



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ιατρική Ευθύνη στη Σύγχρονη Ιατρική Πράξη

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ραυτόπουλος Χαρίλαος του Αλεξάνδρου

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Η. Κουτσούκου, Δικηγόρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, επιβλέπουσα
Μ. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Μ. Φεφές, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2013

Copyright © Χαρίλαος Ραυτόπουλος, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

*Στην Ελευθερία και στην Αλεξάνδρα
που με υπομονή φρόντιζαν για τις συνθήκες
ολοκλήρωσης της εργασίας μου, κατά
το καλοκαίρι του 2013, στα Χανιά της Κρήτης.*

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- ΑΕΔ: Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο
ΑΕΙ: Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
ΑΚ: Αστικός Κώδικας
ΑΠ: Άρειος Πάγος
ΒΔ: Βασιλικό Διάταγμα
ΔΕΚ: Δικαστήριο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
ΔΕφ: Διοικητικό Εφετείο
ΔΠρ: Διοικητικό Πρωτοδικείο
ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕισΝΑΚ: Εισαγωγικός Νόμος του Αστικού Κώδικα
ΕισΠλ: Εισαγγελέας Πλημμελειοδικών
ΕΣΔΑ: Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Εφ: Εφετείο
ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ν: Νόμος
ΝΠΔΔ: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΠΔ: Προεδρικό διάταγμα
ΠΚ: Ποινικός Κώδικας
ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΕΕ: Συνθήκη Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΣΕΚ: Συνθήκη Ευρωπαϊκής Κοινότητας
ΣΛΕΕ: Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ενώσεως
(Συνθήκη Λισσαβώνας της 13^{ης} Δεκεμβρίου 2007)
ΣτΕ: Συμβούλιο της Επικρατείας
ΥΑ: Υπουργική Απόφαση

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κάθε εργαζόμενος που έχει συνειδητοποιήσει τις ανάγκες του χώρου όπου εργάζεται συχνά αναζητεί επιστημονικά αντικείμενα στο χώρο δράσης του που επαυξάνουν τις αρχικές Πανεπιστημιακές του γνώσεις. Στο πλαίσιο αυτό αναζήτησα σαν απασχολούμενος στο χώρο της ιατρικής ενημέρωσης, κάποιες επιπρόσθετες γνώσεις που αφορούν στο κλάδο της υγείας στη χώρα μας. Συμμετέχοντας στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», κατέληξα στη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο: «Ιατρική Ευθύνη στη Σύγχρονη Ιατρική Πράξη».

Θα αποτελούσε παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω την κα Η. Κουτσούκου, για τις παραδόσεις της και τις άκρως διαφωτιστικές επισημάνσεις της, τόσο κατά τη διάρκεια των μαθημάτων στη σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, όσο και κατά την προετοιμασία και ολοκλήρωση της διπλωματικής αυτής εργασίας.

Η εισαγωγή στην έννοια του «Ιατρικού Σφάλματος» δεν θα είχε γίνει ουσιαστική χωρίς την προετοιμαστική παρακολούθηση των εισηγήσεων του κου Μ. Φεφέ, όσο και της μελέτης του τόσο χρηστικού έργου του, για κάποιον τουλάχιστον με μη νομικές γνώσεις, όπως εγώ, «Εισαγωγή στο Δίκαιο, 2004».

Τέλος, να ευχαριστήσω τον κ. Μ. Σπυριδάκη, για την ακούραστη υποστήριξη του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, της σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, όσο και της τιμητικής για εμένα αποδοχής του, να αποτελέσει μέλος της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής.

Χάρης (Χαρίλαος) Ραυτόπουλος του Αλεξάνδρου
Φαρμακοποιός

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ..... | 5 |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 7 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 11 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | |
| Περί υγείας..... | 13 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | |
| Η υγεία σαν Ατομικό και Κοινωνικό δικαίωμα..... | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | |
| Διεθνές Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας..... | 19 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | |
| Δημόσια Υπηρεσία προστασίας της Υγείας..... | 23 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | |
| Γενικές αρχές του ΕΣΥ..... | 26 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | |
| Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005)..... | 29 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 | |
| Αστική Ευθύνη..... | 33 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 | |
| Πράξη και Παράλειψη, η έννοια της Υπαιτιότητας..... | 36 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 | |
| Αμέλεια..... | 40 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 | |
| Περιπτώσεις Εξωτερικά αμελών ιατρικών ενεργειών..... | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 | |
| Περιπτώσεις Εξωτερικά αμελών παραλείψεων..... | 42 |
| Εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής αγωγής..... | 42 |
| Λανθασμένος χειρισμός ιατρικών εργαλείων..... | 43 |

| | |
|---|----|
| Εσφαλμένη αντιμετώπιση του περιστατικού..... | 44 |
| Ανεπαρκής παρακολούθηση του ασθενούς και παραμέληση εποπτείας νοσηλευόμενων ασθενών | 45 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 | |
| Σφάλμα Ανάληψης | 48 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 | |
| Ανθρωποκτονία από αμέλεια | 49 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 | |
| Πρόστηση και Συνέργεια..... | 52 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15 | |
| Αποζημίωση | 55 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16 | |
| Προϋποθέσεις της συναίνεσης και η συγκατάθεση..... | 71 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17 | |
| Ένδικη προστασία των Δικαιωμάτων..... | 74 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 76 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 84 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 87 |
| ABSTRACT | 89 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ευθύνης απασχολεί κάθε σύγχρονο πολίτη σε ότι αφορά την εξυπηρέτηση των προσωπικών, οικογενειακών, κοινωνικών και επαγγελματικών του υποχρεώσεων. Η ευθύνη αυτή γίνεται βαρύτερη όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών σε άλλο άτομο και ιδιαίτερα όταν οι υπηρεσίες αυτές είναι ιατρικές. Κάθε ιατρική πράξη χαρακτηρίζεται σαν πράξη ευθύνης από την πλευρά του ιατρού, δεδομένου ότι τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τους όρους διαβίωσης και επιβίωσης τόσο του ασθενούς όσο και των συγγενών του.

