην περίπτωση ιατρικού σφάλματος, δημιουργούνται αυξημένες δαπάνες λόγω των αποζημιώσεων αστικής ευθύνης, ηθικής βλάβης και ψυχικής οδύνης. Συνεπώς, το όποιο προσωρινό όφελος του νοσηλευτικού ιδρύματος από νοσήλια, λόγω της μεγαλύτερης παραμονής του ασθενούς εξαιτίας του ιατρικού σφάλματος, σε μια πορεία χρόνου εκμηδενίζεται και μετατρέπεται σε ζημία.

Επιπλέον, η παράταση του χρόνου νοσηλείας του αρρώστου συνεπάγεται αυτόματα και επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων. Στην περίπτωση που η προκληθείσα ζημία είναι ανεπανόρθωτη, τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνονται με αποζημίωση, πρόωρη σύνταξη, μακροχρόνια πληρωμή ιατρικών υπηρεσιών. Παράλληλα, τα ασφαλιστικά ταμεία χάνουν και έσοδα από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών για όλο αυτό το διάστημα. Αυτό το κόστος δυστυχώς, θα μετακυλήσει μέσω της αύξησης των ασφαλιστρών, εάν πρόκειται για ιδιωτικές εταιρίες ασφάλισης ή μέσω της αύξησης των εισφορών, εάν πρόκειται για κρατικούς ασφαλιστικούς και λοιπούς φορείς κοινωνικής ασφάλισης, στους ασφαλισμένους, στους εργοδότες και γενικά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο» («Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος, Τσαγκαράκης» 2006).

### *8.1.3 Άλλοι φορείς*

Επίσης, ο κάθε εργοδότης που είχε στην επιχείρηση τον υπάλληλο που υπέστη ιατρικό σφάλμα, θα επηρεαστεί, ιδίως όταν πρόκειται για άκρως εξειδικευμένο υπάλληλο. Ο εργοδότης θα αναγκαστεί να δαπανήσει χρόνο, χρήμα, κεφάλαιο για την άμεση αντικατάσταση του υπαλλήλου και την εκπαίδευση του νεοεισερχόμενου.



Γενικότερα, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, η βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας αυξάνει την ποσότητα και την ποιότητα του εργατικού δυναμικού και μειώνει το κόστος εργασίας για τον εργοδότη.

Δύο άλλες επαγγελματικές ομάδες επηρεάζονται από τα ιατρικά σφάλματα, οι προμηθευτές υγειονομικού υλικού και οι φαρμακευτικές εταιρίες. Βραχυπρόθεσμα, οι παραπάνω επαγγελματικές κατηγορίες επωφελούνται από την ύπαρξη ιατρικών σφαλμάτων. Όμως μακροπρόθεσμα, εξαιτίας των αυξημένων νοσοκομειακών δαπανών των νοσοκομείων και της αδυναμίας των ασφαλιστικών οργανισμών να εξοφλήσουν τις οικονομικές υποχρεώσεις στα νοσοκομεία, επιβαρύνοντας έτσι το ήδη υπάρχον νοσοκομειακό έλλειμμα, τα νοσοκομεία μετατρέπονται σε επισφαλείς πελάτες για τους προμηθευτές και τις φαρμακευτικές εταιρίες.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και το αφανές κόστος, το οποίο λογίζεται ως η χαμένη παραγωγικότητα για το σύνολο της οικονομίας. Η χαμένη παραγωγικότητα εμφανίζεται είτε λόγω του θανάτου του ασθενούς είτε λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας του ασθενούς, στην περίπτωση δηλαδή που η ζημία είναι ανεπανόρθωτη και δεν του επιτρέπει να ξαναγυρίσει στην παραγωγική διαδικασία.

Γενικότερα, οι δαπάνες υγείας αποτελούν βαρύ φορτίο για όλα τα συστήματα υγείας και δη για τα δημόσια, όπου επιβάλλεται η χρηματοδότηση σε προγράμματα υγείας λόγω κοινωνικής αλληλεγγύης. Επιβαρύνοντας, λοιπόν, το σύστημα υγείας και με έκτακτες δαπάνες εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων, όλοι μπορούμε να συνειδητοποιήσουμε το μέγεθος του προβλήματος. Πολλές αναπτυγμένες χώρες για να μειώσουν το έλλειμμα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, προσφεύγουν στη χρηματοδότηση μέσω δανεισμού, στην αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και στη θέσπιση ειδικών φόρων κατανάλωσης όπως στον καπνό και στο αλκοόλ. Έτσι, μέρος από την αύξηση των δαπανών στην υγεία επεκτείνεται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο («Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος, Τσαγκαράκης» 2006).

#### *8.1.4 Ο εκτελών το ιατρικό σφάλμα ιατρός και οι ασφαλιστικές εταιρίες*

Στην περίπτωση που ο ασθενής ή οι οικείοι του ή ακόμη και το δημόσιο νοσοκομείο (αν πρόκειται για δημόσιο λειτουργό του) προσφύγουν στα Δικαστήρια για να ζητήσουν την κάλυψη της ζημίας, ο ιατρός επιβαρύνεται με το ποσό της αποζημίωσης. Επιβάρυνση οικονομική μπορεί να έχει ακόμη και το ιδιωτικό νοσοκομείο για το μόνιμο προσωπικό του. Στο ενδεχόμενο ο ιατρός και το νοσοκομείο να είναι ασφαλισμένοι ως



προς την αστική ευθύνη και τη νομική προστασία τους, τότε το επιδικασμένο ποσό της αποζημίωσης και τα δικονομικά έξοδα μετακυλίσονται στις συμβεβλημένες ασφαλιστικές εταιρίες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσά των αποζημιώσεων που επιδικάζονται είναι πολλές φορές εξαντλητικά για τις ασφαλιστικές εταιρίες που υποχρεούνται να τα καλύψουν.

Τέλος, θεωρείται σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι αγωγές για ιατρική αμέλεια αυξάνουν το κόστος της ασφάλισης της αστικής ευθύνης και κατά συνέπεια οι ιατροί αυξάνουν το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Επιπλέον, ο φόβος για αγωγές έναντι της ιατρικής αμέλειας παρακινεί τους ιατρούς να συνιστούν θεραπείες και εξετάσεις που υπό άλλες συνθήκες θα είχαν αποφύγει, με αποτέλεσμα να αυξάνεται αναλογικά το κόστος της ιατρικής περίθαλψης για το κοινωνικό σύνολο («Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος, Τσαγκαράκης» 2006).

## 8.2 Εμπειρίες από το εξωτερικό

Συλλέγοντας κάποια στοιχεία από αρκετές έρευνες ευρωπαϊκές και αμερικάνικες για το μέγεθος της οικονομικής επιβάρυνσης και για το ποιους τελικά επιβαρύνει, αποδείχτηκε ότι το πρόβλημα που δημιουργούν τα ιατρικά σφάλματα είναι καθολικό για όλες τις χώρες παγκοσμίως και η οικονομική διάσταση που απορρέει είναι αρκετά σοβαρή. Το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων είναι ένα δυσβάσταχτο οικονομικό φορτίο που επηρεάζει ταυτοχρόνως πολλά εμπλεκόμενα μέρη της σύγχρονης κοινωνίας.

Σύμφωνα με την αμερικάνικη έρευνα του 2006 («Lakdawalla D., Seabury S» 2006) για την συμβολή της αστικής ευθύνης στο κόστος, αποδείχτηκε ότι οι πραγματικές ετήσιες καταβολές για λανθασμένους ιατρικούς χειρισμούς αυξήθηκαν από 2,3% δισεκατομμύρια δολάρια σε 3,8 δισεκατομμύρια δολάρια (65%). Εν τω μεταξύ, οι πραγματικές δαπάνες υγείας για ιατρικές υπηρεσίες αυξήθηκαν από 221 δισεκατομμύρια δολάρια σε 325 δισεκατομμύρια δολάρια (47%) μέχρι το τέλος αυτής της περιόδου. Κατανοούμε λοιπόν ότι η ευθύνη για τον κακό ιατρικό χειρισμό και το κόστος αυξάνονται ανάλογα και τα ιατρικά σφάλματα δημιουργούν επιπλέον επιβάρυνση για το αμερικάνικο σύστημα υγείας.

Τα στοιχεία για τις Η.Π.Α. το έτος 2003, που προέρχονται από μία ομάδα Αμερικανών ερευνητών για το κόστος που προκαλείται από λανθασμένους ιατρικούς χειρισμούς, είναι αποκαλυπτικά («Null, et. al.» 2004). Σύμφωνα με την αμερικάνικη έρευνα, τα ιατρικά σφάλματα κοστίζουν 2 δισεκατομμύρια δολάρια («Thomas E. et. al.»

1999, 2000), ενώ η περαιτέρω νοσηλεία των ανθρώπων εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, κοστίζει 12 δισεκατομμύρια δολάρια («Lazarou et. al.» 1998) («MSNBC News» 2003).

Σύμφωνα με έρευνα βασισμένη στις δικαστικές αποφάσεις ανέφερε ότι ο μέσος όρος των επιδικάσιμων αποζημιώσεων για ιατρικά σφάλματα, αυξήθηκε 114% περισσότερο, δηλαδή πάνω από 1 εκατομμύριο δολάρια, από το 1996 έως το έτος 2002. Έστω και αν μόνο το 7% των αγωγών έφτασε στη δικαιοσύνη και απ' αυτές μόνο το 17,6% κερδίσθηκε, οι ιατροί πλήρωσαν κατά μέσο όρο σχεδόν 92.000 δολάρια κατά τη διάρκεια της δικαστικής αντιδικίας. Με βάση το αμερικάνικο τμήμα για τις κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες, το άμεσο κόστος από την υπαιτιότητα των ιατρών καλύπτει ποσά ύψους πάνω από 47 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο («Liebau A.» 2004).

Μία άλλη έρευνα, χρησιμοποιώντας την μέθοδο ανάλυσης κόστους βασισμένη στα στοιχεία του 2000 υπολόγισε την αύξηση του κόστους νοσηλείας για κάθε ασθενή που υπέφερε από ανεπιθύμητη ενέργεια του φαρμάκου ότι ήταν 5.483 δολάρια.

Το κόστος που σχετίζεται με τα ιατρικά σφάλματα είναι αρκετά υψηλό, στοιχείο που συναντάται σε όλες τις έρευνες που γίνονται για το θέμα αυτό, εδώ και αρκετά χρόνια («Leape, Lucien» 1994). Τα ευρήματα μιας έρευνας του 1998 ήταν ότι παραπάνω από ένας στους έξι νοσηλευόμενους υπέστη ιατρικό σφάλμα το οποίο επιμήκυνε την παραμονή στο νοσοκομείο («Andrews, et. al.» 1997). Το συνολικό ετήσιο κόστος έφτασε πάνω από τα 200 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, το οποίο είναι ισότιμο σχεδόν με ένα δολάριο από κάθε 5 δολάρια που ξοδεύονταν για το σύστημα υγείας της Αμερικής («Perrone J.» 1997).

Ένας άλλος ερευνητής βασισμένος σε στοιχεία του 1997, υπολόγισε ότι τα ιατρικά σφάλματα και οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων επιβάρυναν τον κρατικό προϋπολογισμό κατά 200 δισεκατομμύρια δολάρια. Αυτή η έρευνα επιβεβαιώνει ακριβώς τα ευρήματα της προηγούμενης («McLean» 1997), («Leape» 1994).

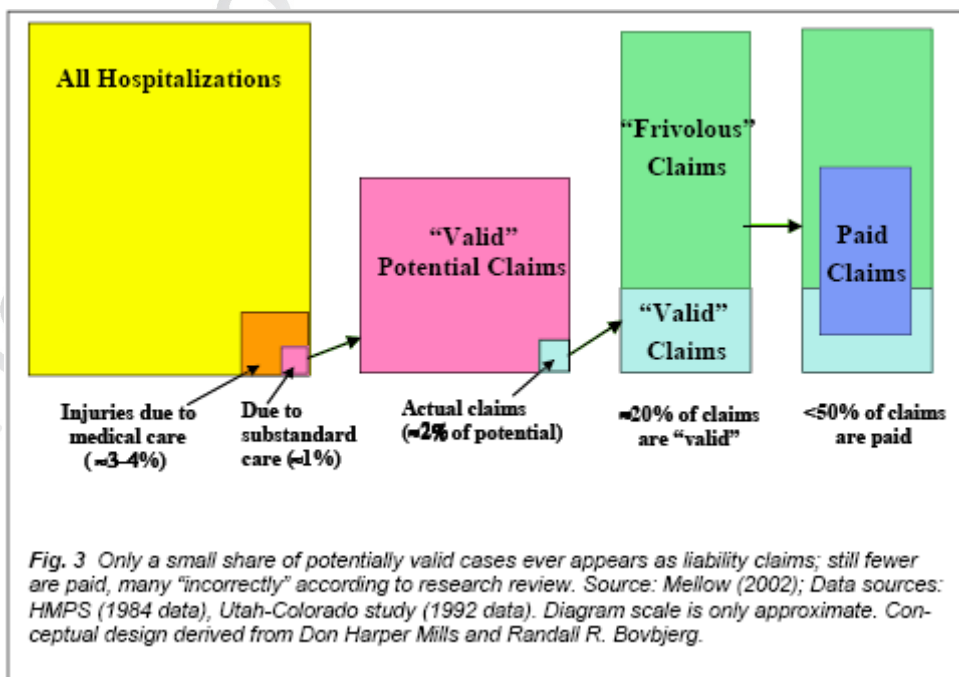
Κάποιοι ερευνητές το 1995, υπολόγισαν ότι τα κόστη που προκύπτουν εξαιτίας της λανθασμένης χορήγησης φαρμάκων και της πλημμελής αντιμετώπισης της κατάστασης του ασθενούς, άγγιζαν τα 76,6 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως («Johnson, et. al.» 1995). Επιπλέον, το κόστος χορήγησης φαρμάκων που οδηγούν σε αναπηρία ή και σε θάνατο είναι λιγότερο από το κόστος που προέρχεται από τον λανθασμένο ιατρικό χειρισμό. Μία άλλη έρευνα που επιβεβαιώνει τα ανώτερα αποτελέσματα πρόσθεσε 1.91 ημέρες στην κύρια διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία και το κόστος αυξήθηκε για κάθε παραμονή κατά 2,262 δολάρια («Berg, et. al.» 1993).

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας άλλης αμερικάνικης έρευνας του 1994 («White M» 1994), η ιατρική αμέλεια δημιουργεί ένα ισχυρό οικονομικό κίνητρο για τους επαγγελματίες υγείας να αποφύγουν την άσκηση χαμηλού επιπέδου ιατρική πράξης. Το μέσο κόστος της ιατρικής αμέλειας, συμπεριλαμβανομένων και των δικαστικών δαπανών, ήταν 183.500 δολάρια για κάθε αγωγή ιατρικού σφάλματος και 4.800 δολάρια για κάθε περιστατικό αμέλειας της ιατρικής πράξης. Επιπλέον, υπολογίζοντας τα δικαστικά έξοδα των νοσοκομείων στη περίπτωση που ευθύνονται οι υπάλληλοι- ιατροί ήταν της τάξεως των 9.800 δολαρίων για κάθε δικαστική υπόθεση εάν οι ασθενείς απέσυραν την αγωγή πριν τη δίκη, 20.000 δολάρια για κάθε δικαστική υπόθεση εάν η υπόθεση έκλεισε πριν ακόμη αρχίσει η δίκη και 43.000 δολάρια για κάθε υπόθεση που έφτανε τελικά στο δικαστήριο. Σύμφωνα με την έρευνα, υπολογίστηκε ότι το μέσο δικονομικό κόστος για κάθε δικαστική υπόθεση από πλευράς εναγόμενων ιατρού ή νοσοκομείου ήταν περίπου 16.000 δολάρια.