Από τη δημοσιογραφία και μόνον εντοπίζονται κάθε έτος δεκάδες περιστατικά, όπου περιγράφεται η απόδοση ευθύνης σε ιατρούς λόγω εσφαλμένων ιατρικών τους πράξεων. Από τα γεγονότα αυτά και μόνο, συμβουλευόμενος στη συνέχεια τη σχετική βιβλιογραφία και αποφάσεις δικαστηρίων, μελέτησα το θέμα «Ιατρική Ευθύνη στη Σύγχρονη Ιατρική Πράξη», ώστε να προσπαθήσω να διερευνήσω «ποιοτικά», τη διαχείριση του θέματος τόσο από πλευράς ιατρικής όσο και από πλευράς νομικής.

Με τον όρο «ποιοτικής» διερεύνησης, εννοώ το είδος των ιατρικών λαθών που εύλογα μπορούν να αποδοθούν στο ιατρικό, νοσηλευτικό και υποστηρικτικό προσωπικό, είτε στον ιδιωτικό είτε στη Δημόσιο χώρο, όπως επίσης και της καταγραφής και παρακολούθησης του τρόπου που τα ελληνικά δικαστήρια τεκμηριώνουν τις αποφάσεις του στο παραπάνω περιγραφόμενο αντικείμενο. Με τον όρο της τεκμηρίωσης των δικαστικών αποφάσεων, κατά κανέναν τρόπο δεν εννοώ, ότι θα μπορούσα σαν μη νομικός να εκφράσω σχετική άποψη. Επιθυμία μου μόνο ήταν να καταγράψω, αν και σε τι βαθμό ακολουθείται κάποιο κοινό σκεπτικό, ανά τη χώρα, και ανά βαθμό απόδοσης δικαιοσύνης, σε θέματα ορισμού της ποινικής και της αστικής ευθύνης ιατρικής πράξης, του τρόπος καθορισμού της αποζημίωσης, και το ποιες αποτελούν περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας και ποια η δικαστική διαχείρισή τους.

Ένα επίσης κεφάλαιο που μας απασχόλησε, ήταν αυτό που προκύπτει από τη συνεργατική σχέση ιατρού και ασθενούς, και είναι οι προϋποθέσεις της συναίνεσης και η συγκατάθεση, που σε περίπτωση αμέλειας τήρησής τους από την πλευρά του ιατρού, αποτελούν πλέον βάση θεμελίωσης ιατρικού σφάλματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Περί υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει σαν υγεία από το 1946, την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (προοίμιο του καταστατικού χάρτη της ΠΟΥ, 22.07.1946, Γενεύη, κυρώθηκε με το ΝΔ 436/1947). Ειδικότερα η Δημόσια Υγεία ορίζεται σαν ο επιστημονικός κλάδος της πρόληψης των νοσημάτων, της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της προαγωγής υγείας μέσω της οργανωμένης κοινωνικής προσπάθειας.

Οι αρχαίοι Έλληνες ασχολούνται έντονα με το θέμα της ποινικής εκτίμησης κάθε ιατρικής πράξης και με τα σχετιζόμενα νομικοηθικά θέματα. Ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί το πρώτο κείμενο βιοηθικής που πραγματεύεται το ιατρικό απόρρητο και την απαγόρευση των εκτρώσεων. Ο Ιπποκράτης είναι άλλωστε, ο πατέρας της ιατρικής δεοντολογίας.¹

Ανέπτυξε την επιστημονική θεραπευτική και διαμόρφωσε μεθοδολογία και δεοντολογία που αποτελούν το θεμέλιο της ιατρικής, απαλλάσσοντας αυτήν από τη δεισιδαιμονία και τη δαιμονολογία. Ο Ιπποκράτης αρνείται την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενή, καθώς ο ιατρός έχει την υποχρέωση να λειτουργεί πάντοτε προς όφελος του. Στον Ιπποκράτη άλλωστε οφείλεται και η δημιουργία του ιατρικού πατερναλισμού (ιατρικό προνόμιο)².

Σήμερα αναπτύσσεται ένα πρότυπο συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς, όπου αναπτύσσεται μία σχέση εμπιστοσύνης και αλληλοβοήθειας. Ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται σαν αντικείμενο ιατρικής λογικής, αλλά σαν συνεργάτης που χρήζει βοήθειας. Για το λόγο αυτό, η σύμπραξη του ασθενή κρίνεται αναγκαία, προκειμένου ο ιατρός να επέμβει είτε πραγματοποιώντας μία ιατρική πράξη είτε μία ερευνητική ενέργεια³.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005) σαν ιατρική πράξη ορίζεται εκείνη η πράξη που σκοπό της έχει τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου (άρθρο 1,

¹ Κουτσελίνης Α., 1999: σελ. 29).

² (Κουτσελίνης Α., 1999: σελ. 46).

³ (Κουτσελίνης Α., 1999: σελ. 44).

παρ. 1) καθώς επίσης εκείνες που έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης (άρθρο 1, παρ. 2), όπως επιπλέον και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσης παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενούς (άρθρο 1, παρ. 3).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η υγεία σαν Ατομικό και Κοινωνικό δικαίωμα

Η υγεία έως τις αρχές του 20^{ου} αιώνα θεωρείτο αποκλειστικά ατομικό αγαθό. Στη συνέχεια επικράτησε η άποψη ότι η υγεία είναι εθνικός πλούτος και συλλογικό αγαθό. Η υγεία συντίθεται από την ατομική της και την κοινωνική της διάσταση, διαστάσεις που βρίσκονται σε αλληλοεξάρτηση. Τα ευρωπαϊκά κράτη λαμβάνουν σήμερα όλα τα αναγκαία μέτρα για την προστασία της υγείας των πολιτών τους μέσα στις οικονομικές τους δυνατότητες. Από το γεγονός αυτό προκύπτει η διαφορά ως προς το βαθμό προστασίας της υγείας μεταξύ των ανεπτυγμένων και των υπό ανάπτυξη κρατών. Στα ανεπτυγμένα κράτη η υγεία κατέχει θεραπευτικό χαρακτήρα, όπου υψηλό ποσοστό επί του ΑΕΠ δαπανάται στα συστήματα υγείας, με σκοπό τόσο τα νοσοκομεία όσο και οι λοιπές μονάδες υγείας να χρησιμοποιούν τελευταίας τεχνολογίας εξοπλισμό και να φροντίζουν για τη συνεχή κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού τους προσωπικού. Στις υπό ανάπτυξη χώρες η φροντίδα υγείας στηρίζεται κυρίως στις τοπικές παραδόσεις που παρέχονται κατά κανόνα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Το δικαίωμα προστασίας της υγείας είναι ένα κλασικό ατομικό δικαίωμα που περιγράφει την υποχρέωση του Κράτους και κάθε άλλου δημοσίου ή ιδιωτικού υποκειμένου να απέχει από οποιαδήποτε συμπεριφορά ικανή να προσβάλει τη σωματική ή ψυχική ευεξία των ανθρώπων ή να περιορίσει την ελευθερία τους να αποφασίζουν για θέματα που αφορούν στην προσωπική τους υγεία⁴.

Το ατομικό αυτό δικαίωμα θεμελιώνεται στο άρθρο 5, παρ. 2 και 5 του Συντάγματος, το οποίο προστατεύει την υγεία και τη γενετική ταυτότητα από βιοϊατρικές επεμβάσεις, όπως επίσης και στο άρθρο 7, παρ. 2 που απαγορεύει τις σωματικές κακώσεις ή βλάβες της υγείας ή την άσκηση ψυχολογικής βίας. Τα παραπάνω αφορούν προσβολές που προέρχονται από κρατικά όργανα, ενώ οι περιπτώσεις που δεν προέρχονται από αυτά, το δικαίωμα στην προστασία της υγείας θεμελιώνεται στις διατάξεις του άρθρου 25, παρ. 1 και του άρθρου 2, παρ. 1 του Συντάγματος.

⁴ (Ανθόπουλος Χ., 1993: σ. 748).

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα το οποίο περιγράφεται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες και να προβαίνει σε ενέργειες που προάγουν ή αποκαθιστούν την υγεία των πολιτών. Το δικαίωμα αυτό θεμελιώνεται στο άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος, που προβλέπει ότι το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας, και για τη περίθαλψη των απόρων. Το άρθρο αυτό συνδυάζεται με το άρθρο 5, παρ. 2 που κατοχυρώνει το δικαίωμα στη ζωή. Το Συμβούλιο της Επικρατείας έχει δεχθεί ότι από το άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος συνάγεται ευθεία υποχρέωση του Κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσης (ΣτΕ Ολ 400/1986, ΤοΣ 1986, 425). Η διατύπωση όμως είναι τέτοια που το κοινωνικό δικαίωμα στην προστασία της υγείας αντιστοιχεί λεκτικά και μόνο σε υποκειμενική αξίωση⁵

Από το Σύνταγμα ο νομοθέτης έχει την υποχρέωση να προβεί σε ρυθμίσεις ώστε να μεριμνήσει για την προστασία της υγείας των πολιτών και να λάβει ειδικά μέτρα για κατηγορίες πληθυσμού όπως είναι οι ανάπηροι, οι πολύτεκνοι και οι υπερήλικες. Συνολικά κρίνουμε ότι η παρεχόμενη συνταγματική προστασία είναι ανεπαρκής.

Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα, δεν κατοχυρώνεται συνταγματικά ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλειας, σαν σύστημα που περιγράφει την ενιαία, ομοιόμορφη, ισότιμη και καθολική κοινωνική προστασία. Η κοινωνική ασφάλεια τύπου Beveridge, αποτελεί σύστημα κοινωνικής προστασίας περισσότερο εξελιγμένο σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση. Η προστασία του πληθυσμού από τον κίνδυνο ανεπάρκειας των οικονομικών του μέσων, με παροχές, που εξαρτώνται από την ανάγκη και όχι από τις εισφορές, αποτελεί δείγμα εθνικής κοινωνικής αλληλεγγύης. Ταυτόχρονα, οφείλουμε να σημειώσουμε ότι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, εισάγουν ρυθμίσεις που καθιστούν σχεδόν καθολική την κάλυψη του πληθυσμού ακολουθώντας όλο και συχνότερα τις αρχές της εθνικής αλληλεγγύης. Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης περιγράφεται στο άρθρο 22, παρ. 5 του Συντάγματος σαν σύστημα κοινωνικής προστασίας με βάση την επαγγελματική απασχόληση.

Στο άρθρο 21 του Συντάγματος, καθιερώνεται η κοινωνική πρόνοια, σαν σύστημα κοινωνικής προστασίας από τον κίνδυνο της φτώχειας ειδικών κατηγοριών πληθυσμού.

⁵ (Δαγτόγλου Πρ., 1991: σ. 210).

Μεταξύ της κατάστασης της υγείας και των δυνατοτήτων του συστήματος, πρέπει να υπάρχει ισορροπία. Σύμφωνα με το άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος, το δικαίωμα στην προστασία της υγείας κατοχυρώνεται ρητά μόνο για τους έλληνες πολίτες. Οι αλλοδαποί προστατεύονται με βάση διεθνείς συμβάσεις είτε με βάση γενικές διατάξεις για την ανθρώπινη αξία και αξιοπρέπεια, την αρχή της ισότητας, την άρση των διακρίσεων, την ανάπτυξη της προσωπικότητας και του κοινωνικού κράτους δικαίου. Αυτό ερμηνεύεται ότι οποιοσδήποτε βρίσκεται στη χώρα μας, δεν επιτρέπεται να στερείται των υγειονομικών παροχών που θα του εξασφαλίσουν τη δυνατότητα να ζήσει με αξιοπρέπεια που αρμόζει σε κάθε ανθρώπινη ύπαρξη. Οι παροχές αυτές αφορούν τόσο στην πρωτοβάθμια (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) μέχρι και στην τριτοβάθμια περίθαλψη (περίθαλψη σε ειδικά νοσοκομεία).

Το σύνολο του πληθυσμού δικαιούται εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (άρθρο 1, παρ. 5, εδ. α' του Ν 3235/2004 που αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και άρθρο 16 του Ν 2071/1992 για τον Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος Υγείας). Αντίθετα, η νοσηλεία των ανασφάλιστων αλλοδαπών περιορίζεται στους ανηλίκους και στα έκτακτα περιστατικά. Σύμφωνα με το άρθρο 84, παρ. 1 του Ν 3386/2005 Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια, ορίζεται ότι: Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις κοινής ωφελείας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης υποχρεούνται να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε υπηκόους τρίτης χώρας, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, θεώρηση εισόδου και άδεια διαμονής και γενικά δεν αποδεικνύουν ότι έχουν εισέλθει και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για υπηκόους τρίτων χωρών που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία και για ανήλικα παιδιά. Σύμφωνα με την παρ. 4 του ίδιου άρθρου: Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν τις διατάξεις των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα για παράβαση καθήκοντος. Επίσης στο άρθρο 11, εδ. ε' του Ν 2955/2001, χάριν προστασίας της δημόσιας υγείας από τη διάδοση λοιμωδών νοσημάτων, προβλέπεται η δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους αλλοδαπούς οικονομικούς μετανάστες που έχουν μολυνθεί από λοιμώδη νοσήματα και

εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και δεν μπορεί να τους χορηγηθεί στη χώρα από την οποία προέρχονται. Ο όρος έκτακτο περιστατικό, περιλαμβάνει και τα περιστατικά κατά τα οποία κινδυνεύει σοβαρά η υγεία του αλλοδαπού, χωρίς όμως κατ' ανάγκην να απειλείται η ζωή του.