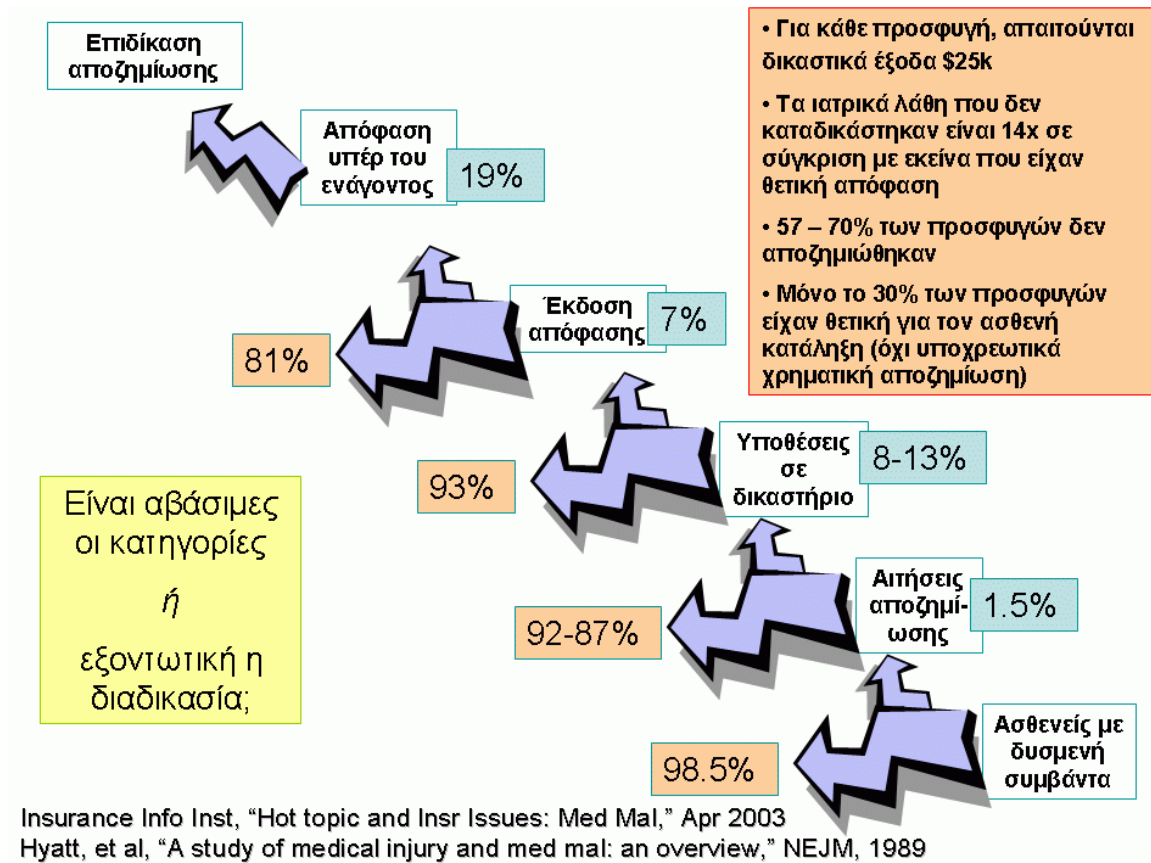
Πρέπει όμως να λάβουμε υπόψη μας, ότι μόνο ένα μικρό μέρος των ιατρικών σφαλμάτων αναφέρονται και μόνο ένα υποσύνολο από αυτά οδηγούνται στις δικαστικές αίθουσες, όπου για ελάχιστες τελικά υποθέσεις επιδικάζουν αποζημιώσεις στους προσφεύγοντες ασθενείς (ή τους συγγενείς τους).

Παρακάτω εμφανίζεται διαγραμματικά το ποσοστό (κατά προσέγγιση) των προσφυγών για ιατρικά σφάλματα που ευτυχούν σε μια θετική για τους ασθενείς απόφαση:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.2.α: Ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων με καταδικαστική απόφαση



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.2.β: Διαδικασία δικαστικής προσφυγής για ιατρικά σφάλματα



Στην Αμερική όσον αφορά τα ασφάλιστρα, έχουν αυξηθεί κατά μέσο όρο 15% μεταξύ 2000 και 2002, ενώ για συγκεκριμένες ειδικότητες υψηλού κινδύνου όπως οι χειρουργοί και για συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές, σημειώθηκαν πολύ υψηλότερες χρεώσεις στα ασφάλιστρα. Για παράδειγμα, τα ασφάλιστρα για γενικούς χειρουργούς σε μια πολιτεία της Φλόριντας, αυξήθηκαν κατά 75%, δηλαδή περίπου 175.000 δολάρια το χρόνο («Baicker K., Chandra A.» 2004).

«Έρευνα του Institute of Medicine στην Αμερική έδειξε ότι μόνο οι εθνικές δαπάνες νοσοκομείων για να θεραπευτούν οι ασθενείς που υπέστησαν βλάβη από σφάλματα που σχετίζονται με τα παρεχόμενα φάρμακα κατά τη διάρκεια εισαγωγής σε νοσοκομείο, υπολογίζονται τουλάχιστον σε 2 δισεκατομμύρια δολάρια μέχρι 5,6 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, ενώ σε έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο LDS στη Σωλτ Λέικ Σίτυ, οι ερευνητές απέδειξαν ότι ασθενείς που υφίστανται βλάβη από

σφάλματα που σχετίζονται με τα παρεχόμενα φάρμακα νοσηλεύθηκαν κατά μέσο όρο 1 έως 5 ημέρες περισσότερο από τους ασθενείς που δεν υπέστησαν βλάβη. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, εάν το 50% αυτών των σφαλμάτων είχε αποφευχθεί, το νοσοκομείο LDS θα είχε εξοικονομήσει 500.000 δολάρια ετησίως.

Το Institute of Medicine υπολογίζει ότι τα ιατρικά σφάλματα κοστίζουν κάθε χρόνο στο αμερικάνικο έθνος περίπου 37,6 δισεκατομμύρια δολάρια (σχετικό κόστος). Τα μισά σχεδόν από αυτά, περίπου τα 17 δισεκατομμύρια δολάρια, είναι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που αναλογούν σε αποτρέψιμα ιατρικά σφάλματα» («Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος, Τσαγκαράκης» 2006).

Στη συνέχεια και μία ευρωπαϊκή έρευνα του 2001, αναδεικνύει το σοβαρό ζήτημα του κόστους των ιατρικών σφαλμάτων («Pinilla J., et. al.» 2006). Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Ισπανία. Ο συνολικός αριθμός των κλινών του νοσοκομείου ήταν 337 και ο ετήσιος μέσος όρος των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών ήταν 24.000.

Αναλυτικότερα, κατά τη διάρκεια του 2001, αναφέρθηκαν 63 στον αριθμό ιατρικά σφάλματα. Οι ασθενείς που υπέστησαν αυτά τα ιατρικά σφάλματα υποχρεώθηκαν σε παραμονή συνολικά 303 επιπλέον ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο. Για να υπογραμμιστούν οι σοβαρές συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος και το επιπλέον κόστος που επιφέρει, αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι κάποιοι ασθενείς που έπεσαν θύματα σοβαρού ιατρικού σφάλματος, παρέμειναν στο νοσοκομείο 17,43 ημέρες σε αντίθεση με αυτούς που δεν υπέστησαν ιατρικό σφάλμα που παρέμειναν 7,1 ημέρες στο νοσοκομείο.

Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι η παρουσία των ιατρικών σφαλμάτων διπλασίασε το κόστος νοσηλείας για κάθε ασθενή. Το συνολικό ετήσιο κόστος κυμαίνονταν περίπου στις 76.000€. Το επιπλέον αυτό κόστος προερχόταν από το κόστος των φαρμάκων, τα ιατρικά αναλώσιμα και τις ακτινογραφίες. Αυτό το ποσό, σύμφωνα με τους ερευνητές, υποεκτιμά το συνολικό κόστος διότι δεν περιλαμβάνονται έμμεσα κόστη όπως η απώλεια των πόρων από την εργασία του ασθενούς, το αυξημένο κόστος των ασφαλιστηρίων ή τα κόστη των ιατρικών υπηρεσιών μακροχρόνια.

Μια βρετανική έρευνα του 2002 («Fenn P.» 2002), ασχολήθηκε επίσης με τη μέτρηση του κόστους της ιατρικής αμέλειας. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι κάθε εκατομμύριο λίρες Αγγλίας που δίνονται στις αποζημιώσεις και στις αποθεραπείες είναι ένα εκατομμύριο λίρες που σε διαφορετική περίπτωση θα μπορούσαν να κατευθυνθούν στο εθνικό σύστημα υγείας.

«Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι απαιτήσεις για οικονομικές αποζημιώσεις από ασθενείς ή συγγενείς τους στοιχίζουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας περισσότερο από 400 εκατομμύρια λίρες το χρόνο. Μάλιστα, σύμφωνα με τα στοιχεία του έγκυρου βρετανικού περιοδικού Lancet, το συνολικό κόστος για ευθύνη από ιατρική αμέλεια των κλινικών ιατρών του βρετανικού ΕΣΥ κατά το έτος 2001-2002 αυξήθηκε στο ποσό των 4,4 δισεκατομμυρίων λιρών ή 7,2 δισεκατομμυρίων ευρώ, σημειώνοντας αύξηση 500 εκατομμυρίων λιρών από το προηγούμενο έτος 2000-2001» («Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος, Τσαγκαράκης» 2006).

Το έτος 1999, έγινε μια έρευνα στα νοσοκομεία της Οξφόρδης όπου διακυμαίνονταν το κόστος των ιατρικών σφαλμάτων από 48 εκατομμύρια λίρες μέχρι 130 εκατομμύρια λίρες. Το έτος 1999-2000, οι αγωγές ασθενών ή των συγγενών τους για ιατρικά σφάλματα έφτασαν τις 3.254 με κόστος 386 εκατομμύρια λίρες. Η κυβέρνηση δίνοντας μεγάλη προσοχή σε αυτά τα ανησυχητικά στοιχεία, το 2002 θεσμοθέτησε μια Αρχή που είναι υπεύθυνη αποκλειστικά για τις αντιδικίες των πολιτών με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Τέλος, σύμφωνα με τον οργανισμό Chief Medical Officer, υπολογίζεται ότι το επιπλέον κόστος που πρέπει να καταβάλουν οι ασθενείς εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων, ξεπερνάει τις 2 δισεκατομμύρια αγγλικές λίρες («Λιακοπούλου Χ.» 2001). Επιπλέον, με βάση κάποια στατιστικά στοιχεία, οι ιατροί χειρουργικής ειδικότητας καλούνται στη Μεγάλη Βρετανία να πληρώσουν 5.000 με 6.000 λίρες για ετήσια ασφάλιση αστικής ευθύνης («Μαυροφόρου, Γιαννούκας, Μιχαλοδημητράκης» 2001).



### 8.3 Η οικονομική διάσταση στην Ελληνική πραγματικότητα

Σε αντίθεση με το εξωτερικό, στην Ελλάδα δεν είναι δυνατή η εμβάθυνση στην οικονομική διάσταση του θέματος, ελλείπει κύριων οικονομικών και στατιστικών στοιχείων. Παρόλα αυτά, μέσω της έρευνας, παραθέτουμε κάποια οικονομικά στοιχεία που μπορούν να αποτυπώσουν έστω και στο ελάχιστο την οικονομική διάσταση των ιατρικών σφαλμάτων. Γενικότερα, πάντως, θα λέγαμε ότι αφού τα τελευταία χρόνια οι αγωγές κατά ιατρών και νοσοκομείων για αποζημιώσεις έχουν αυξηθεί και τα ποσά αυτών είναι υψηλά και αν συνυπολογίσουμε και τις επιμέρους κατηγορίες κόστους, το συνολικό ποσό δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητο για την ελληνική κοινωνία.

Όσον αφορά τα ποσά των αποζημιώσεων που εκδικάζονται από τα Ελληνικά Δικαστήρια λόγω ιατρικού σφάλματος ιατρού του Ε.Σ.Υ., το κόστος μεταφέρεται αποκλειστικά στα νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ., όπου και εργάζεται ο ιατρός και σε αρκετές περιπτώσεις μεταφέρεται το κόστος και στο Ελληνικό Δημόσιο.

Από το δείγμα των υποθέσεων ιατρικού σφάλματος που συλλέξαμε (141) όπως αναλύθηκε στο Κεφ. 5, για 31 περιπτώσεις υπάρχουν τελεσίδικες δικαστικές αποφάσεις επιδίκασης αποζημίωσης στους προσφεύγοντες.

Για αυτές, λοιπόν τις 31 περιπτώσεις, πραγματοποιήσαμε περιγραφική στατιστική ανάλυση, όπως παρακάτω:

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.3.α: Δεδομένα αποζημιώσεων σε €

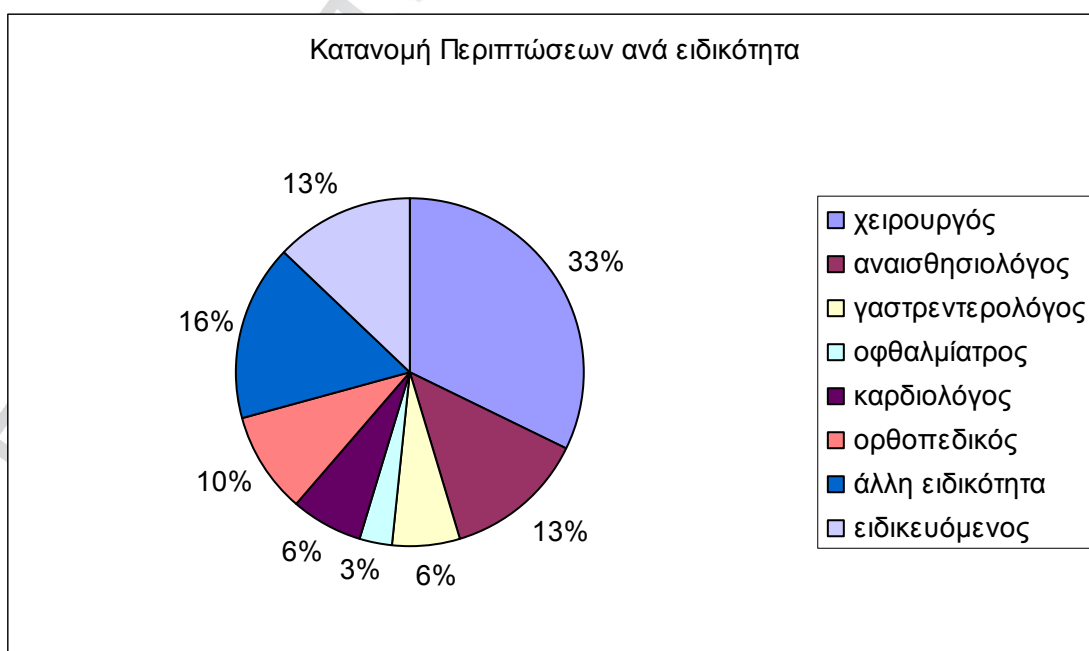
	Περιπτώσεις	Ελάχιστο	Μέγιστο	Σύνολο	Αριθμητικός Μέσος
Αποζημίωση	31	8.125	1.866.470	14.357.022	463.129,74
Valid N (listwise)	31				

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.3.β: Κατανομή αποζημιώσεων κατά κατηγορία ειδικότητας

Ειδικότητα	Περιπτώσεις	Μέση Αποζημίωση	Συνολική Αποζημίωση
Χειρουργός	10	457.428 €	4.574.283 €
Αναισθησιολόγος	4	1.012.570 €	4.050.279 €
Γαστρεντερολόγος	2	17.500 €	35.000 €
Οφθαλμίατρος	1	586.940 €	586.940 €
Καρδιολόγος	2	426.838 €	853.675 €
Ορθοπαιδικός	3	196.950 €	590.850 €
Άλλη ειδικότητα	5	436.464 €	2.182.320 €
Ειδικευόμενος	4	370.919 €	1.483.675 €
Σύνολο	31	463.130 €	14.357.022 €

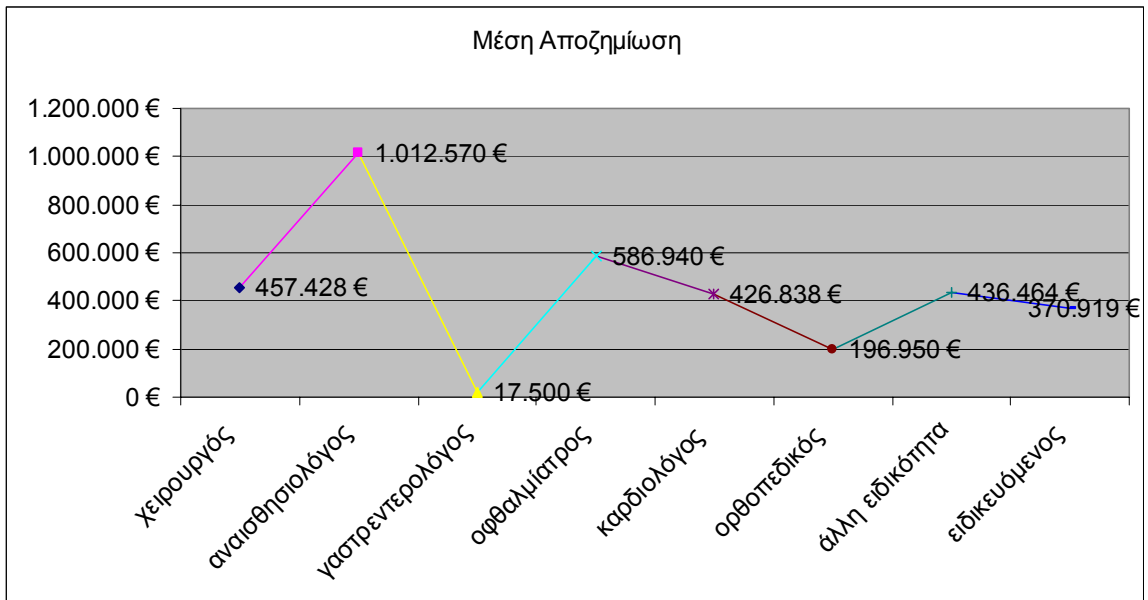
Στον πίνακα 8.3.β, αναφέρονται οι ειδικότητες οι οποίες έχουν ομαδοποιηθεί στις συγκεκριμένες κατηγορίες, για λόγους ευκολίας στην ανάλυση. Η μέση αποζημίωση για κάθε ειδικότητα, προκύπτει από τη συνολική αποζημίωση/αριθμό περιπτώσεων για κάθε ειδικότητα. Αναλυτικότερα, προκύπτουν τα εξής, διαγραμματικά:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.α