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας σαν ατομικό δικαίωμα έχει σαν περιεχόμενο την υποχρέωση του κράτους και κάθε άλλου δημοσίου ή ιδιωτικού υποκειμένου να απέχει από οποιαδήποτε συμπεριφορά ικανή να προσβάλλει τη σωματική ή ψυχική ευεξία των ανθρώπων ή να περιορίσει την ελευθερία τους να αποφασίζουν οι ίδιοι για θέματα που αφορούν στην προσωπική τους υγεία. Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας σαν κοινωνικό δικαίωμα έχει περιεχόμενο την υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες υγείας στο άτομο και να προβαίνει σε θετικές ενέργειες, ώστε να εξασφαλίζεται προληπτικά ή θεραπευτικά η ανώτερη δυνατή σωματική, ψυχική και διανοητική ευεξία του.

Συνολικά το δίκαιο της υγείας περιλαμβάνει κανόνες ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου. Οι κανόνες του δημοσίου δικαίου διέπουν τη διοίκηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας και την τήρηση της υγειονομικής τάξης και ασφάλειας, μέσω του ελέγχου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας και μέσω της διαφύλαξης της δημόσιας υγείας. Οι κανόνες αυτοί συγκροτούν το δημόσιο δίκαιο της υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση βρίσκεται σε συνεχή διάλογο με το δίκαιο της υγείας σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων, ως προς τις παροχές σε είδος των κλάδων αυτών και ως προς την οργάνωση και τη λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών των ασφαλιστικών οργανισμών. Επίσης η κοινωνική πρόνοια, στηρίζεται στην εθνική αλληλεγγύη που εκτείνεται στην κοινότητα των υπηκόων ή μόνιμων κατοίκων ενός κράτους, με υποχρεωτικές αναλήψεις πόρων (εισφορές ή άμεσοι φόροι) προς όφελος όσων δικαιούνται προνομιακής προστασίας. Η προστασία της υγείας απευθύνεται τόσο στους υγιείς (προληπτικά) όσο και στους ασθενείς (θεραπευτικά), οπότε αποκτά καθολικό χαρακτήρα. Επίσης συνδέεται άμεσα με την ιατρική πράξη, οπότε αποκτά επιστημονικό και τεχνικό χαρακτήρα. Αυτά και μόνον τα στοιχεία διαφοροποιούν την προστασία της υγείας από την κοινωνική ασφάλιση και την κοινωνική πρόνοια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Διεθνές Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας

Οι πηγές του διεθνούς δημοσίου δικαίου της υγείας περιλαμβάνουν τις διεθνείς συμβάσεις και τους γενικής παραδοχής κανόνες του διεθνούς δικαίου⁶.

Οι διεθνείς συμβάσεις ενσωματώνονται στην ελληνική έννομη τάξη αφού κυρωθούν με νόμο και τεθούν σε ισχύ, και έχουν τυπική ισχύ ανώτερη του νόμου, σύμφωνα με το άρθρο 28, παρ. 1 του Συντάγματος. Σαν γενική διαπίστωση, ορίζουμε ότι σε διεθνές επίπεδο η αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων προηγήθηκε αυτής των ατομικών δικαιωμάτων. Συνήθως οι διεθνείς συνθήκες μετά την ένταξή τους στο εσωτερικό δίκαιο δεν έχουν άμεση εφαρμογή, καθόσον συνήθως απαιτούν ενέργειες της νομοθετικής εξουσίας για να εφαρμοσθούν από τα εθνικά δικαστήρια. Πολλές φορές οι διατάξεις των συνθηκών αναφέρουν ότι τα κράτη-μέλη θα θεσπίσουν στο μέλλον τους αναγκαίους νόμους για την εφαρμογή τους. Επίσης συχνά, δηλωτικό της μη άμεσης εφαρμογής αυτών των διατάξεων είναι οι περιπτώσεις που τα συμβαλλόμενα μέλη δηλώνουν ότι θα σεβασθούν τα δικαιώματα τα οποία κατοχυρώνουν οι συνθήκες ή απλά ότι θα αναλάβουν πρωτοβουλίες για την εξασφάλιση των δικαιωμάτων αυτών. Αντίθετα, το ευρωπαϊκό δίκαιο εφαρμόζεται άμεσα στα κράτη μέλη⁷.

Στο διεθνές δίκαιο, το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, ως αυτοτελές δικαίωμα του ανθρώπου με περιεχόμενο την καλύτερη δυνατή σωματική, διανοητική και ψυχική ευεξία, είναι ανεξάρτητο από το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και στην κοινωνική πρόνοια. Στο προοίμιο του ΠΟΥ ορίζεται ότι η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη ατομικά ανθρώπινα δικαιώματα, χωρίς διακρίσεις βασισμένες στο φύλο, στη θρησκεία, στις πολιτικές πεποιθήσεις, στην κοινωνική ή στην οικονομική θέση. Η διακήρυξη αυτή δεν θεωρείται νομικά δεσμευτική.

Το άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη προβλέπει ότι: Για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος στην προστασία της υγείας τα συμβαλλόμενα μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν είτε

⁶ (Αμίτσης Γ., 2001: σ. 506)

⁷ (Πρεβεδούρου Ε., στο Σκουρής Β. (επιμ.), 2003: σ. 215)

απευθείας είτε με τη συνεργασία δημοσίων και ιδιωτικών οργανώσεων κατάλληλα μέτρα που θα αποσκοπούν στο:

1. Να εξαφανίζουν κατά το δυνατόν τα αίτια της μη ικανοποιητικής υγείας
2. Να προβλέπουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες διαφώτισης σε ότι αφορά στη βελτίωση της υγείας και στην ανάπτυξη της συναισθηματικής ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας
3. Να προλαμβάνουν κατά το δυνατό τις επιδημικές, ενδημικές και άλλες ασθένειες. Το άρθρο αυτό δεν μπορεί να εφαρμοσθεί αυτοδύναμα. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα εθνικά δικαστήρια είναι κατά μείζονα λόγο διστακτικά στη θεμελίωση του δικαιώματος προστασίας της υγείας με βάση και μόνο τις διεθνείς συνθήκες.

Σχετικά με τη νομική κατοχύρωση του δικαιώματος στην προστασία της υγείας στο ευρωπαϊκό δίκαιο, η Συνθήκη της Ρώμης καθιέρωσε μία πρωτίστως οικονομική κοινότητα, της οποίας η υλοποίηση απαιτεί την άρση των νομικών εμποδίων των εθνικών νομοθεσιών, για την εξασφάλιση της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων, των εμπορευμάτων, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων⁸.

Η Συνθήκη εξουσιοδοτεί τα όργανα της ΕΕ να θεσπίζουν νομικά δεσμευτικές πράξεις για θέματα που άπτονται της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης.

Το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΔΕΚ) ερμηνεύοντας τις διατάξεις του ευρωπαϊκού δικαίου επεκτείνει το δικαίωμα των ευρωπαίων πολιτών σε υπηρεσίες ή παροχές ασθένειας σε είδος σε άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεχόμενο την εφαρμογή του πρωτογενούς δικαίου και ειδικότερα των διατάξεων για την ελεύθερη διακίνηση. Το ΔΕΚ θεωρεί ότι οι Ευρωπαίοι πολίτες δικαιούνται παροχές υγείας διακινούμενοι ελεύθερα σε μία ενιαία αγορά για την υγεία. Το Συμβούλιο Υπουργών Υγείας διακηρύσσει ότι η πολιτική για την υγεία ανήκει στην αρμοδιότητα των κρατών μελών, με βάση την αρχή της επικουρικότητας (Άρθρο 2, εδ. 2 της Συνθήκης Ευρωπαϊκής Ένωσης-ΣΕΕ και άρθρο 5, εδ. 2 της Συνθήκης Ευρωπαϊκής Κοινότητας-ΣΕΚ). Σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας, στους τομείς όπου η Κοινότητα δεν έχει αποκλειστική αρμοδιότητα, η Κοινότητα δρα μόνον εάν και στο βαθμό που οι στόχοι της προβλεπόμενης δράσης είναι αδύνατον να επιτευχθούν επαρκώς από τα κράτη μέλη και δύνανται συνεπώς λόγω των διαστάσεων ή της

⁸ (Σκανδάμης Ν., 2003: σ. 47).

αποτελεσματικότητας της προβλεπόμενης δράσης να επιτευχθούν καλύτερα σε ευρωπαϊκό επίπεδο⁹.

Με τη συνθήκη του Μάαστριχτ, προβλέπεται ότι η Κοινότητα οφείλει να συμβάλλει στην επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της, στην αποτροπή των πηγών του κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία, σύμφωνα με το άρθρο 152 (169 Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης-ΣΛΕΕ) που παρέχει στην Κοινότητα αρμοδιότητα στα θέματα της δημόσιας υγείας. Συνολικά κατά το άρθρο 152 της ΣΕΚ, η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και η ρύθμιση των σχετικών θεμάτων ανήκει στην αρμοδιότητα των κρατών μελών. Η Κοινότητα έχει συντρέχουσα με τα κράτη μέλη αρμοδιότητα για τη θέσπιση μέτρων υψηλών προδιαγραφών για την ασφάλεια και την ποιότητα των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του και του κτηνιατρικού και φυτοϋγειονομικού τομέα.

Η δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στους υπόλοιπους τομείς της δημόσιας υγείας μπορεί να έχει τη μορφή υποστηρικτικών μέτρων, μέτρων μη δεσμευτικού χαρακτήρα. Τα περιθώρια δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι προφανές ότι είναι πολύ περιορισμένα.

Επίσης το δικαίωμα στην προστασία της υγείας κατοχυρώνεται στο άρθρο 35 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης που υιοθετήθηκε στη Νίκαια το Δεκέμβριο 2000. Στο Χάρτη βασική είναι η διάκριση μεταξύ αρχών και δικαιωμάτων (εδ. 2, παρ. 1, άρθρο 51). Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλεια και στην κοινωνική πρόνοια στο άρθρο 34 του Χάρτη και ότι το κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας, και να απολαμβάνει ιατρικών φροντίδων σύμφωνα με το άρθρο 35 του Χάρτη. Τα δικαιώματα έχουν αγωγίμο χαρακτήρα και γίνονται σεβαστά από τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα κράτη μέλη όταν εφαρμόζουν την κοινοτική νομοθεσία. Οι αρχές του Χάρτη δεν έχουν αγωγίμο χαρακτήρα και απλά τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα κράτη μέλη πρέπει να μεριμνούν για την προαγωγή τους. Η πλειονότητα των κοινωνικών δικαιωμάτων καθιερώνονται από το Χάρτη σαν αρχές.

Το άρθρο 35 του Χάρτη ορίζει ότι: κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαμβάνει ιατρικών φροντίδων, σύμφωνα με τις

⁹ (Σκανδάμης Ν., 2003: σ. 105).

προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Το άρθρο αυτό δεν θέτει περιορισμούς κατοικίας, νόμιμης διακίνησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση ή σε καταστάσεις ανάγκης. Η δεύτερη παράγραφος του άρθρου επαναλαμβάνει την παράγραφο 1 του άρθρου 152 της ΣΕΚ (169 ΣΛΕΕ).