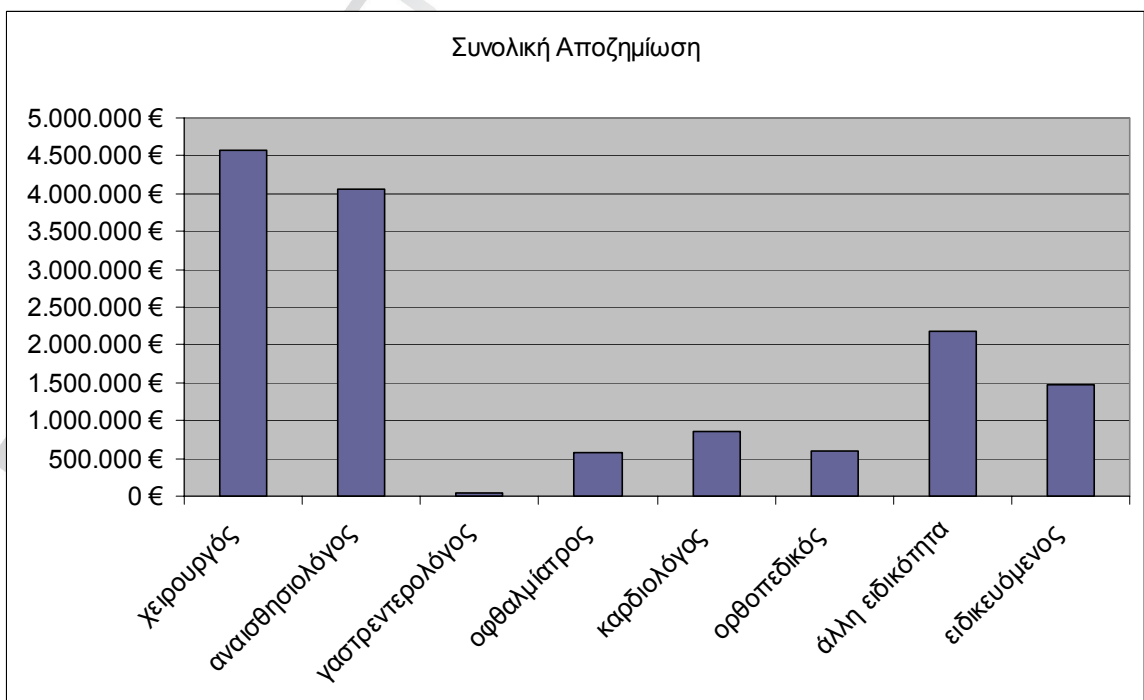




ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.β



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.γ



Σύμφωνα με το διάγραμμα 8.3.γ, οι ειδικότητες που «ευθύνονται» για τα υψηλότερα επιδικάσιμα ποσά αποζημίωσης, είναι όλες οι χειρουργικές και οι αναισθησιολόγοι. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν κατατάξει τις ειδικότητες αυτές, σε «ειδικότητες υψηλού κινδύνου».

Για αυτές τις 31 περιπτώσεις χρησιμοποιήσαμε και την εξής κατηγοριοποίηση για τις πιθανές βλάβες - συνέπειες που μπορούν να προκληθούν στον ασθενή από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής:

- > Κατηγορία Α: Περιπτώσεις ή γεγονότα που είναι ικανά να προξενήσουν ιατρικό σφάλμα.
- > Κατηγορία Β: Ένα ιατρικό σφάλμα που τελικά δεν προκάλεσε ζημία στον ασθενή.
- > Κατηγορία C: Ένα ιατρικό σφάλμα που υπέστη ο ασθενής αλλά τελικά δεν του προκάλεσε βλάβη.
- > Κατηγορία D: Ένα ιατρικό σφάλμα που υπέστη ο ασθενής και χρειάστηκε περαιτέρω παρακολούθηση ή παρέμβαση για να επιβεβαιωθεί ότι τελικά δεν προκάλεσε κάποια βλάβη στον ασθενή.

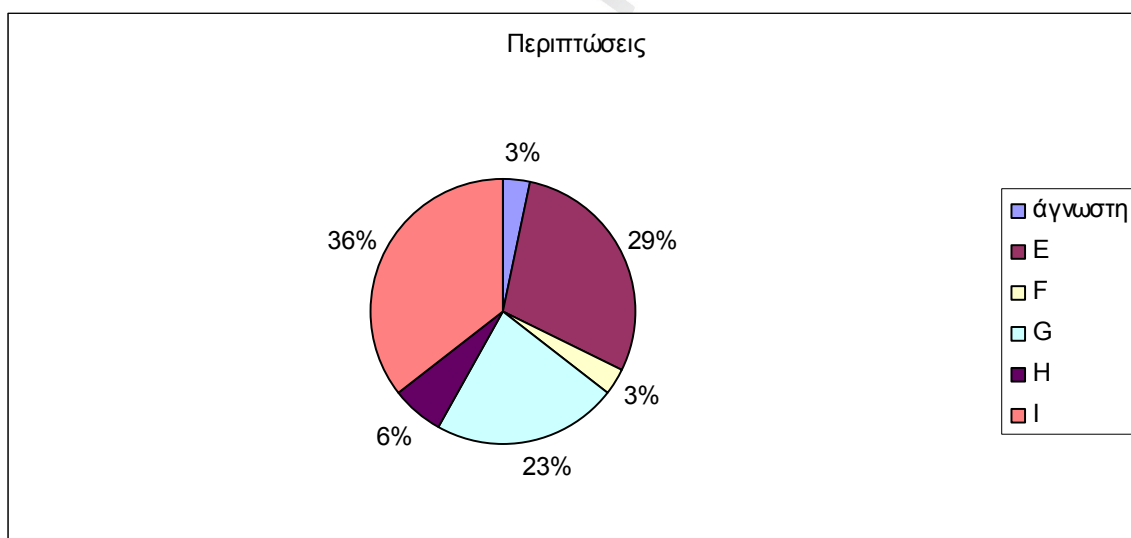
Οι επόμενες πέντε κατηγορίες αναφέρονται σε ιατρικά σφάλματα που τελικά προκαλούν ζημία.

- > Κατηγορία E: Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.
- > Κατηγορία F: Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη μια αρχική ή παρατεταμένη νοσηλεία.
- > Κατηγορία G: Μόνιμη αναπηρία ασθενούς.
- > Κατηγορία H: Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής.
- > Κατηγορία I: Θάνατος ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.3.γ: Κατανομή αποζημιώσεων κατά κατηγορία συνέπειας

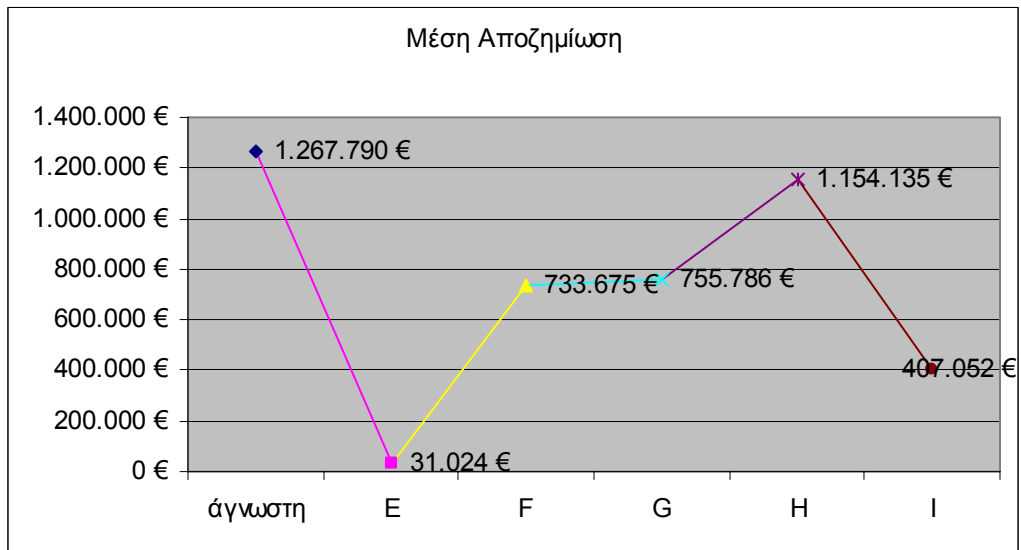
Συνέπεια	Περιπτώσεις	Μέση Αποζημίωση	Συνολική Αποζημίωση
άγνωστη	1	1.267.790 €	1.267.790 €
E	9	31.024 €	279.212 €
F	1	733.675 €	733.675 €
G	7	755.786 €	5.290.501 €
H	2	1.154.135 €	2.308.269 €
I	11	407.052 €	4.477.575 €
Σύνολο	31	463.130 €	14.357.022 €

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.δ



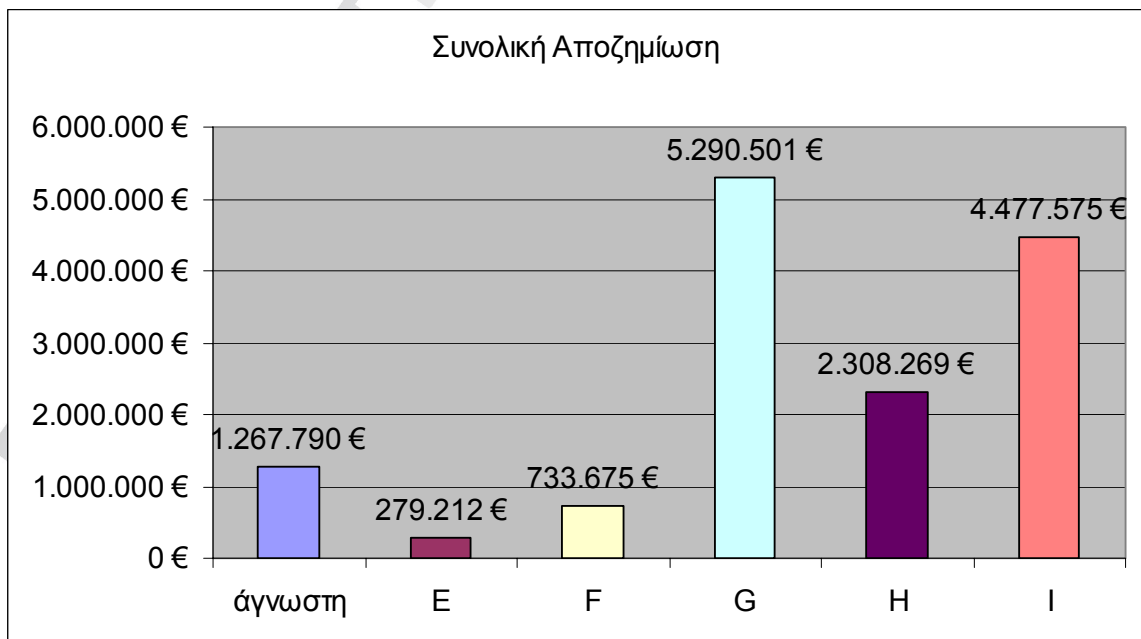
Σύμφωνα με το διάγραμμα 8.3.δ, παρατηρούμε ότι στο 36% των περιπτώσεων που μελετήθηκαν, η συνέπεια από το ιατρικό σφάλμα ήταν η μοιραία κατάληξη, δηλαδή ο θάνατος. Σ' ένα υψηλό ποσοστό της τάξεως του 29%, η συνέπεια από το ιατρικό σφάλμα, ήταν η προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίθηκε όμως, απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.ε



Στο διάγραμμα 8.3.ε, παρατηρούμε ότι η μέση αποζημίωση για περιπτώσεις συμβάντων θανάτου είναι χαμηλότερη από τη μέση αποζημίωση για βαρύτερη σωματική βλάβη και αναπηρία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.ζ

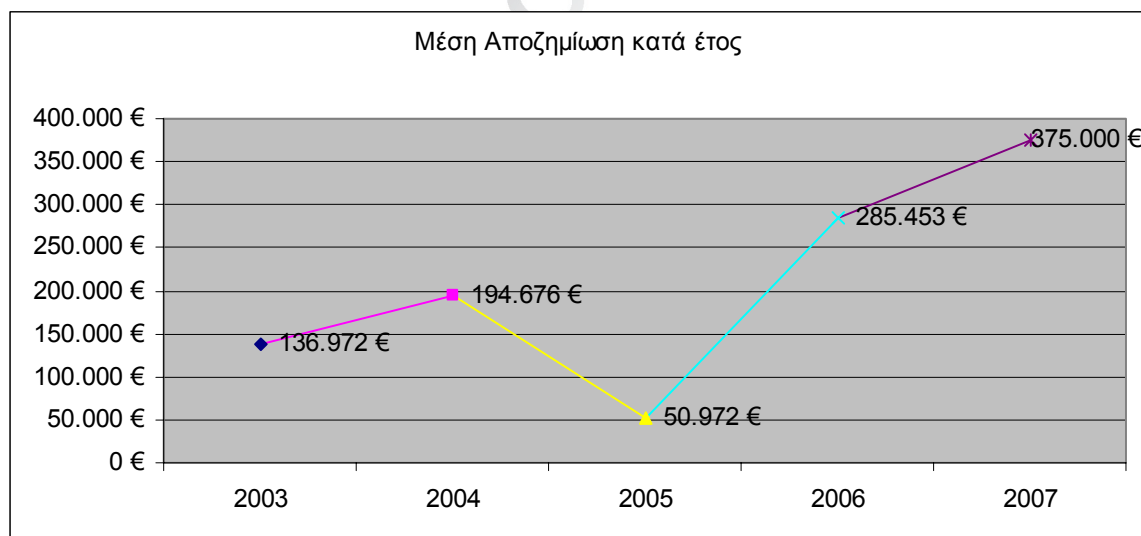


Στο διάγραμμα 8.3.ζ, διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι το υψηλότερο ποσό των αποζημιώσεων εκδικάζεται σε περιπτώσεις μόνιμης αναπηρίας και θανάτου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.3.δ: Κατανομή αποζημιώσεων κατά έτος

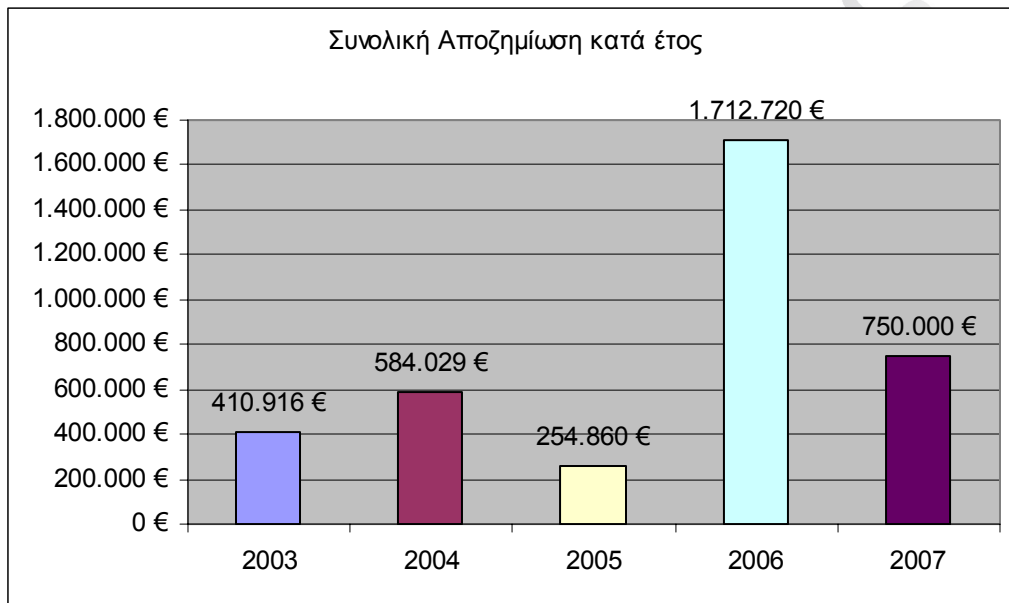
Έτος	Περιπτώσεις	Μέση Αποζημίωση	Συνολική Αποζημίωση
2003	3	136.972 €	410.916 €
2004	3	194.676 €	584.029 €
2005	5	50.972 €	254.860 €
2006	6	285.453 €	1.712.720 €
2007	2	375.000 €	750.000 €

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.η



Σύμφωνα με το διάγραμμα 8.3.η, παρατηρείται μια αυξητική τάση της μέσης αποζημίωσης από το έτος 2003 έως 2007.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.3.θ



Σύμφωνα με το διάγραμμα 8.3.θ και με βάση το δείγμα, το υψηλότερο ποσό των αποζημιώσεων που επιδικάστηκε από τα Ελληνικά Δικαστήρια για τα έτη 2003-2007 ήταν 1.712.720€, το έτος 2006.

Τα ιατρικά σφάλματα, γνωρίζοντας ότι δεν είναι ίδιον χαρακτηριστικό των δημοσίων φορέων υγείας, παρατηρούνται και στο περιβάλλον των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, των οποίων κυρίαρχη επιδίωξη είναι η κερδοφορία, η οποία επιτυγχάνεται με την προσέλκυση ασθενών και την ύπαρξη θετικού ισοζυγίου μεταξύ των εσόδων και των εξόδων τους.

Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με την έκθεση για τις ετήσιες οικονομικές καταστάσεις του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού Κέντρου Αθηνών, Υγεία Α.Ε., έχουμε ότι: «Ασθενείς ή κληρονόμοι αυτών διεκδικούν δικαστικώς από Ιατρούς και την Εταιρία ποσά, ως αποζημίωση θετικής τους ζημίας ή και χρηματική ικανοποίηση ηθικής τους βλάβης ή ψυχικής τους οδύνης, από επικαλούμενα ιατρικά σφάλματα ιατρών που συνεργάζονται με την Κλινική.

Το ύψος των απαιτήσεων για το έτος το 2005 έφτασαν στα 42.000.000 εκατομμύρια ευρώ. Σύμφωνα με την εταιρία, η έκβαση των περισσότερων δικαστικών υποθέσεων προβλέπεται θετική για την Εταιρία και εκτιμάται ότι δεν θα έχει ουσιώδη επίπτωση στην οικονομική της κατάσταση καθώς οι εν λόγω ένδικες απαιτήσεις αφορούν διεκδικήσεις ασθενών κατά ιατρών για χρηματική ικανοποίηση βλάβης και δευτερευόντως κατά της εταιρίας, θεωρώντας ότι οι ιατροί είναι υπάλληλοι της εταιρίας.

Επίσης, επισημαίνεται ότι οι ιατροί είναι ελεύθεροι συνεργάτες και συνεπώς δεν υπάρχει καθοδήγηση από την εταιρία προς αυτούς ούτε ως προς το χρόνο, ούτε ως προς τον τρόπο εργασίας τους. Τέλος, αναφέρεται ότι ακόμη και αν το Δικαστήριο ήθελε να επιδικάσει κάποιο ποσό εις βάρος της εταιρίας, το ποσό αυτό θα καταβληθεί από την ασφαλιστική εταιρία του ιατρού εφόσον οι συνεργαζόμενοι με την εταιρία ιατροί όλων των ειδικοτήτων είναι υποχρεωμένοι να ασφαίζονται για το σκοπό αυτό» («Υγεία Α.Ε.» 2006).

Επιπλέον και σε άλλα δύο ιδιωτικά νοσοκομεία, βρέθηκαν υψηλά ποσά απαιτήσεων ασθενών ή των οικείων τους εξαιτίας ιατρικού σφάλματος. Αναφέρουμε τον όμιλο Ιασώ, όπου για το έτος 2005 τα ποσά των απαιτήσεων ξεπερνούσαν τα 12.000.000 ευρώ, ενώ για το έτος 2006 οι απαιτήσεις των ασθενών ή των οικείων τους υπολογίζονταν περίπου στα 14.950.000 ευρώ («Όμιλος Ιασώ»). Τέλος, στην

Ευρωκλινική Αθηνών, τα ποσά των απαιτήσεων για το έτος 2006, έφταναν τα 6.015.000 ευρώ («Ευρωκλινική Αθηνών»).

Από την άλλη πλευρά, τα στοιχεία των ασφαλιστικών εταιριών αστικής ευθύνης και νομικής προστασίας που καλούνται κάθε φορά που ο ασφαλισμένος στην εταιρία τους ιατρός υποπέσει σε σφάλμα να πληρώσουν τα επιδικάσιμα ποσά, προσδίδουν μια γενική εικόνα για την επιβάρυνση του κόστους.

Σε επικοινωνία μας με στελέχη των ασφαλιστικών εταιριών, ανέφεραν ότι τέτοιου είδους ασφαλιστήρια συμβόλαια δεν είναι πάντα κερδοφόρα για τις ασφαλιστικές εταιρίες. Ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο για την αστική ευθύνη, σύμφωνα με τον κ. Πάτρα, δεν μπορεί να είναι επικερδές αν δεν υπάρχει σωστό ασφάλιστρο, κυρίως για τις ειδικότητες με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας. Ο κ. Πάτρας, αναφέρει ότι έχοντας υπόψη τα ευρωπαϊκά δεδομένα είναι πεποιθήση όλων των ανθρώπων της Ασφαλιστικής Αγοράς ότι μέσα στα επόμενα 3-4 χρόνια οι αποζημιώσεις θα φτάσουν στα ίδια επίπεδα με εκείνα. Βέβαια, συνεχίζει ο κ. Πάτρας, δε θα παρατηρηθούν φαινόμενα Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, όπου ο γιατρός δεν ασκεί το επάγγελμά του λόγω υψηλού κόστους της ασφαλιστικής κάλυψης και των δικαστικών διεκδικήσεων.

Ενδεικτικά αναφέρουμε, με βάση την κα. Μπόζιου, περίπου το 10% των ασφαλιζομένων ιατρών στην εταιρία που εργάζεται, μέχρι σήμερα έχει κάνει χρήση των ασφαλιστικών καλύψεων κυρίως στις ειδικότητες των χειρουργών και γυναικολόγων. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των ζημιών που σχετίζονται με ιατρικά σφάλματα παραμένει σε εκκρεμότητα λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας των ελληνικών δικαστηρίων.

Οι εταιρείες καταβάλλουν αποζημίωση στον ασθενή σε περίπτωση που προκληθούν από λάθος του γιατρού σωματικές βλάβες ακόμη και θάνατος και υλικές ζημιές που κυμαίνονται από € 30.000,00 έως και € 1.000.000,00. Τα ποσά αυτά, βέβαια καθορίζονται κάθε φορά από τις δικαστικές αποφάσεις («Πάτρας Δ.» 2001).

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τον κ. Τάσση, τα ασφαλιστήρια νομικής προστασίας είναι κοστοβόρα διότι οι υποθέσεις ιατρικού σφάλματος είναι μακρόχρονες διαρκώντας κατά μέσο όρο 3 έως 4 χρόνια. Η ολοκλήρωση των ζημιών στα πλαίσια του συμβολαίου Νομικής Προστασίας Ιατρού, απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα (έτη). Για να υπάρξει τελεσίδικη απόφαση, τις περισσότερες φορές, απαιτείται εκδίκαση και σε Β' βαθμό (Εφετείο) και όχι μόνο. Επιπλέον, στο εν λόγω πρόγραμμα, η εταιρία νομικής προστασίας κατά τον κ. Τάσση, καταβάλει βάση των όρων ασφάλισης, αμοιβές στους δικηγόρους προσαυξημένες έως και 500%.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΤΩΝ

### 9.1 Κριτικές απόψεις για τους Έλληνες ιατρούς

«Η υπερβολική εμπιστοσύνη που έχουν οι γιατροί στη μνήμη τους, η μη συνειδητοποίηση ότι η κόπωση συνδέεται άρρηκτα με μειωμένη απόδοση στην εργασία, οι διαφωνίες και οι προστριβές μεταξύ του προσωπικού», διευκρινίζει ο πλαστικός χειρουργός κ. Ταραμπέ «αποτελούν την κυριότερη αιτία πρόκλησης ιατρικού σφάλματος. Επιπλέον, αναφέρει ότι τα ιατρικά σφάλματα συμβαίνουν συχνότερα όταν οι ιατροί είναι άπειροι και όταν διδάσκονται καινούριες μεθόδους και τεχνικές» («Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος, Τσαγκαράκης» 2006).

Την ίδια σχεδόν άποψη διατυπώνει και ο πρόεδρος του ΙΣΘ, κ. Νικολαΐδης. «Η διεθνής εμπειρία λέει ότι τα ιατρικά σφάλματα οφείλονται στις ελλείψεις των εθνικών συστημάτων υγείας, στην κούραση ή την απειρία των ιατρών αλλά και στην συμπεριφορά των ασθενών, οι οποίοι δεν ενημερώνουν σωστά το γιατρό τους» (Λίτου Μ.» 2005).

«Σύμφωνα με πρόσφατη στατιστική μελέτη, σχεδόν 20-30 ασθενείς πεθαίνουν κάθε μέρα στη χώρα μας και περίπου 200 παθαίνουν σοβαρές βλάβες εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων. Όπως αναφέρει ο κ. Ξανάλατος, δικηγόρος είναι συχνό το φαινόμενο οι ιατροί να διστάζουν να καταθέσουν εναντίον άλλων ιατρών» (Πετροπούλου Μ. 2004). Κάτι παρόμοιο μας ανέφερε και η κα. Παΐζη, προϊσταμένη Διοικητικών Υπηρεσιών του ΙΣΑ στη συνομιλία μας όπου το ιατρικό σφάλμα είναι δύσκολο να αποδειχθεί όταν ο ασθενής έχει επιζήσει, διότι ο ιατρός που εκτέλεσε την συγκεκριμένη πράξη, μπορεί να ισχυριστεί ότι η δοσολογία του φαρμάκου ήταν σωστή αλλά ο οργανισμός του ασθενή δεν λειτούργησε. Αυτό άλλωστε μπορεί και να αποδεικνύεται από την ιατρική βιβλιογραφία.

Ο κ. Τερεζάκης από τη Ένωση Καταναλωτών, «θεωρεί ότι δε μπορεί να εκμηδενιστεί ο ανθρώπινος παράγοντας, επειδή ένας άνθρωπος μπορεί να υποπέσει σε σφάλμα» και επισημαίνει την ιδιαιτερότητα του ιατρικού επαγγέλματος. Εκφράζει τις επιφυλάξεις του σχετικά με την αποζημίωση που θα πρέπει να καταβάλουν οι ιατροί, αναφέροντας χαρακτηριστικά «ότι αν ο ιατρός είναι ιδιώτης και έχει καταδικαστική απόφαση τότε θα οδηγηθεί σε οικονομική συντριβή». Θεωρεί «ότι η

Υγεία δεν είναι καταναλωτικό αγαθό και έτσι δεν μπορεί να αποτιμηθεί με ένα χρηματικό πρόστιμο» («Ευθυμιάδου» 1998).

Σε αντίθεση των ανωτέρω, η κα. Λειβαδίτη πρόεδρος Πρωτοδικών Διοικητικών Δικαστηρίων και γενική γραμματέας Ένωσης Διοικητικών Δικαστών, μας τόνισε ότι τα διοικητικά δικαστήρια έχουν επιδικάσει υπέρογκα ποσά ακόμα και εις βάρος δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων «διότι αυτό που προέχει είναι η Υγεία των πολιτών σε ένα ευνομούμενο κράτος». Η κα. Λειβαδίτη συνεχίζει λέγοντας ότι «θα περίμενε κανείς ότι με την πάροδο του χρόνου θα περιορίζονταν τα ιατρικά σφάλματα. Δυστυχώς, όμως, κάτι τέτοιο δεν έγινε μέχρι σήμερα, ούτε διαφαίνεται ότι θα συμβεί στο άμεσο μέλλον. Η επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων υποδηλώνει το ακριβώς αντίθετο, αφού ο αριθμός των εισαγόμενων υποθέσεων συνεχώς αυξάνεται».

Τέλος, ο δικηγόρος κ. Πολίτης, αναφέρει «ότι τα δικαστήρια επιδικάζουν όλο και με πιο αυστηρά κριτήρια και πολύ μεγαλύτερες αποζημιώσεις απ' ό,τι στις περιπτώσεις π.χ. θανάτων και σωματικών βλαβών από αυτοκινητικά ατυχήματα» Παρόλα αυτά, ο κ. Πολίτης, τονίζει το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των ιατρών, όσον αφορά σε θέματα ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας («Πολίτης Χ.» 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στο εξωτερικό με βάση στατιστικά στοιχεία διεθνών ερευνών, τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν αυταπόδεικτα, ένα πρόβλημα με κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις. Και στην Ελλάδα, όμως, υπάρχει η ένδειξη της εμφάνισης μεγάλου αριθμού ιατρικών σφαλμάτων τα οποία οδηγούν σε δυσμενή αποτελέσματα τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία του κοινωνικού συνόλου. Ο προβληματισμός για τα ιατρικά σφάλματα, όπως φάνηκε από τα ευρήματα του Ευρωβαρομέτρου και από τις επαφές μας στα πλαίσια της έρευνας, υπάρχει και δημιουργεί πολλές ανησυχίες για το μέλλον.

Αν και τα τελευταία χρόνια οι πολίτες είναι πιο συνειδητοποιημένοι για το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων, ένα μικρό μόνο ποσοστό αυτών δημοσιοποιείται αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αποσιωπάται, με εξωδικαστικό διακανονισμό είτε από τις ασφαλιστικές εταιρίες είτε από τα ίδια τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στέλεχος ασφαλιστικής εταιρίας αναφέρει ότι οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν την αποζημίωση προς τους ασθενείς ακόμα και πριν η υπόθεση φθάσει στις αίθουσες των δικαστηρίων. Υπάρχει και η περίπτωση όπου ο ασθενής ή οι συγγενείς του, δεν αναφέρουν τίποτα είτε διότι φοβούνται την δημοσιοποίηση είτε διότι δεν μπορούν να υπομείνουν την πολύχρονη αντιδικία στα ελληνικά δικαστήρια είτε για διάφορους άλλους προσωπικούς λόγους.

Παρατηρείται, βάσει της έρευνας, μία ολοκληρωτική απουσία οργανωμένης υποδομής για αποδοχή των καταγγελιών. Δεν υπάρχει ίχνος κάποιου κεντρικού συστήματος διαχείρισης και ελέγχου ιατρικών σφαλμάτων με αποστολή την αναγνώριση, καταγραφή και ανάλυση ιατρικών σφαλμάτων. Η έλλειψη ενός μηχανισμού συστηματικής ανίχνευσης, καταγραφής και διαχείρισης των ιατρικών σφαλμάτων προκαλεί δυσανεξία στη συλλογή των στατιστικών στοιχείων. Επιπλέον, ό,τι στοιχεία και αν προκύψουν, εξαιτίας της κατάστασης που επικρατεί, δεν προέρχονται από τεκμηριωμένη παρακολούθηση του φαινομένου, άρα η αξιολόγησή αυτών, κρίνεται επισφαλής.

Από τις επαφές που πραγματοποιήθηκαν με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, δε βρέθηκε κάποιος φορέας που να ασχολείται αποκλειστικά με το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων. Δεν υπάρχει κάποιος οργανωμένος φορέας που να καταγράφει τον αριθμό των ιατρικών σφαλμάτων εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις, όπως η Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη. Αλλά και πάλι, η ανάλυση βάσει των ευρημάτων που προκύπτουν από την εξέλιξη της κάθε υπόθεσης, δεν άπτεται των κυρίων αρμοδιοτήτων του Συνηγόρου.

Από την άλλη πλευρά, το σύστημα εσωτερικού ελέγχου (διερεύνηση καταγγελιών ασθενών-πειθαρχικός έλεγχος ιατρών) των νοσοκομείων του ΕΣΥ, αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα. Για το λόγο αυτό παρουσιάζεται έλλειμμα αντικειμενικών, αμερόληπτων, τεκμηριωμένων και ως εκ τούτο αξιόπιστων ερευνών. Οι τελικές αποφάσεις της Διοίκησης απλώς συντάσσονται με τον μη ικανοποιητικό αρχικό αποτέλεσμα ορισμένης «έρευνας». Με τον τρόπο αυτό όμως πλήττεται το εθνικό σύστημα υγείας, ενδυναμώνεται το καθεστώς ατιμωρησίας και τελικά ενισχύεται η καχυποψία των πολιτών-ασθενών.

Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί και για τις πειθαρχικές διαδικασίες των Ιατρικών Συλλόγων. Η απουσία ενός αξιόπιστου συστήματος πειθαρχικού ελέγχου των ιατρών παράγει ανασφάλεια και βέβαια δημιουργεί δυσπιστία στους πολίτες για την δυνατότητα των δημοσίων φορέων να προασπίσουν τη νομιμότητα, απονέμοντας αληθινή πειθαρχική δικαιοσύνη. Από την άλλη πλευρά, οι αθεμελίωτες απαλλαγές από κάθε πειθαρχική ευθύνη, ευτελίζουν ολόκληρο το πλαίσιο καλής λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας και αναπαράγουν μια λογική «συντεχνιακής αλληλοκάλυψης».