Στο ευρωπαϊκό δίκαιο οι διατάξεις για την προστασία της υγείας υπολείπονται σε πυκνότητα των διατάξεων για το περιβάλλον και τον καταναλωτή. Αφορούν αρμοδιότητες για τη λήψη υποστηρικτικών μέτρων και σε λίγες περιπτώσεις προβλέπεται συντρέχουσα αρμοδιότητα για την έκδοση νομικά δεσμευτικών πράξεων. Το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας, δεν θεωρείται αγώγιμο, εφόσον δεν είναι επαρκώς εξειδικευμένο στο νόμο. Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας εξειδικεύεται στο άρθρο 35 του Χάρτη, στο άρθρο 152 της ΣΕΚ (169 ΣΛΕΕ) και στον Κοινοτικό Χάρτη των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Δημόσια Υπηρεσία προστασίας της Υγείας

Δημόσια υπηρεσία με τη λειτουργική έννοια καλείται η δραστηριότητα των δημοσίων νομικών προσώπων ή και των ιδιωτικών που λειτουργούν κατά παραχώρηση, η οποία έχει σαν αντικείμενο την αρχή αγαθών ή υπηρεσιών προς του πολίτες για την ικανοποίηση βασικών αναγκών τους οι οποίες καθορίζονται κάθε φορά από την έννομη τάξη¹⁰.

Η λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας εξαρτάται από την κατάσταση της οικονομίας, των θεσμών και από τις κρατούσες αντιλήψεις. Υπηρεσίες που σήμερα θεωρούνται δημόσιες, κάποια άλλη στιγμή μπορεί να μη θεωρούνται, διότι η κρατική παρέμβαση μπορεί να μην κρίνεται πλέον απαραίτητη. Η παροχή υπηρεσιών υγείας συνιστά εκδήλωση κοινωνικής αλληλεγγύης, ικανοποιεί το δημόσιο συμφέρον και αποτελεί δημόσια υπηρεσία κατά το λειτουργικό κριτήριο. Το δημόσιο δίκαιο στις υπηρεσίες υγείας, δεσπόζει ακόμη και όταν συνυπάρχει ο ιδιωτικός με το δημόσιο τομέα, δεδομένου ότι ο έλεγχος για την ποιότητα των υπηρεσιών, η χρηματοδότηση, οι αδειοδοτήσεις, οι συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς διέπονται από κανόνες δημοσίου δικαίου.

Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck ρυθμίζουν τις παροχές που πρέπει να χορηγούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στα πρόσωπα που υπάγονται σε αυτούς, εφόσον συμπληρώσουν τις απαιτούμενες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις και κινδυνεύουν από μείωση των εσόδων τους ή από αύξηση των δαπανών τους¹¹.

Η γενίκευση της ασφάλισης ασθενείας είναι η πλέον καινοτόμος ρύθμιση για την επίτευξη της πρόσβασης σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίας υγείας των πλέον ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Από το 2000 όσοι διαμένουν νόμιμα και μόνιμα στη Γαλλία, και εφόσον το εισόδημά τους είναι κατώτερο του εκάστοτε προβλεπόμενου ορίου, και δεν υπάγονται στην κύρια ασφάλιση άλλου ασφαλιστικού οργανισμού, ασφαλιζονται υποχρεωτικά για την ασθένεια στο Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Ασθενείας. Αυτοί οι

¹⁰ (Σπηλιωτόπουλος Επ., 2001: σ. 28).

¹¹ (Κρεμαλής Κ., 1984: σ. 15).

ασφαλισμένοι θεμελιώνουν αυτόματα δικαιώματα σε παροχές σε είδος χωρίς να καταβάλουν εισφορές¹².

Τα χαρακτηριστικά του προτύπου Beveridge απέχουν πολύ από το προηγούμενο πρότυπο. Το σύστημα είναι καθολικό και καλύπτει όλους τους πολίτες. Οι παροχές είναι ομοιόμορφες για όλους τους κινδύνους, ανεξάρτητα από το εισόδημα του δικαιούχου και καλύπτουν ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης χρηματοδοτούμενες μέσω της φορολογίας. Συνολικά η προστασία είναι καθολική, ομοιόμορφη, κατάλληλη και ενιαία. Να σημειώσουμε ότι η αρχή των ομοιόμορφων εισφορών εγκαταλείφτηκε το 1961, με την εισαγωγή κλίμακος στο ύψος των εισφορών¹³.

Με την πάροδο του χρόνου τα παραπάνω συστήματα κοινωνικής προστασίας προσέγγισαν το ένα το άλλο και δημιουργήθηκαν μεικτά συστήματα¹⁴.

Σε ποιά όμως περίπτωση το Κράτος απαλλάσσεται από την υποχρέωση παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και αγαθών υγείας, επικαλούμενο περιορισμένα οικονομικά μέσα και αντικειμενικές αδυναμίες; Η υποχρέωση του κράτους μέλους σχετικά με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας ανάγεται στις οικονομικές δυνατότητες του κράτους μέλους ή το υψηλότερο επίπεδο μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση; Η νομολογία του Δικαστηρίου Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΔΕΚ) για την παροχή υπηρεσιών υγείας διακρίνεται στην εξωνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας και στη νοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ευρωπαίος πολίτης δικαιούται τη λήψη εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος χωρίς να απαιτείται προηγούμενη έγκριση του ασφαλιστικού οργανισμού για την απόδοση της σχετικής δαπάνης. Αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το εάν το εθνικό σύστημα προβλέπει δωρεάν παροχή υπηρεσιών ή εάν προβλέπει απόδοση των δαπανών στις οποίες έχει προβεί ο ασφαλισμένος. Αντίθετα όσον αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη το κράτος μέλος μπορεί να προβλέψει σύστημα εγκρίσεων για την απόδοση των δαπανών για νοσηλεία σε άλλο κράτος μέλος και δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που το σύστημα δεν παρέχει έγκαιρα εξίσου αποτελεσματική θεραπεία. Λόγοι αμιγώς οικονομικής φύσης δεν δικαιολογούν εμπόδια στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών υγείας (ΔΕΚ C-372/2004, Watts).

¹² (Volovitch P., 1999: σ. 157-158).

¹³ (Klein R., 1983: σ. 33).