Τέλος, υπάρχει η ένδειξη ότι το οικονομικό κόστος (εμφανές και αφανές) υφίσταται και σε μεγάλο βαθμό, επιμερισμένο στο σύνολο της κοινωνίας. Οι κατηγορίες που επιβαρύνονται με αυτό το τεράστιο οικονομικό κόστος μπορεί να είναι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το Ελληνικό Δημόσιο, τα λοιπά δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες καθώς και διάφορες επιχειρηματικές μονάδες. Δεν υπάρχει η δυνατότητα, αυτό το κόστος, να αποτυπωθεί και να αποτιμηθεί ακόμη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Με βάση την κατάσταση η οποία έχει διαμορφωθεί στην Ελληνική πραγματικότητα, αλλά και τα αποτελέσματα από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, υποβάλλουμε παρακάτω μια σειρά από προτάσεις, οι οποίες κινούνται στο πλαίσιο της αναβάθμισης της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αλλά και την ενδυνάμωση της προάσπισης των δικαιωμάτων και της ασφάλειας των ασθενών:

Κρίσιμη σημασία θεωρείται η ύπαρξη μιας κεντρικής στρατηγικής και ενός οργανωτικού σχεδιασμού από την Πολιτεία, ώστε να επισημανθεί η σημασία της άμεσης αντίδρασης και να αντιμετωπιστεί το θέμα με τη δέουσα σοβαρότητα που απαιτείται. Η συνεχής επαγρύπνηση των αρμοδίων οργάνων του Κράτους, για τις μελλοντικές διαστάσεις που μπορεί να πάρει το θέμα των ιατρικών σφαλμάτων, είναι επιβεβλημένη.

Σκόπιμη θεωρείται η δημιουργία ενός φορέα / οργανισμού ο οποίος θα κατέχει εκείνη τη νομική υπόσταση και οργανωτική υποδομή που θα του επιτρέπει την τεκμηριωμένη παρακολούθηση των ιατρικών σφαλμάτων. Ο φορέας αυτός, ο οποίος προτείνεται να υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως Ανεξάρτητος Οργανισμός, είναι χρήσιμο να αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα αναγνώρισης, καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων, με όλες τις ασφαλιστικές δικλείδες που απαιτούνται. Με τη βοήθεια αυτής της βάσης δεδομένων, θα επιτυγχάνεται η διαχείριση και ο έλεγχος του φαινομένου, ενώ τα ευρήματα μέσω της ανάλυσης των εξερχόμενων στατιστικών στοιχείων, θα αποτελέσουν μια χρήσιμη πηγή πληροφόρησης και αξιολόγησης για το θέμα αυτό («Riga M., Vozikis A.» 2007). Επιβεβλημένη, θεωρείται και η διαρκής ανατροφοδότηση των συστημάτων αξιολόγησης.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα και λοιποί φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, ενδείκνυται να προωθήσουν στο σχέδιο επιχειρησιακής δράσης, συστήματα διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου των ιατρικών πράξεων, στρατηγικές, πολιτικές και μέτρα πρόληψης ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων. Η ανάπτυξη αυτών των πολιτικών, μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια κάποιων επιχειρησιακών εργαλείων, όπως το benchmarking (προτυποποίηση ήδη επιτυχημένων στρατηγικών) και με τη βοήθεια

κάποιων κύριων στρατηγικών διοίκησης, όπως το Risk Management (Στρατηγικές Διαχείρισης Κινδύνου) και το Total Quality Management (Διαχείριση Ολικής Ποιότητας). Όλες αυτές οι κινήσεις προσανατολίζονται στη βελτίωση και στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων ιατρικών πράξεων και στη δημιουργία ενός αισθήματος ασφάλειας στους πολίτες. Επιπλέον, ο διαρκής αυτοέλεγχος με το σύστημα επαναξιολόγησης (audit), θα πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή ιατρική πράξη, για να επιτευχθεί περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η εκπαίδευση των ιατρών και του λοιπού υγειονομικού προσωπικού όσον αφορά σε θέματα ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, είναι ικανή να βοηθήσει αποτελεσματικά στην εξισορρόπηση του προβλήματος και στη δημιουργία ενός είδους ασφάλειας στους νοσηλευόμενους. Η ενημέρωση και η καλή επικοινωνία με τον ασθενή και τους συγγενείς του, αποτελούν πολλές φορές ασφαλιστικές δικλίδες για την αποφυγή ιατρικού σφάλματος. Επιπλέον κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη, συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των ιατρικών και παραϊατρικών λειτουργιών υγείας για τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρουν τα ιατρικά σφάλματα σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Προς όφελος των ιατρών, καλό θα ήταν να δημιουργηθεί μια τράπεζα πληροφοριών με πρόσβαση από τον διαδικτυακό τόπο, όπου θα αναφέρονται περιπτώσεις ασθενών που είχαν την εμπειρία της λάθους διάγνωσης. Οι πληροφορίες που θα παρέχονται θα είναι λεπτομερείς ενώ θα υπάρχει μεγάλη γκάμα περιστατικών, από τις πιο «ανώδυνες», μέχρι και το θάνατο. Πρόσβαση στον κόμβο αυτό, θα έχουν αποκλειστικά και μόνο οι ιατροί, με κύριο στόχο την καλύτερη ενημέρωσή τους, αφού θα μπορούν να μελετούν τα λάθη των συναδέλφων τους για να τα αποφεύγουν οι ίδιοι. Επίσης, χρήσιμη θεωρείται η συνεχής ενημέρωση των ιατρών από τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας για τα διεθνή standards και τα ιατρικά πρωτόκολλα, που είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν.

Καλό θα είναι τα αρμόδια όργανα των φορέων υγείας να δημοσιοποιήσουν μελέτες και απόψεις για το θέμα αυτό και να ενημερώσουν τους πολίτες, ώστε να ευαισθητοποιηθούν και να αντιδράσουν αν τυχόν πέσουν στην αντίληψή τους αναφορές για ιατρικά σφάλματα. Με αυτόν τον τρόπο θα ενισχυθεί η ενημερωτική δύναμη των ασθενών άρα και οι δυνατότητες να προασπίζονται τα δικαιώματά τους. Είναι σημαντικό όλες οι πλευρές των εμπλεκόμενων να στρατευθούν σε μια κοινή προσπάθεια μείωσης του προβλήματος.



Επιπλέον το Κράτος, στα πλαίσια της κοινωνικής πρόνοιας θα πρέπει να μεριμνήσει, ώστε να δημιουργηθεί μια Εθνική Υπηρεσία για την Ασφάλεια του Ασθενή, όπου θα υποδέχεται καταγγελίες για ιατρικά σφάλματα και θα προσφέρει ουσιαστική νομική και κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς ή σε συγγενείς θυμάτων ιατρικών σφαλμάτων. Επιπλέον, στα πλαίσια της υπηρεσίας αυτής, μπορεί να δημιουργηθεί και ένα Ανοικτό Φόρουμ Υγείας, όπου θα ανταλλάσσουν απόψεις οι πολίτες με ιατρούς για τις τυχόν εμπειρίες τους και για τον τρόπο διαφύλαξής τους, μεταγενέστερα.

Προτείνεται η επανεξέταση του συστήματος διαχείρισης καταγγελιών των ασθενών από τα νοσοκομεία, ιδίως στις περιπτώσεις αναφερομένων παραβιάσεων δικαιωμάτων ή ιατρικών πλημμελειών. Σκόπιμη θεωρείται η αναθεώρηση του νομικού πλαισίου και της λειτουργίας των πειθαρχικών διαδικασιών για το ιατρικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ., αλλά και τους ιδιώτες ιατρούς, ιδίως με την πρόβλεψη και εξασφάλιση διαδικαστικών εγγυήσεων αντικειμενικότητας και αμεροληψίας της διοικητικής ή πειθαρχικής έρευνας. Η ανάθεση των Ε.Δ.Ε. που αφορούν το ιατρικό προσωπικό, μπορεί να γίνει στο Σώμα Επιθεωρητών Υγείας ή στην αρμόδια διοικητική υγειονομική περιφέρεια.

Τέλος, προτείνεται η αναμόρφωση του ουσιαστικού πειθαρχικού δικαίου για να περιγράφονται με μεγαλύτερη ακρίβεια τα παραπτώματα του ιατρικού προσωπικού και να προβλέπονται οι αντίστοιχες πειθαρχικές ποινές, ώστε να αποφεύγονται οι δυσανάλογα ελαφριές ή αυστηρές ποινές. Επιπλέον, καλό είναι να συνδέονται οι τυχόν καταδικαστικές ποινικές αποφάσεις με την πειθαρχική διαδικασία ως προς τη διάγνωση των πραγματικών περιστατικών, ώστε να αποτρέπονται οι αντιφατικές αποφάσεις.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ & ΠΗΓΕΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξιάδης Α., Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία, Ιατρική Νομοθεσία και Νομολογία, Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός οίκος Μ. Δημοπούλου, 1996.
- Αναστασίου Φ., «Τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για περισσότερους θανάτους από όσους τα τροχαία», εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 1999.
- «Αυστραλία: Θερίζουν τις ζωές των ασθενών τα ιατρικά λάθη», Joke of the Day, Αύγουστος 2003.
- Γιαννάκης, Μαλλάς, Ρηγάκης, Αρβανίτης, «Κάλυψη των επαγγελματικών κινδύνων των γιατρών-αναλυτική παρουσίαση της πρωτοβουλίας του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών», Εφημερίδα Ενημέρωση - ενημερωτικό δελτίο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, τεύχος 80, Σεπτέμβριος 1992, σ. 3-4.
- Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ Α.Ε., «Ετήσιες οικονομικές καταστάσεις της χρήσης 2006, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα χρηματοοικονομικής πληροφόρησης», Αθήνα, 2006, σ.66.
- Ευθυμιάδου Δ., «Η λάθος διάγνωση βλάπτει την τσέπη των ιατρών» 1998.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, «Εσωτερικός Κανονισμός Σ.Ε.Υ.Υ.Π.», τεύχος 1<sup>ο</sup>, αρ. φύλλου 244, Οκτώβριος 2002, άρθρο 3.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, «Σύσταση Σ.Ε.Υ.Υ.Π.», τεύχος 1<sup>ο</sup>, αρ. φύλλου 131, Ιούνιος 2001, άρθρα 1, 2.
- Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, Συστήματα υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001, σ. 225.
- Ιωαννίδης Ι., «Ιατρικά σφάλματα», 2002.
- «Ιατρικά λάθη προκαλούν περισσότερους θανάτους ετησίως από ότι τα τροχαία ατυχήματα», Typos.com.cy, Ιούνιος 2006.
- «Κακή πληροφόρηση-ο μεγαλύτερος ενδονοσοκομειακός κίνδυνος», Proton, 2005.
- ΚΕΠΕ, Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80: Υγεία, Έκθεση Ομάδα Εργασίας, Αθήνα, 1976.



- Κουτσελίνης Α., «Η ιατρική αμέλεια - Αστική ευθύνη επαγγελματιών υγείας», Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος-Απρίλιος 2001, σελ. 27-32.
- «Καταγραφή των ιατρικών λαθών κάνει η Οττάβα», The greek press (ελληνικός τύπος), 2002.
- Κωνσταντοπούλου Α., «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα», Daylight Time, 20 October, 2003.
- Λιακοπούλου Χ., «30.000 Βρετανοί πεθαίνουν από ιατρικά λάθη!», εφημερίδα Επενδυτής, Απρίλιος 2001, σελ.51.
- Λίτου Μ., «Τα ιατρικά λάθη στο σκαμνί», Εφημερίδα Αγγελιοφόρος, Απρίλιος 2005.
- Μαυροφόρου, Γιαννούκας, Μιχαλοδημητράκης, «Η ιατρική ευθύνη και αγγειοχειρουργική ειδικότητα», Ελληνική Αγγειοχειρουργική, τόμος 10, τεύχος 2, 2001, σ. 9.
- Μπίτσικα Π., Τρατσά Μ., «Οι Έλληνες τρέμουν τα ιατρικά λάθη. Πρωταθλητές μεταξύ των Ευρωπαίων στην έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους ιατρούς και τους νοσηλευτές», εφημερίδα Το Βήμα, αρ. φύλλου 14711, Μάρτιος 2006.
- Μωραΐτης Ε., Το ελληνικό σύστημα υγείας, Αθήνα, 2004
- Νέγκης Α., «Οι Έλληνες τρέμουν τα ιατρικά λάθη», εφημερίδα Κόσμος του Επενδυτή, Μάιος 2006, σελ. 24.
- «Νέα έρευνα για τα ιατρικά λάθη στις ΗΠΑ», Φωνή της Αμερικής, 2001.
- Ομπέση Φ., Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης, Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2005, σ. 40-46.
- Παπαευαγγέλου-Κορκοντζέλου Ε., «Αστική ευθύνη επαγγελματιών υγείας-Η ιατρική ευθύνη και η άμυνα των ιατρών», Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος-Απρίλιος 2001, σ. 26.
- Παπαρρηγοπούλου Π., Φυτράκης Ε., «Πόρισμα: Διερεύνηση καταγγελιών ασθενών - πειθαρχική ευθύνη ιατρών», Συνήγορος του Πολίτη - Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας, Νοέμβριος 2004.
- Πάτρας Δ., «Αστική ευθύνη επαγγελματιών υγείας-Κάθε ιατρός χρειάζεται έναν ασφαλιστικό σύμβουλο», Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος-Απρίλιος 2001, σ. 36.
- Πετροπούλου Μ., «Απ' το γιατρό στο δικηγόρο», Εφημερίδα Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, Μάρτιος 2004, σ. 61.
- Πηγή: Interamerican
- Πηγή: ασφαλιστική εταιρία Νομικής Προστασίας D.A.S.-HELLAS A.E.
- Πηγή: Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας.
- Πολίτης Χ., «Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη», Αθήνα, 2006.

- Πολίτης Χ., Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, ερμηνεία-σχόλια, Αθήνα, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος-Hartling, 2006, σ. 15, 116-7, 120-2, 125, 132, 134-5, 138, 140-7, 150.
- Ριζογιάννη Μ., «Ευρω-φοβία κατά ιατρών», εφημερίδα Πελλοπόνησος - Τοπικά, Απρίλιος 2006, σελ.7.
- Στάθης Γ., «Αστική ευθύνη επαγγελματιών υγείας-Οι Επαγγελματίες Υγείας αντιμετώπι με τα λάθη τους», Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος-Απρίλιος 2001, σ. 25.
- Συνήγορος του Πολίτη, Ετήσια Έκθεση του 2006, Αθήνα, 2006, σ. 103.
- Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων έτους 2002-2003, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 2004, σ. 22, 24-5, 28, 33-5, 52-3.
- Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων έτους 2004, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 2005, σ. 54-6, 76-7, 81, 86.
- Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων έτους 2005, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 2006, σ. 43, 47, 233-5.
- Σωφρονάς Φ., «Χιλιάδες τα θύματα από ιατρικά λάθη και στον Καναδά», εφημερίδα Το Βήμα, Ιούνιος 2006.
- Ταραμπέ, Σταμουλόπουλος, Τσαγκαράκης, «Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος», Περιοδικό Ιατρικό Βήμα, τεύχος 103, Απρίλιος-Μάιος 2006, σ. 40-4.
- Ταρλατζής Β., Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική, κοινωνιολογική προσέγγιση), Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα – Ιατρικό Δίκαιο, Βιοηθική, 2006, σ. 70.
- Τρακατέλλης Α., «Σχέδιο έκθεσης - κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας, Τροπολογία 164 Παράρτημα σημείο 2.2. 4ος στόχος Giuseppe Nisticó», Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο – Επιτροπή Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Πολιτικής των Καταναλωτών, Ιανουάριος 2001.
- Τρεμόπουλος Μ., «Θεραπεία στις αιτίες και όχι στο σύμπτωμα», Ημερίδα για την υγεία "Εναλλακτική παρέμβαση στην Παγκόσμια ημέρα υγείας-ολιστική ματιά στην υγεία-πέρα από την ιατρική και την περίθαλψη", Απρίλιος 2004.
- «Τα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας είναι πολύ υψηλά», εφημερίδα Η Καθημερινή-ΑΠΕ, Ιούνιος 2006.
- Φιλιππόπουλος Γ., «Αστική ευθύνη επαγγελματιών υγείας-Η επαγγελματική αστική ευθύνη», Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος-Απρίλιος 2001, σ. 34-5.