¹⁴ (Κυριόπουλος Γ. και Νιάκας Δ., 1991: σ. 21)

Πιο συγκεκριμένα με βάση το πρωτογενές ευρωπαϊκό δίκαιο (56 και 57 ΣΛΕΕ) για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών δεν απαιτείται η προηγούμενη έγκριση του ασφαλιστικού οργανισμού για τη μετάβαση του ασφαλισμένου σε άλλο κράτος μέλος και τη συνέχεια για την απόδοση των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που έλαβε. Ο ασφαλιστικός οργανισμός καλύπτει τις δαπάνες, στις οποίες περιλαμβάνονται οι δαπάνες μετακίνησης και διαμονής, σύμφωνα με το κόστος που ισχύει στο κράτος μέλος της υπαγωγής στην ασφάλιση (ΔΕΚ C-368/1998, Vanbraekel, ΔΕΚ C-158/1996, Kohl, ΔΕΚ C-120/1995, Decker). Πιο συγκεκριμένα το ΔΕΚ έθεσε ότι σύμφωνα με τα άρθρα 56 και 57 ΣΛΕΕ, για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, η όποια εθνική ρύθμιση που εξαρτά την απόδοση των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες που προηγήθηκαν σε άλλο κράτος μέλος από προηγούμενη έγκριση οικείου Οργανισμού Κοινωνικής Ασφάλισης αντίκειται κατ' αρχήν στη Συνθήκη. Μία τέτοια ρύθμιση αποθαρρύνει τους ασφαλισμένους να απευθύνονται στους εγκατεστημένους σε άλλο κράτος μέλος παρέχοντες ιατρικής φύσης υπηρεσίες και συνιστά τόσο για τους τελευταίους όσο και για τους ασθενείς τους εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Οι σκοποί αμιγώς οικονομικής φύσης δεν επαρκούν για να δικαιολογήσουν εμπόδια στη θεμελιώδη αρχή της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα στην περίπτωση της νοσηλείας, αρχικά η νομολογία του ΔΕΚ είχε δημιουργήσει την εντύπωση ότι μπορεί να ισχύσουν τα αυτά με τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Το ΔΕΚ δέχθηκε ότι οι νοσοκομειακές υπηρεσίες εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των άρθρων 49 και 50 της ΣΕΚ περί ελεύθερης παροχής υπηρεσιών (άρθρα 56 και 57 ΣΛΕΕ) (ΔΕΚ C-157/1999, Smits και Peerbooms). Όμως ταυτόχρονα, νόμιμα τα κράτη μέλη επιβάλλουν περιορισμούς στην ελευθερία αυτή και θέτουν σαν προϋπόθεση την προηγούμενη της νοσηλείας έγκριση του ασφαλιστικού οργανισμού για την απόδοση της σχετικής δαπάνης. Αυτό δικαιολογείται από λόγους δημοσίου συμφέροντος και από την ανάγκη προστασίας της ικανότητας περίθαλψης ή παροχής του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών (άρθρο 46 ΣΕΚ, ήδη άρθρο 52 ΣΛΕΕ). Άρα αντίθετα από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το μέτρο της υψηλής ποιότητας νοσοκομειακής περίθαλψης, προσδιορίζεται από τις οικονομικές δυνατότητες και τις οργανωτικές δομές του εθνικού συστήματος υγείας, και απαιτείται η προηγούμενη έγκριση για την απόδοση των δαπανών νοσηλείας σε άλλο κράτος μέλος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Γενικές αρχές του ΕΣΥ

Εμπνέεται από τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας τύπου Beveridge, όπου η ευθύνη για τις κοινωνικές παροχές μετατίθενται από τις οργανωμένες ομάδες στο κράτος. Τα βασικά στοιχεία πέραν της κρατικής ευθύνης και χρηματοδότησης, είναι η καθολική, ισότιμη και κατάλληλη προστασία της υγείας του πληθυσμού και η οργάνωση σε δημόσια νομικά πρόσωπα που ελέγχονται από το κράτος (N1397/1983). Το άρθρο 1, ορίζει ότι: Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας. Το κράτος παρέχει τις υπηρεσίες υγείας και ενώ δεν καταργεί τον ιδιωτικό τομέα, περιορίζει την επέκτασή του και ασκεί αυστηρό έλεγχο. Ακολουθεί ο Ν 2071/1992, που ορίζει ότι: Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας των πολιτών. Το κράτος δεν παρέχει υπηρεσίες υγείας, αλλά μεριμνά για τη λειτουργία των κατάλληλων φορέων, δημοσίων και ιδιωτικών. Η κρατική ευθύνη δηλαδή εξαντλείται στην εξασφάλιση της συνεχούς λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Συμπερασματικά οι διατάξεις του 1983 και 1992 κατοχυρώνουν την προστασία της υγείας για το σύνολο των πολιτών, ανεξάρτητα από το εάν είναι εργαζόμενοι ή όχι και ανεξάρτητα από το εάν πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις. Κύρια διαφορά αποτελεί, το ότι ο Ν 2071/1992, καταργεί τους περιορισμούς που είχε επιβάλλει ο Ν 1397/1983 στα ιδιωτικά νοσοκομεία και συγκεκριμένα την απαγόρευση ίδρυσης, επέκτασης, και μεταβίβασης των ιδιωτικών νοσοκομείων.

Η καθολική προστασία κατά το Ν 1397/1983 αναφέρεται στο σύνολο των πολιτών, όπου περιλαμβάνονται οι νόμιμα διαμένοντες στη χώρα αλλοδαποί και ανήλικοι, ενώ οι παράνομα διαμένοντες καλύπτονται μόνο στις περιπτώσεις των έκτακτων ή των σοβαρών περιστατικών. Ο Άρειος Πάγος έχει ασχοληθεί με το θέμα της αστικής ευθύνης των πανεπιστημιακών ιατρών και έχει κρίνει ότι δεν υπάγονται στις διατάξεις του Κώδικα Καταστάσεως Δημοσίων Πολιτικών Υπαλλήλων και ως εκ τούτου δεν εφαρμόζεται σε αυτούς η διάταξη του Υπαλληλικού Κώδικα που αποκλείει την ατομική τους ευθύνη για τις ζημιές που τυχόν προξένησαν από πράξεις ή παραλείψεις κατά την

άσκηση των καθηκόντων τους (ΑΠ 1659/2003). Η διάταξη αυτή, εφαρμόζεται επί όλων των ιατρών ΕΣΥ. Πάντως το ΕΣΥ δεν έχει συστηματικά εισαγάγει την αξιολόγηση της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας με βάση προκαθορισμένα κριτήρια και δείκτες παροχής υπηρεσιών. Επίσης δεν περιγράφεται η αξιολόγηση της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Η αξιολόγηση είναι η προσφορότερη μέθοδος για την αποδοτική διαχείριση, διασφαλίζοντας την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και τελικά κατοχυρώνει το δικαίωμα των πολιτών στην προστασία της υγείας.