- Φυντανίδου Ε., «Τα ιατρικά λάθη σκοτώνουν κάθε μέρα- Η ποιότητα φροντίδας και οι ασφαλείς διαγνώσεις. Τι συζητήθηκε σε forum στα Ιωάννινα», εφημερίδα Το Βήμα, αρ. φύλλου 12972, Ιούνιος 2000.
- Χατζηκυριάκος Λ., «Τα ιατρικά λάθη στο ΕΣΥ κοστίζουν τη ζωή σε 50.000 ασθενείς το χρόνο», εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Οκτώβριος 2006.
- Ψαρρός Ν., Ανδριοπούλου Γ., Κέκη Χ., «Αριθμ. απόφασης 7654/2003, ΓΑΚ 7446/2002», Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας Τμήμα 10<sup>ο</sup> - Τριμελές, Ιούνιος 2003.
- ICAP, Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας-κλαδική μελέτη, Αθήνα, 2006, α' τόμος, σ. 1, 9, 99, 100, 114-5, 117.
- Innews Α.Ε., «7.000 με 10.000 ασθενείς χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από ιατρικά λάθη», εφημερίδα Αδέσμευτος, 2005.
- KANTOR Α.Ε., Επισκόπηση τομέα υγείας 2005, Αθήνα 2005, σ. 5, 6, 9, 14, 56, 64, 68-9, 81.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andrews, Lori B., Carol Stocking, Thomas Krizek, et al. «An Alternative Strategy for Studying Adverse Events in Medical Care», Lancet 349:309-13 (Feb. 1, 1997).
- «Adverse events», Eur J Pediatr, 1998;157;769-774.
- Baicker K., Chandra A., «The effect of malpractice liability on the delivery of health care-Do medical malpractice costs affect the delivery of Health Care?», National Bureau of economic research, August 2004, No. 10709.
- Berg, J.S., J. Dischler, J.J. Raia, and N. Palmer-Shevlin, «When indirect costs due to non-compliance are added to the direct cost figures, total economic costs rise to approximately \$100 billion, Medication Compliance: A Healthcare Problem», Annals of Pharmacotherapy 27(9):S3-S22 (1993).
- Bismark M., Dauer E., Paterson R., Studdert D., «Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience-Research», CMAJ, October 10, 2006, 175 (8), p. 889-894.
- Brennan T., Leape L., Laird N., et al, «Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients», N.Engl J Med, 1991;324:370-6.
- Budetti, Bartlett, Waters., Medical Malpractice Law in the United States, Washington, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2005.
- Büken N., E., «Medical errors-Humanities, Social Sciences and Law», European Journal of Health Law-Turkey, Brill Academic Publishers, Vol. 10, Number 2/June 2003.
- «Belegalment still hounds U.S. psychiatry», Psychiatric News Dec 5, 1986; 13.
- Drummond M., O' Brien B., Stoddart G., Torrance G., Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας, εκδόσεις Κριτική, 2002, σ. 42-4, 60-2, 129.
- Elder, Dovey, «Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature», THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE, Vol. 51, No. 11, November 2002.
- Euro barometer, «Special Euro barometer 241 - Medical Errors», Euro barometer-European Commission-Directorate General Press and Communication, Vol. 241, January 2006, p. 4-27.

- Fenn P., «Counting the cost of medical negligence», BMJ 2002; 3 August, Vol. 325:233-4.
- Gawande A., Thomas E., Zinner M., et al., «The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992», Surgery 1999;126:66-75.
- Harvey W., «Glass J. Malpractice as an M.D.-attorney sees it», Hospital Tribune Mar 12, 1986;15.
- Health, Nutrition and Population (NHP)., Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US-tort liability system and the Sweden-no fault system, Human development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Document of the World Bank, 2002.
- Hyatt, et al., «A study of medical injury and med mal: an overview», NEJM, 1989.
- Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- Insurance Info Inst, «Hot topic and Insr Issues: Med Mal», Apr 2003.
- Johnson, Jeffrey A. and J. Lyle Bootman., «Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model», Archives of Internal Medicine 155:1949-56 (Oct. 6, 1995).
- Lakdawalla D., Seabury S., «Malpractice liability and medical costs», RAND Corporation, 2006.
- Lancet, Medical errors, 1997;349:309-13.
- Lazarou J., Pomeranz BH, Corey PN. «Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies» JAMA, 1998 Apr 15;279(15):1200-5.
- Leape L., Brennan T., Laird N., et al, « Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II», N.Engl J Med, 1991;324:377-84.
- Leape LL. «Error in medicine» JAMA. 1994 Dec 21;272(23):1851-7.
- Leape, Lucien, «Medical error" may be defined as "an unintended act (either of omission or commission) or one that does not achieve its intended outcomes- Error in Medicine», Journal of the American Medical Association 272(23):1851-57 (Dec. 21, 1994).
- Liebau A., «Practical health law-Medical malpractice liability-Trends, reforms and risk management», Hinkle Elkouri, Law Firm, November-December 2004.
- McGinn P., «Medical errors in EU a major problem, survey shows», European Matters, 2006, p. 47.

- «Medical errors and adverse events», Crit Care Med, 1995; 23:294-300.
- «Medical errors: a common problem – It is time to get serious about them», BMJ, March 2001, Vol. 322, 2001;322:501-2.
- «Medical errors», JAMA 1995;274;29-34.
- «Medical errors», JAMA, 1991;265;2089-94.
- «Medical errors», Med J Aust, 1995, 163:458-71.
- «Medical errors», N. Engl J Med, 324:370-6, 1991.
- «Medication errors injure more than 1.5 million yearly, study finds: Hospital patients said at risk for at least one drug mistake daily», Cnn-The Associated Press, 2006.
- «Medication errors-fact sheet»,Baxter International Inc., 2003.
- «Myth #1: Americans have the best medical care in the world», The world health report, 2000.
- Neale, Woloshynowych, Vincent., «Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice», Journal of the Royal Society of Medecine, Volume 94, p.322-330, London, July 2001.
- «Nationwide poll on patient safety: 100 million Americans see medical mistakes directly touching them (press release)» McLean, VA: National Patient Safety Foundation; October 9, 1997.
- Null, Dean, Feldman, Rasio, Smith., Death by Medicine, Life extension, 2004, p. 1-3, 6, 12-14, 16-7.
- Owens A., «Will defensive medicine really protect you?», Medical Economics Apr 18, 1988;88-100.
- Paradise Hills Medical Center, Medical errors- The tracks we leave:Ethics in healthcare Management, Chapter 1, 2000.
- Perrone, J. «Designing a Safer, Smarter Health Care System: AMA Foundation Looks at Ways to Prevent Mistakes», American Medical News 40(40):1 (Oct. 27, 1997).
- Pinilla J., Murillo C., Carrasco G., Humet C., «Case-control analysis of the financial cost of medication errors in hospitalized patients», Eur J Health Econom 1, 2006, Vol. 7: p. 66-71.
- Protocare Sciences., Addressing Medication Errors in Hospitals, California, A Framework for Developing a Plan, HealthCare Foundation, 2001.
- «Public has changed its thinking on malpractice crisis, survey results show», Psychiatric News Jan 2, 1987;29.

- Riga Marina, Vozikis Athanassios, «M.E.R.I.S: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors», International Scientific Conference e R A – 2 with the contribution of Information Technology, 2007.
- Schulman K., Kim J., «Medical errors: how the US Government is addressing the problem», Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine, Vol. 1 No. 1, 2000, 1:35-37.
- Senator Orrin Hatch (R - Utah), «Hearings held on Hatch's malpractice reform bill», Psychiatric News Oct 3, 1986;XXI (19).
- Spear S., «The Health Factory», The New York Times, 2005.
- Thomas E., Brennan T., «Errors and adverse events in medicine. In Vincent CA, ed. Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety», 2<sup>nd</sup> edn. London: BMJ Publications, 2000.
- Thomas, EJ, Studdert DM, Burstin HR, et. al. «Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado» Med Care. 2000 Mar;38(3):261-71.
- Thomas, EJ, Studdert DM, Newhouse JP, et al. «Costs of medical injuries in Utah and Colorado», Inquiry, 1999 Fall;36(3):255-64.
- Wassersug JD., «Tips on facing malpractice suit», American Medical News Aug 22/29,1986;17.
- White M., «The value of liability in medical malpractice», Health Affairs, Fall 1994.
- Wilson R., Runciman W., Gibberd R., Harrison B., Newby L., Hamilton J., «The Quality in Australian Health Care Study», Med J Aust, 1995;163:458-71.



## ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Ηλεκτρονική ιστοσελίδα: [www.iaso.gr](http://www.iaso.gr)
- Ηλεκτρονική ιστοσελίδα: [www.euroclinic.gr](http://www.euroclinic.gr)
- Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), 2000, Report to the President, February, Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact [Website] Accessed September 7, 2003. <http://www.quic.gov/report/mederr4.htm#evidence>
- «Drug giant accused of false claims» MSNBC News. July 11, 2003. Available at: <http://msnbc.com/news/937302.asp?0sl=42&cp1=1>. Accessed December 17, 2003.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

### 1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΕΛΕΤΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΥΠΕΒΑΗΘΗΣΑΝ ΣΕ Σ.Ε.Υ.Υ.Π., ΣτΠ, Δ.Π.Α, ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ.

- Διαχρονική καταγραφή όλων των ιατρικών σφαλμάτων στην Ελλάδα, δηλαδή στοιχεία, στατιστικά και μη, όλων των ετών από το έτος έναρξης της καταγραφής των καταγγελιών στον Χ οργανισμό.
- Αριθμός των καταγγελιών ανά έτος. Στατιστικά στοιχεία για το αν υπάρχει αύξηση διαχρονικά
- Ποιον αφορά η κάθε καταγγελία; Ιατρό σε νοσηλευτικό ίδρυμα, ασφαλιστικό ταμείο-οργανισμό ή ιδιώτη; Στατιστικά στοιχεία για το ποσοστό εμφάνισης των καταγγελιών σε νοσηλευτικό ίδρυμα, οργανισμό, ιδιώτη ιατρό, διαχρονικά.
- Ποια ειδικότητα ιατρού αφορά η κάθε καταγγελία; Ποσοστά εμφάνισης ειδικοτήτων που αφορούν οι καταγγελίες. Σε μερικές ειδικότητες σημειώνεται αυξητική τάση των καταγγελιών;
- Ποια είναι η αιτία ζημίας του ασθενούς; (ενέργεια, παράλειψη, σφάλμα κ.α.). Περιγραφή κάθε περιστατικού. Ποσοστά εμφάνισης των αιτιών.
- Ποια είναι η συνέπεια της ζημίας-ιατρικού σφάλματος για τον ασθενή, σε κάθε περίπτωση; Κόστος για τον ασθενή (κατάληξη ή δημιουργία νέου προβλήματος υγείας μη ιάσιμο, κ.α.).
- Τι ενέργειες αποκατάστασης της ζημίας απαιτούνταν για κάθε περιστατικό ιατρικού σφάλματος; Δηλαδή, αν ο ιατρός ή το νοσοκομείο προέβη σε ενέργειες αποκατάστασης της κάθε ζημίας. Ποιο ήταν, αν έχει καταγραφεί, το οικονομικό κόστος κάθε ενέργειας αποκατάστασης για το νοσοκομείο, οργανισμό ή ιδιώτη ιατρό;
- Στην περίπτωση που ο καταγγέλλων προσέφυγε στην δικαιοσύνη, για ποιας μορφής ευθύνη διώκονταν το νοσοκομείο, ο οργανισμός, ο ιδιώτης ιατρός; Για διοικητική-πειθαρχική ευθύνη (αναζήτηση ευθυνών) ή αστική ευθύνη (χρηματική αποζημίωση) ή ποινική ευθύνη (φυλάκιση); Αν υπάρχουν ποσοστά εμφάνισης κάθε μορφής ευθύνη από την διαχρονική καταγραφή των δικαστικών αποφάσεων. Ποια ευθύνη σημειώνει αυξητική τάση;

- Υπήρχαν υποθέσεις ιατρικού σφάλματος που ο καταγγέλλων δεν πήγε ποτέ στην δικαιοσύνη αλλά έλυσε τις διαφορές του έξω από τις δικαστικές αίθουσες, με την συνεισφορά του X οργανισμού ή άλλων φορέων;
- Αν υπήρξε προσφυγή στην δικαιοσύνη, ποια ήταν η δικαστική απόφαση για κάθε υπόθεση; (καταδίκη ιατρού-νοσοκομείου, ιδιώτη ιατρού, διοικητική ποινή, χρηματική αποζημίωση και πόσο ή αθώωση). Ποσοστά εμφάνισης των παραπάνω δικαστικών αποφάσεων διαχρονικά.
- Πόσος χρόνος μεσολάβησε -για ολοκληρωμένες υποθέσεις- από τη στιγμή που προσέφυγε ο καταγγέλλων στα δικαστήρια, μέχρι το κλείσιμο της δικογραφίας; Ποσοστά διάρκειας των δικαστικών υποθέσεων για τα ιατρικά σφάλματα.
- Σε πόσες από τις πρόσφατες προσφυγές στη δικαιοσύνη που είστε σε θέση να γνωρίζετε, έχει κλείσει η υπόθεση και έχουν αποδοθεί οι ποινές και πόσες υποθέσεις εκκρεμούν ακόμη και γιατί;
- Έχει αποτιμηθεί για κάποιες από τις υποθέσεις ιατρικών σφαλμάτων, το γενικό κόστος για ένα νοσοκομείο ή οργανισμό, ιδιώτη ιατρό;
- Γνωρίζετε, για κάποιες έστω υποθέσεις, τι στάση κράτησε το νοσοκομείο-οργανισμός απέναντι στον γιατρό-υπάλληλό του; (απόλυση από το εθνικό σύστημα υγείας, άρση της άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, επιδίκαση χρηματικής αποζημίωσης υπέρ του δημόσιου νοσοκομείου). Αν υπάρχουν ποσοστά για τα είδη των πειθαρχικών ευθυνών από την διαχρονική καταγραφή των καταγγελιών για ιατρικά σφάλματα.
- Γνωρίζετε, τι ενέργειες έλαβε και τι στάση κράτησαν οι εκάστοτε Ιατρικοί Σύλλογοι, απέναντι στον ιατρό κάθε υπόθεσης; Τι πειθαρχικές ποινές του επιβλήθηκαν;
- Ποια είναι τα στάδια ενεργειών που προβλέπονται για τέτοιες υποθέσεις από τον X οργανισμό, από την στιγμή της καταγγελίας μέχρι το κλείσιμο της υπόθεσης; Επιβάλλει ποινές ο X οργανισμός;

## 2. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΕΛΕΤΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΥΠΕΒΛΗΘΗΣΑΝ ΣΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ

- Συνολικό αριθμό των ιατρών που είναι ασφαλισμένοι ως προς την X ευθύνη διαχρονικά (τελευταία πενταετία). Κατηγοριοποίηση ιατρών κατά ειδικότητα και αν εργάζονται στο ΕΣΥ ή είναι στον ιδιωτικό τομέα υγείας.
- Σε πόσους ιατρούς από το συνολικό αριθμό των ασφαλισμένων ιατρών, χρειάστηκε τελικά να τους δοθούν οι ασφαλιστικές παροχές; Ποιο είναι περίπου το ποσοστό των ιατρών από το σύνολο των ασφαλισμένων ιατρών που έκανε τελικά χρήση αυτής της υπηρεσίας;
- Περιπτώσεις-cases ιατρών που καλύφθηκαν ασφαλιστικά ως προς την X ευθύνη από την εταιρία σας. Κατηγοριοποίηση ανά ειδικότητα και ανά μορφή νομικού προσώπου όπου εργάζονταν (ΕΣΥ ή ιδιωτικό τομέα υγείας).
- Ποιο είναι το κόστος επιβάρυνσης ενός ιατρού υπογράφοντας ένα συμβόλαιο ασφάλισης X ευθύνης; Παίζει ρόλο η ειδικότητα του ιατρού ως προς το κόστος του ασφαλιστρού; Υπάρχουν ειδικότητες υψηλού κινδύνου για ασφάλιση;
- Σε πόσους από τους ιατρούς που τελικά έλαβαν τις ασφαλιστικές παροχές, η δικαστική απόφαση αφορούσε είτε αστική είτε ποινική ευθύνη;
- Ποια είναι η μέγιστη διάρκεια παροχής υπηρεσιών για X ευθύνη σε ιατρό;
- Ποιες είναι οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιατροί για να ασφαλιστούν στην εταιρία σας ως προς την X ευθύνη;
- Τα ασφαλιστήρια X ευθύνης είναι μόνο ατομικά (ο γιατρός έρχεται από μόνος του να ασφαλιστεί) ή είναι και ομαδικά (ομαδική ασφάλιση) μέσω κάποιων ιατρικών συλλόγων, ενδεχομένως;
- Η ασφάλιση της X ευθύνης είναι προϋπόθεση για να εργαστεί κάποιος ιατρός στον ιδιωτικό τομέα υγείας;
- Τα ασφαλιστήρια της X ευθύνης, κατά τη γνώμη σας, είναι κερδοφόρα ή επιζήμια για μια ασφαλιστική εταιρία; Τα τελευταία χρόνια σημειώνουν αυξητική τάση στην Ελλάδα ή όχι;
- Ποιο είναι το μέσο κόστος περίπου των αποζημιώσεων ως προς την X ευθύνη; Από ποιους παράγοντες εξαρτάται;

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ										
Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΑΓΩΓΕΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
1	μετάγγιση μολυσμένου αίματος από ιο HIV	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατρός-μικροβιολόγος	μη έλεγχος μεταγγιζόμενου αίματος	θάνατος	#	αποζημίωση 469.552€ από το νοσ.	#	4 έτη	1998
2	πόνους σε αρθρώσεις	ιδιωτική κλινική	ιδιώτης ιατρός-ορθοπαιδικός	εσφαλμένη διάγνωση	παρενέργειες στον οργανισμό	#	αποζημίωση 8.125€ από το νοσ.	#	2 έτη	2005
3	ασθενής με έμφραγμα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ειδικός παθολόγος	αδιαφορία κατά τη νοσηλεία	θάνατος	#	καταδίκη ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια	#	5 έτη	2007
4	μηνιγγίτιδα-σηψαιμία	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παιδίατρος	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
5	μηνιγγίτιδα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παθολόγος	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
6	επιπλοκές από γυναικ. Επέμβαση	ιδιωτικό νοσοκομείο	γυναικολόγος-χειρουργός, αναισθησιολόγος	αμέλεια	θάνατος	#	ποινή φυλάκισης ιατρού, αποζημίωση από τον ιατρό	#	4 έτη	2007
7	έμφραγμα μυοκαρδίου	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιολόγος	αμελή και αξιόποινη συμπεριφορά	θάνατος	#	ανθρωποκτονία από αμέλεια	δεν αποδώθηκαν	3 έτη	2007
8	μετάγγιση μολυσμένου	νοσηλευτικό ίδρυμα	ιατρός-μικροβιολόγος	μη έλεγχος μεταγγιζόμενου	θάνατος	#	αποζημίωση 440.205€	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΑΓΩΓΕΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
	αίματος από ιο HIV	(ΝΠΔΔ)		αίματος			από το νοσ.			
9	επιπλοκές κατά την χειρουργική πλαστική επέμβαση μαστού	#	αναισθησιολόγος-χειρουργός	παραλήψεις-σφάλματα	αναπηρία 100% (φυτό)	#	αποζημίωση 692.540€ από το νοσ.	#	#	#
10	επιπλοκές κατά τη διάρκεια χειρ.επέμβασης	#	χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	θάνατος	#	αποζημίωση 513.570€	#	#	#
11	επιπλοκές σε οφθαλμολογική ή επέμβαση για καταρράκτη	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος	ιατρικό σφάλμα	αναπηρία 40% στην όραση	#	αγωγή για αποζημίωση 586.940€ (εκκρεμεί)	#	#	#
12	βρογχοπνευμονία-δύσπνοια	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ειδικευόμενος παθολόγος	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	αγωγή για αποζημίωση 586.940€ (εκκρεμεί)	#	#	#
13	τοποθέτηση βηματοδότη, λοίμωξη	#	καρδιολόγος	αμέλεια	σωματική βλάβη	#	αγωγή για αποζημίωση 733.675€ (εκκρεμεί)	#	#	#
14	επιπλοκές στον τοκετό	#	μαιευτήρας	ιατρικό σφάλμα	#	#	αγωγή για αποζημίωση 1.267.790€ (εκκρεμεί)	#	#	#
15	μετάγγιση μολυσμένου αίματος από ιο HIV	#	ιατρός-μικροβιολόγος	μη έλεγχος μεταγγιζόμενου αίματος	θάνατος	#	αγωγή για αποζημίωση 986.450€ (εκκρεμεί)	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΑΓΩΓΕΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
16	αποκοπή νεύρων	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	νευρολόγος-χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	μόνιμη αναπηρία, σωματική βλάβη, ψυχ.-σωμ. Ταλαιπωρία	#	αγωγή για αποζημίωση 1.209.096€ (εκκρεμεί)	#	#	#
17	επιπλοκές κατα την αναισθησία	#	αναισθησιολόγος	αμέλεια	αναπηρία	#	αγωγή για αποζημίωση 1.866.470€ (εκκρεμεί)	#	#	#
18	επιπλοκές στην επέμβαση για βουβωνοκήλη	στρατιωτικό νοσοκομείο	στρατιωτικός ιατρός	ιατρικό σφάλμα, αμελής συμπεριφορά	ανεπανόρθωτη βλάβη, αναπηρία 74.5%	#	αποζημίωση 21.990€ από το Ελληνικό Δημόσιο	#	16 έτη	2004
19	πνευμονική εμβολή	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατρός/τραυματιοφορέας ΕΚΑΒ	αδιαφορία, αμελής συμπεριφορά	θάνατος	#	ανθρωποκτονία από αμέλεια	#	4 έτη	2005
20	σοβαρό περιστατικό	νοσοκομείο ασφαλιστικού ταμείου	χειρουργός	ιατρικές παραλήψεις/ λάθη	φυτό, αναπηρία 100%	#	αποζημίωση 1.017.000€	#	8 έτη	2006
21	κατάποση φαρμάκου	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παιδίατρος	υπερβολική δόση αντιδότη, αμελής συμπεριφορά	θάνατος	#	12μηνη φυλάκιση	#	6 έτη	2006
22	μετάγγιση μολυσμένου αίματος από ιο HIV	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατρός- μικροβιολόγος	μη έλεγχος μεταγγιζόμενου αίματος	φορείς του HIV (2 άτομα)	#	ποινική δίωξη για σκοπούμενη σωματική βλάβη κατά συρροή, από κοινού	#	2 έτη	2000
23	επιπλοκές σε πλαστική επέμβαση	κέντρο αισθητικής	πλαστικός χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	δεν προκάλεσε αναπηρία	#	αποζημίωση 45.000€	#	5 έτη	2006

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΑΓΩΓΕΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
24	επιπλοκές σε ορθοπεδική επέμβαση	ιδιωτικό ιατρείο	ορθοπεδικός	αμελής συμπεριφορά, παράνομες παραλήψεις	αναπηρία, σπαστική τετραπληγία	#	ποινή φυλάκισης 18μηνών	#	3 έτη	2005
25	επιπλοκές σε επέμβαση για παχυσαρκία	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	παράνομες παραλήψεις, αμελής συμπεριφορά	θάνατος	#	#	#	#	#
26	λάθος επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	αμελής συμπεριφορά, παράνομες παραλήψεις	σωματική βλάβη	#	#	#	#	#
27	επέμβαση στην σπονδυλική στήλη	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	αναπηρία	#	#	#	#	#
28	λανθασμένη διάγνωση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παθολόγος	αμελής συμπεριφορά, παράνομες παραλήψεις, λανθασμένη αγωγή	θάνατος	#	#	#	#	#
29	περιτονίτιδα	ιδιώτης ιατρός	παθολόγος	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
30	επιπλοκές στον τοκετό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γυναικολόγος-μαιευτήρας	παράνομες παραλήψεις, αμελής συμπεριφορά	θάνατος	#	#	#	#	#
31	επιπλοκές στην επέμβαση για βουβωνοκήλη μετεγχειρητικά	#	ουρολόγος-χειρουργός	ιατρικό σφάλμα, λανθασμένη αγωγή, παράνομες παραλήψεις	αναπηρία, σωματική βλάβη, ψυχολ. Προβλ	#	αποζημίωση 44.314€ από τον ιατρό	#	12 έτη	2004

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΑΓΩΓΕΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
32	επιπλοκές στην εγκυμοσύνη	ιδιωτική γυναικολογική ή κλινική	γυναικολόγος-μαιευτήρας	αμέλεια, παράνομες παραλήψεις	θάνατος	#	καταδίκη ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια σε 2ετή φυλάκιση	#	8 έτη	2004
33	ορθοπεδικό περιστατικό	#	ορθοπεδικός	αμέλεια-εσφαλμένη διάγνωση/εγχείρηση	επιδείνωση υγείας	#	καταδίκη σε 4μηνη φυλάκιση	#	#	2004
34	επιπλοκές κατά τον τοκετό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γυναικολόγος-μαιευτήρας	λανθασμένη μέθοδος	σπαστική τετραπληγία	#	#	#	6 έτη	2003
35	μετάγγιση μολυσμένου αίματος από ιο HIV	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατρός-μικροβιολόγος	μη έλεγχος μεταγγιζόμενου αίματος	θάνατος	#	#	#	#	2006
36	γάγγραινα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ειδικός ορθοπεδικός	μη έγκαιρη διάγνωση	ακρωτηριασμός άκρου	#	#	#	#	#
37	#	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	#	εσφαλμένη διάγνωση	μόνιμη αναπηρία	#	αγωγή για αποζημίωση 150.000.000 € (εκκρεμεί)	#	#	#
38	επιπλοκές σε γυναικολογική επέμβαση	ιδιώτης ιατρός	γυναικολόγος-χειρουργός	λανθασμένη διάγνωση	σωματική βλάβη	#	#	#	#	#
39	χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση όγκου	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	λανθασμένη επέμβαση, παράνομες παραλήψεις	σωματική βλάβη	#	#	#	#	#
40	επιπλοκές στην	νοσηλευτικό ίδρυμα	γυναικολόγος-μαιευτήρας	λανθασμένη διάγνωση	σωματική βλάβη, ψυχολ.	#	#	#	#	#



**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΑΓΩΓΕΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
	εγκυμοσύνη	(ΝΠΔΔ)			Ταλαιπ.					
41	περιστατικό σκληροειδίτιδας	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ), ιδιώτης ιατρός	παθολόγος	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	ανθρωποκτονία από αμέλεια	#	#	2006
42	θεραπεία δοντιών	ιδιώτης ιατρός	οδοντίατρος	αμέλεια, παράνομες παραλήψεις	σωματική βλάβη	#	καταδίκη ιατρού	#	#	2006
43	μηνιγγίτιδα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παιδίατρος	ιατρικό σφάλμα	θάνατος	#	#	#	#	#
44	επιπλοκές στον τοκετό		γυναικολόγος-μαιευτήρας	ιατρικό σφάλμα, παράνομες παραλήψεις	αναπηρία	#	καταδίκη ιατρού	#	#	#
45	ιατρικό περιστατικό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ), ιδιωτικό νοσοκομείο	#	λανθασμένη διάγνωση	πρόθυρα θανάτου	#	#	#	#	#
46	#	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	#	#	#	#	δίκη ιατρών για ανθρωποκτονία από αμέλεια	#	#	#
47	#	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	#	#	θάνατος	#	δίκη καθηγητή ΩΡΛ και επιμελητή	#	#	#
48	οίδημα στο μάτι	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ), ιδιωτικό	οφθαλμίατρος, ενδοκρινολόγος	λανθασμένη διάγνωση	ψυχολογική ταλαιπωρία	#	#	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΑΓΩΓΕΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
		νοσοκομείο								
49	επιπλοκές σε γυναικολογική επέμβαση	ιδιώτης ιατρός	γυναικολόγος-χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	υπογεννητική	#	#	#	#	#
50	#	νοσοκομείο ασφαλιστικού ταμείου	#	ιατρικό σφάλμα, παράνομες παραλήψεις	ηθική βλάβη, αναπηρία άνω του 80%	#	#	#	#	#
51	επιπλοκές σε ουρολογική επέμβαση	νοσοκομείο ασφαλιστικού ταμείου	αναισθησιολόγος-χειρουργός	παραλήψεις, λανθασμένοι χειρισμοί, έλλειψη ψυχραιμίας/συντονισμού, πλημμελής άσκηση καθηκόντων	φυτό, αναπηρία άνω του 80%	#	αποζημίωση 1.291.269€ από ασφαλιστικό ταμείο, καταδίκη αναισθησιολόγου από τα ποινικά δικαστήρια	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
1	φαρμακευτική δηλητηρίαση από λήψη ασπιρίνης	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ειδικευόμενος ιατρός-παθολόγος	πλημμελής αντιμετώπιση, έλλειψη δέουσας φαρμακευτικής αγωγής-εξετ. λόγω εσφαλμένης διάγνωσης	θάνατος	#	μερική αθώωση ιατρού. Αποζημίωση 380.000€ από το νοσοκομείο, αποζημίωση 30.000€ από τον ιατρό	#	6 έτη	2007
2	χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	στρατιωτικό νοσοκομείο	#	παραλήψεις ιατρών κατά τη διάρκεια στρατιωτικής θητείας, πλημμελή αντιμετώπιση	αναπηρία, βλάβη στην υγεία	μεταμόσχευση νεφρού	αποζημίωση 300.340€ συνολικά από το Ελληνικό Δημόσιο	#	2 έτη	1978,επα νάληψη υπόθεσης το 2006
3	άσκοπη επέμβαση οφθαλμών	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός οφθαλμίατρος	λανθασμένη διαγνωστική εξέταση στα μάτια	εκτεταμένο οίδημα στα μάτια για 15 ημ.	#	αποζημίωση 30.380€ από το νοσοκομείο	#	5 έτη	2006
4	επιπλοκές κατά τη διάρκεια αναισθησίας σε επέμβαση αμυγδαλεκτομής	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	αναισθησιολόγος	μη έγκαιρη εκπλήρωση καθήκοντος-υπερεκτίμηση κατάστασης ασθενούς	θάνατος	#	αποζημίωση 200.000€	παραπομπή αναισθησιολόγου στο Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο (Κ.Π.Σ)	2 έτη	2006
5	επιπλοκές κατά τη διάρκεια καθετηριασμού για στεφανιογράφημα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιολόγος	παραβίαση ιατρικής υποχρέωσης και κανόνων ιατρικής επιστήμης	θάνατος	#	αθώωση ιατρού-παραπομπή στα Πολιτικά Δικαστήρια, αποζημίωση 120.000€ από το νοσοκ.	#	2 έτη	2006
6	επιπλοκές κατά την αρθροπλαστική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός	εσφαλμένη διάγνωση μετεγχειρητικά-η έγκαιρη υποβολή σε νέα εγχείρηση	αναπηρία	επιπλέον επεμβάσεις-φαρμακευτική αγωγή	αποζημίωση 65.000€ από νοσοκ.	#	3 έτη	2005

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
7	επιπλοκές σε επέμβαση αρθροπλαστική	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός	πλημμελής αντιμετώπιση της σοβαρής κατάστασης	τετραπληγία	περαιτέρω ιατρικές εξετ., χειρ. επεμβ., είσοδος στη ΜΕΘ, κέντρα αποκατάστασης	αποζημίωση 517.725,18€ από το νοσ.	διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	4 έτη	2004
8	δημιουργία πνευμονικού οιδήματος κατά τη διάρκεια στρατιωτικής θητείας	#	στρατιωτικός ιατρός (ανειδίκευτος)	λανθασμένη ιατρική διάγνωση και λανθασμένη θεραπεία-δυσμενή ιατρική παρέμβαση	θάνατος	#	αθώς ο ιατρός, αποζημίωση 340.000€ από το Ελληνικό Δημόσιο	Στρατοδικείο	3 έτη	2007
9	μόλυνση από τον ιο HIV	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατροί-μικροβιολόγοι	παράλειψη ελέγχου του μεταγγιζόμενου αίματος	θάνατος	#	αποζημίωση 264.123,02€ από το νοσοκ.	#	4 έτη	2003
10	επιπλοκές μετά από επέμβαση βρογχοκήλης	νοσοκομείο ασφαλιστικό ύ ταμείου (ΝΠΔΔ)	ΩΡΛ ιατροί-χειρουργοί	πλημμελής αντιμετώπιση της δύσκολης χειρ.επέμβασης-αμελή συμπεριφορά ιατρών	αφωνία-παραλύση φωνητικών χορδών	#	αποζημίωση 117.390€ από το νοσοκ.	#	3 έτη	2003
11	επιπλοκές κατά την γαστροσκοπική εξέταση-ρήξη οισοφάγου	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γαστρεντερολόγος	εσφαλμένος χειρισμός του γαστροσκοπίου από τον ιατρό-αμελής συμπεριφορά ιατρών	επανορθώσιμη σωματική παραμόρφωση και βλάβη-σωματική - ψυχική - ταλαιπωρία	ιατρικές εξετάσεις-χειρουργ.επέμβαση	αποζημίωση 20.000€ από το νοσοκ.	#	2 έτη	2005
12	επιπλοκές κατά την επέμβαση υστερεκτομής	νοσοκομείο-μαιευτήριο (ΝΠΔΔ)	χειρουργός-γυναικολόγος	παράνομες παραλείψεις που δε συνάδουν με τη σοβαρότητα της κατάστασης	σημαντική σωματική βλάβη στο έντερο και στην κοιλιακή χώρα	χειρουργική επέμβαση	αποζημίωση 29.403€ από το νοσοκ.	#	3 έτη	2003
13	πτώση από την	νοσηλευτικό	γαστρεντερολόγος	παράβαση ιατρικών	κάκωση	εξετάσεις εγκεφάλου,	αποζημίωση	#	2 έτη	2005

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
	εξεταστική τράπεζα κατά την εξέταση κολονοσκόπησης	ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	όγος, νοσηλεύτρια	κανόνων, πλημμελής άσκηση καθηκόντων, παράνομη συμπεριφορά και παραλείψεις	κεφαλής-αιμάτωμα, σωματική βλάβη	χειρ.επέμβαση στο κρανίο	15.000€ από το νοσοκ.			
14	φορέας HIV με δύσπνοια	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ειδικευόμενος ιατρός-παθολόγος	πλημμελής αντιμετώπιση του σοβαρού περιστατικού	θάνατος	#	αποζημίωση 146.735,15€	#	4 έτη	2005
15	επιπλοκές σε επέμβαση καταρράκτη	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος	τυχαία πρόκληση ατυχήματος	χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση των ξένων σωματιδίων	χειρουργική επέμβαση-εξέταση για πλήρη επανακόλληση του αμφιβλδους	απόρριψη αγωγής	#	1 έτος	2007
16	μη αντιληπτός καρκίνος	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος	παράνομη παράλειψη στη διάγνωση για εμφάνιση κακοήθους όγκου	θάνατος	#	αποζημίωση από το νοσοκ.	#	9 έτη	2003
17	επιπλοκές κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	παραλήψεις προσωπικού	θάνατος	#	αποζημίωση από το νοσοκ.	#	2 έτη	2005
18	σοβαρή κατάσταση στην υγεία ασθενούς	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	παραλήψεις του ιατρού, μη ορθή και έγκαιρη εκτίμηση	σωματική και ψυχική ταλαιπωρία σε ασθενή ετών 71	#	αποζημίωση από το νοσοκ.	#	2 έτη	2005
19	μόλυνση από τον ιο HIV κατά τη μετάγγιση αίματος	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατροί-μικροβιολόγοι	παράνομη παράλειψη στο να εντοπιστεί το μολυσμένο αίμα	θάνατος	#	αποζημίωση από το νοσοκ.	#	2 έτη	2000
<b>ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΩΓΩΝ 2006</b>										
20	παράλυση αριστερού χεριού	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός	αμέλεια	αναπηρία 50%	#	#	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
21	επιπλοκές στη χειρ.επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός-χειρουργός	ιατρικό σφάλμα κατά τη διάρκεια επέμβασης	δυσκαμψία, αγκύλωση, κοντύτερο πόδι	#	#	#	#	#
22	οστεομελίτιδα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	μη έγκαιρη διάγνωση	ακρωτηριαμός άκρου	#	#	#	#	#
23	επιπλοκές κατά τη διάρκεια ανοικτής καρδιάς	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιοχειρουργός	παραλήψεις, ιατρικό σφάλμα	θάνατος	#	#	#	#	#
24	επιπλοκές μετά τη χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	αμέλεια	αιμορραγία μετεγχειρητικά	#	#	#	#	#
25	επιπλοκές από χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός οφθαλμίατρος	λανθασμένη διάγνωση μετεγχειρητικά	θάνατος	#	#	#	#	#
26	λανθασμένη χορήγηση φαρμάκου	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός	αμελής συμπεριφορά για έλεγχο ευαισθησίας στο χορηγούμενο φάρμακο	ακρωτηριαμός κάτω άκρων από παρενέργεια φαρμάκου	#	#	#	#	#
27	επιπλοκές στην εγχείρηση θυροειδούς	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	πάρηση φωνητικών χορδών	#	#	#	#	#
28	επιπλοκές από εγχείρηση αφαίρεσης όγκου	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	αμελής συμπεριφορά, παράνομες παραλήψεις	μερική αναπηρία	#	#	#	#	#
29	σηψαιμία	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	μη έγκαιρη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
30	επιπλοκές κατά τη χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	θάνατος	#	#	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
31	επιπλοκές σε ουρολογική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ουρολόγος-χειρουργός	λάθη-επιπλοκές σε χειρουργική επέμβαση	παρά φύση έδρα	#	#	#	#	#
32	επιπλοκές από εγχείρηση στον αυχένα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	αναπηρία	#	#	#	#	#
33	σηψαιμία, ειλεός	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
34	καρδιακή ανακοπή	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
35	έμφραγμα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιολόγος	λανθασμένη διάγνωση-αδιαφορία	θάνατος	#	#	#	#	#
36	επιπλοκές μετεγχειρητικά σε εγχείρηση καταρράκτη	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος	αμελής συμπεριφορά	επιδείνωση όρασης	#	#	#	#	#
37	βιοψία	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	παραλήψεις-παράνομη συμπεριφορά	σοβαρός τραυματισμός στο ήπαρ	#	#	#	#	#
38	θρόμβωση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	ιατρικό σφάλμα	αναπηρία 37%	#	#	#	#	#
39	οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	στρατιωτικό νοσοκομείο	παθολόγος, στρατιωτικός ιατρός	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
40	τοποθέτηση στέντ σε μη καρδιοπαθή	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιολόγος	λανθασμένη διάγνωση	σωματική βλάβη	#	#	#	#	#
41	επιπλοκές μετεγχειρητικά από ρινοπλαστική	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ΩΡΛ	αμελής συμπεριφορά	απώλεια όρασης	#	#	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
	επέμβαση									
42	επιπλοκές σε ορθοπεδική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός	λανθασμένη θεραπεία	παράλυση χεριού	#	#	#	#	#
43	διεγνώσθη κολίτιδα ενώ έπασχε από σκωληκοειδίτιδα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	λανθασμένη διάγνωση	σωματική βλάβη-αργοπορία	#	#	#	#	#
44	επιπλοκές σε χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	πολλές λανθασμένες ενέργειες	μόνιμη αναπηρία 67%	#	#	#	#	#
45	επιπλοκές σε ουρολογική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ουρολόγος-χειρουργός	πολλές λανθασμένες ενέργειες	αναπηρία	#	#	#	#	#
46	επιπλοκές στην εντατική μονάδα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	μη έγκαιρη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
47	επιπλοκές σε ορθοπεδική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	ιατρικά σφάλματα σε εγχείρηση	αναπηρία 67%	#	#	#	#	#
48	καρδιολογικά προβλήματα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιολόγος	μη έγκαιρη διάγνωση	εμφράγματα (2)	#	#	#	#	#
49	υποτροπή κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης	στρατιωτικό νοσοκομείο	στρατιωτικός ιατρός	λανθασμένοι ιατρικοί χειρισμοί	κοπή άκρου	#	#	#	#	#
50	επιπλοκές σε γυναικολογική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γυναικολόγος-χειρουργός	ιατρικά σφάλματα σε εγχείρηση	σοβαρή βλάβη, κίνδυνος σε ενδεχόμενο τοκετό	#	#	#	#	#
51	βελόνα στο σώμα	νοσηλευτικό ίδρυμα	χειρουργός	αμελής συμπεριφορά-παράνομες	σοβαρή σωματική	#	#	#	#	#



**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
		(ΝΠΔΔ)		παραλήψεις	βλάβη					
52	επιπλοκές μετεγχειρητικά σε οφθαλμολογική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος χειρουργός	λανθασμένη χορήγηση φαρμάκου	θάνατος	#	#	#	#	#
ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΩΓΩΝ 2007 (μέχρι και 14-06-2007)										
53	επιπλοκές μετεγχειρητικά σε οφθαλμολογική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος χειρουργός	αμελής συμπεριφορά- παράνομες παραλήψεις	ολική τύφλωση ενός εκ των δύο οφθαλμών	#	#	#	#	#
54	επιπλοκές μετεγχειρητικά σε χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	αναισθησιολόγος	μη έγκαιρη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
55	επιπλοκές μετεγχειρητικά σε ορθοπεδική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός-χειρουργός	λανθασμένη αγωγή, αμέλεια	τετραπληγία	#	#	#	#	#
56	επιπλοκές σε χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ουρολόγος-χειρουργός	σφάλμα-παραλήψη	θάνατος	#	#	#	#	#
57	επιπλοκές σε γυναικολογική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γυναικολόγος-χειρουργός	σφάλμα-παραλήψη	αποκόλληση-επανακόλληση τμήματος εντέρου	#	#	#	#	#
58	επιπλοκές μετά από καισαρική τομή	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γυναικολόγος-χειρουργός	αμελής συμπεριφορά- παράνομες πράξεις	αφαίρεση μήτρας	#	#	#	#	#
59	επιπλοκές μετά από χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	παράνομοι ιατρικοί χειρισμοί	αναπηρία	#	#	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
60	κρούσμα μηνιγγίτιδας	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παθολόγος	μη έγκαιρη διάγνωση	σοβαρός κίνδυνος θανάτου	#	#	#	#	#
61	αιμοληψία	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατροί-μικροβιολόγοι	λανθασμένοι ιατρικοί χειρισμοί	παράλυση νεύρου ενός άκρου	#	#	#	#	#
62	οφθαλμολογικό περιστατικό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος	μη έγκαιρη διάγνωση	μερική απώλεια όρασης	#	#	#	#	#
63	καρδιολογικό περιστατικό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιολόγος	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
64	καρδιολογικό περιστατικό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	λανθασμένη διάγνωση	θάνατος	#	#	#	#	#
<b>ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ 2003, 2004</b>										
65	επιπλοκές κατά τη νάρκωση και τη διαδικασία ανάνηψης	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	αναισθησιολόγος	λανθασμένοι ιατρικοί χειρισμοί	ολικά ανάπηρη	#	αποζημίωση 1.173.000€	#	#	#
66	επιπλοκές σε πλαστική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	πλαστικός χειρουργός	λανθασμένοι χειρισμοί, αμελής συμπεριφορά	πλήρως τετραπληγική, μόνιμη τραχειοστομία	#	αποζημίωση 680.146€	#	#	#
67	επιπλοκές κατά τη διάρκεια άμβλωσης	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γυναικολόγος-χειρουργός	λανθασμένοι χειρισμοί, πλημμελής αντιμετώπιση	συνέχιση εγκυμοσύνης αν και είχε υποβληθεί σε άμβλωση	#	αποζημίωση 15.088€	#	#	#

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΗΓΟΡΟ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΕΚΘΕΣΗ-ΠΟΡΙΣΜΑ (από το Σ τ Π)	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ (για το Σ τ Π)
1	επιπλοκές κατά τη χειρουργική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	χειρουργός	παράνομες παραλήψεις ιατρού	θάνατος	#	Πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ., καταδίκη ιατρού σε ανθρωποκτονία από αμέλεια από το ποινικό δικαστήριο	αθώος ο ιατρός από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών ΕΣΥ (ΚΠΣ)	1 έτος	2001
2	λανθασμένη διάγνωση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ειδικευόμενοι ιατροί χειρουργοί-ακτινολόγος	παραλήψη για περαιτέρω έλεγχο/νοσηλεία	σωματική βλάβη μη επανρθώσιμη	χειρ.επεμβ.	#	αθώοι οι ιατροί από Δ.Σ. νοσ., αργοπόρησε η διενέργεια ΕΔΕ	1 έτος	2004
3	μετάγγιση μολυσμένου αίματος από ηπατίτιδα Β	γυναικολογικό νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ιατροί-μικροβιολόγοι	παράνομη παράληψη να εξεταστεί το μεταγγιζόμενο αίμα	βαριά σωματική βλάβη	πολλαπλές εισαγωγές σε νοσ. με οξεία ηπατίτιδα Β	αποχρώσεις ενδείξεις για τέλεση εγκλήματος κατά της σωματικής ακεραιότητας	προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση	1 έτος	1999
4	επιπλοκές στο ουρολογικό σύστημα κατά τη διάρκεια υστερεκτομής	γυναικολογικό νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ουρολόγος	πλημμελώς εκτελεσθείσα ιατρική πράξη	βαριά σωματική βλάβη-απώλεια υγιούς νεφρού	αλληπάλληλες χειρ.επεμβ.	πρόταση στο νοσ. για ΕΔΕ και στο Δημόσιο να προβεί στις νόμιμες ενέργειες για αποκατάσταση της ζημίας και για ηθική δικαίωση. Η υπόθεση ανατέθηκε στο ΣΕΥΥΠ	διενέργεια ΕΔΕ αλλά χωρίς ουσιώδεις απαντήσεις. Μη απόδοση ευθυνών στους εμπλεκόμενους.	1 έτος	2006
5	επιγαστρικό άλγος και αίσθημα δυσφορίας	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παθολόγος	πλημμελής άσκηση καθηκόντων από ιατρικό προσωπικό	θάνατος	#	παραπομπή στο ΣΕΥΥΠ	#	1 έτος	2006

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΗΓΟΡΟ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ**

A/A	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΕΚΘΕΣΗ-ΠΟΡΙΣΜΑ (από το Σ τ Π)	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ (για το Σ τ Π)
6	πτώση νεογνού	γυναικολογικό νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	μαιευτήρας	πλημμελής φροντίδα κατά την εξέλιξη τοκετού	σωματική βλάβη-κάταγμα κρανίου	χειρουργική αποκατάσταση του κατάγματος κρανίου	παραπομπή στο ΣΕΥΥΠ	διενέργεια ΕΔΕ	από το 2005	εκκρεμεί
7	διεξαγωγή πλαστικών χειρουργικών επεμβάσεων	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	πλαστικός χειρουργός	λάθη-παραλήψεις	σωματική βλάβη	#	παραπομπή στο ΣΕΥΥΠ	#	από το 2004	εκκρεμεί
8	χειροτέρευση κλινικής εικόνας στο γόνατο	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός	πλημμελής περίθαλψη	κάκωση στο γόνατο	χειρουργικές επεμβ.	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	#	από το 2005	εκκρεμεί
9	επείγον περιστατικό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παθολόγος	παραλήψεις προσωπικού	θάνατος	#	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	ενδεχόμενη πειθαρχική ευθύνη	από το 2006	εκκρεμεί
10	επιπλοκές μετενχειρητικά	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	γαστρεντερολόγος	πλημμελής αντιμετώπιση	θάνατος	#	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	#	1 έτος	2002
11	#	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	#	πλημμελής αντιμετώπιση, λανθασμένη διάγνωση	#	#	αποδοχή καταγγελίας	#	1 έτος	2002
12	πλημμελής αντιμετώπιση περιστατικού	ιδιώτης ιατρός που συνεργάζεται με το ασφαλιστικό ταμείο ΤΑΞΥ	#	αμέλεια, λανθασμένη διάγνωση, καθυστέρηση στην παραπομπή ασθενούς	βλάβη στην υγεία	#	ενέργειες για προστασία των ασφαλισμένων του ΤΑΞΥ	προτείνεται παραπομπή στο ΙΣΑ	1 έτος	2005

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΗΓΟΡΟ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΕΚΘΕΣΗ-ΠΟΡΙΣΜΑ (από το Σ τ Π)	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ (για το Σ τ Π)
				για εργαστηριακό έλεγχο						
13	#	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	#	ιατρικό σφάλμα	θάνατος	#	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	#	από το 2006	εκκρεμεί
14	επείγουσα κατάσταση καρκινοπαθούς	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	#	πλημμελής νοσηλεία/περίθαλψη, καθυστέρηση στην έναρξη αγωγής	θάνατος	#	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.		από το 2006	εκκρεμεί
15	οδοντιατρική επέμβαση	ιδιώτης ιατρός που συνεργάζεται με το ασφαλιστικό ταμείο ΤΑΞΥ	οδοντίατρος	μη επιτυχή επέμβαση	σωματική βλάβη	#	παραπομπή στον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής	#	καμία καθυστέρηση	2003
16	επιπλοκές κατά τον τοκετό	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)-μαιευτήριο	γυναικολόγος-μαιευτήρας	πλημμελής αντιμετώπιση	βαριά σωματική βλάβη	#	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	προτείνεται η επιβολή πειθ.ευθ.	1 έτος	2001
17	τετράωρη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	#	παραβίαση καθήκοντος	θάνατος	#	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	πειθαρχική δίωξη	1 έτος	2003
18	περιστατικό κατά τη διάρκεια στρατιωτικής θητείας	στρατιωτικό νοσοκομείο	στρατιωτικός ιατρός	πλημμελής αντιμετώπιση	τραυματισμός	#	#	#	καμία καθυστέρηση	2002
19	κακή	νοσηλευτικό	παθολόγος-	μη σωστή	θάνατος	#	πρόταση για	#	2 έτη	2004

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΗΓΟΡΟ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ**

Α/Α	ΘΕΜΑ	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΦΟΡΕΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΖΗΜΙΑΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΕΚΘΕΣΗ-ΠΟΡΙΣΜΑ (από το Σ τ Π)	ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ (για το Σ τ Π)
	νοσηλεία	ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	καρδιολόγος	αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού			διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.			
20	οφθαλμολογική επέμβαση	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	οφθαλμίατρος	ανευθυνότητα-αμέλεια ιατρού, βλάβη μηχανήματος, άλλες δυσλειτουργίες	απώλεια οπτικής οξύτητας	επέμβαση με laser-αρνητικά αποτελέσματα	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	αθώοι οι ιατροί για τη μετεγχειρητική διαδικασία	1 έτος	2001
21	#	κέντρο υγείας	#	παραβίαση καθήκοντος, λανθασμένη διάγνωση	#	#	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ./παρέμβαση αρμοδίων οργάνων ποινικού ελέγχου	ποινικές ποινές ύστερα από ΕΔΕ στους ιατρούς	2 έτη	2002
22	περιστατικό από το ατύχημα	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	ορθοπεδικός	αδιαφορία κατά τη νοσηλεία	σοβαρή σωματική βλάβη	χειρ.επεμβ.	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ. και παραπομπή στα αρμόδια πολιτικά/ποινικά δικαστήρια	προτείνεται να αποδοθούν οι ευθύνες	2 έτη	2001
23	μη έγκαιρος εντοπισμός μηνιγγίτιδας	νοσηλευτικό ίδρυμα (ΝΠΔΔ)	παιδίατρος	μη σωστή αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού/λανθασμένη διάγνωση	επιδείνωση κατάστασης	θεραπεία για αποφυγή κίνδυνο για τη ζωή	πρόταση για διενέργεια ΕΔΕ από νοσ.	δεν διαπιστώθηκε ευθύνη ιατρών σε σχέση με την αντιμετώπιση του ασθενή	καμία καθυστέρηση	2001