Η ανάπτυξη των δικαιωμάτων των ασθενών διακρίνονται σε περιόδους. Κατ' αρχήν τα δικαιώματά τους αφορούσαν στην πρόσβαση σε προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας. Ακολούθησε μία περίοδος, όπου τα δικαιώματά τους συνδέθηκαν με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τέλος, ακολούθησε η περίοδος που καλύφθηκαν από το δίκαιο του καταναλωτή. Στην τελευταία περίοδο η έμφαση τοποθετήθηκε στην ποιότητα, στην πληροφόρηση, στη συναίνεση και στην ασφάλεια του χρήστη υπηρεσιών υγείας¹⁵.

Η αρχή της συνέχειας αποσκοπεί στη μη διακοπή της λειτουργίας των δημοσίων υπηρεσιών λόγω της σπουδαιότητας των βασικών αναγκών στην ικανοποίηση των οποίων αποσκοπούν¹⁶.

Η πρόβλεψη και η ύπαρξη προσωπικού ασφαλείας, η απαγόρευση αποχώρησης δημοσίων υπαλλήλων από την υπηρεσία προτού γίνει αποδεκτή η παραίτησή τους, η κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων με προαγωγή υπαλλήλων κατωτέρων βαθμών, αποτελούν δράσεις που εξυπηρετούν την αρχή της συνέχειας¹⁷.

Η αρχή της προσαρμοστικότητας σχετίζεται με την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κατά τον ΠΟΥ και συνίσταται στην παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και οργάνωσης¹⁸.

¹⁵ (Leca A., 2004: σ. 69).

¹⁶ (Σπηλιωτόπουλος Επ., 2001; σ. 20).

¹⁷ (Λύτρας Σ., 2004: σ. 158).

¹⁸ (Δίλινας Α., Σεβαστάκη Ε., Νεονάκης Ι., 2006: σ. 44).

Προσαρμογή στις σύγχρονες συνθήκες πρακτικά σημαίνει ότι η δημόσια υπηρεσία λειτουργεί αποτελεσματικά δηλαδή επιτυγχάνει συγκεκριμένους στόχους. Επίσης στην έννοια της προσαρμοστικότητας ενέχεται και η αποδοτική λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας, δηλαδή να επιτυγχάνει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τους στόχους της με το μικρότερο δυνατό κόστος. Άρα, η αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας αποτελεί προϋπόθεση και ταυτόχρονα αποτέλεσμα της αρχής της προσαρμοστικότητας.

Η ποιότητα εξασφαλίζεται με τη συνεχή εκτίμηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, διαδικασιών και πρακτικών σε σχέση με τις επιστημονικές γνώσεις και με τις ασφαλείς υπηρεσίες, σύμφωνα με την αρχή της προφύλαξης. Η έκδοση οδηγιών καλής πρακτικής και ιατρικών πρωτοκόλλων, η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, η χορήγηση αδειάς για την άσκηση ιατρικής δραστηριότητας και η χορήγηση αδειάς παραγωγής και διάθεσης φαρμάκων με προδιαγραφές ασφαλείας και ιδιαίτερα αυτών ανθρώπινης προέλευσης, αποσκοπούν στη διασφάλιση της ποιότητας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην αρχή της προφύλαξης περιγράφεται επίσης η επαγρύπνηση για την αποφυγή ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, αλλά και η αστική ευθύνη των νοσοκομείων και των επαγγελματιών υγείας. Ο Ν 3370/2005, άρθρο 1, Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις, περιλαμβάνει στους στόχους της δημόσιας υγείας την πρόληψη των νοσημάτων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με το άρθρο 2, αναπτύσσονται δράσεις, όπως η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και η ανάπτυξη μέτρων για τη βελτίωσή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005)

Την 8^η Νοεμβρίου 2005 ψηφίσθηκε ο Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ Α΄ 287), ο οποίος καταργεί το ΒΔ του 1955. Το άρθρο 2 αναφέρεται στην άσκηση της ιατρικής σαν λειτουργήμα από τον ιατρό, όπου υποχρεώνεται να τηρεί τον Όρκο του Ιπποκράτη, να αποφεύγει τις διακρίσεις μεταξύ των ασθενών, να ασκεί την ιατρική σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της επιστήμης, να μη συμμετέχει σε βασανιστήρι, να σέβεται την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια και να δύναται να επικαλείται λόγους συνείδησης ώστε να μην μετέχει σε μη νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις.

Το άρθρο 3 αναφέρεται στην ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού, όπου αυτός ενεργεί με βάση την εκπαίδευσή του, την πείρα και τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης. Στην παράγραφο 4, αναφέρεται ότι οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα χαρακτηρίζεται σαν πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει την διεξαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Το άρθρο 8 αναφέρεται στο πρότυπο που πρέπει να χαρακτηρίζει τη σχέση ιατρού και ασθενή, που είναι αυτό της επίδειξης αμοιβαίας εμπιστοσύνης, του σεβασμού των ιδεολογικών αντιλήψεων του ασθενούς και της απαγόρευσης της εκμετάλλευσης της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς τον ιατρό.

Το άρθρο 10 τονίζει τη υποχρέωση της διά βίου εκπαίδευσης, και την άσκηση της ιατρικής με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες και απαιτείται από τον ιατρό η γνώση των ορίων των επαγγελματικών του ικανοτήτων και η συμβουλή άλλων συναδέλφων του.

Το άρθρο 11 αναφέρεται στο θέμα της ενημέρωσης του ασθενή. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας, πρέπει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους, τις εναλλακτικές προτάσεις και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης. Η παράγραφος 3, αναφέρεται σε ιδιαίτερες περιπτώσεις ενημέρωσης, όπως στις μεταμοσχεύσεις, στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, στην αλλαγή ή αποκατάσταση φύλου, στις αισθητικές και κοσμητικές επεμβάσεις.

Δυνατότητες απουσίας συναίνεσης από τη διενέργεια ιατρικής πράξης, προβλέπεται σε κατεπείγουσες περιπτώσεις, σε απόπειρες αυτοκτονίας και όταν οι νόμιμοι αντιπρόσωποι αρνούνται να συναινέσουν, ενώ υπάρχει απόλυτη ανάγκη άμεσης παρέμβασης για τη σωτηρία της ζωής του ασθενούς.

Λοιπά άρθρα πραγματεύονται, το ιατρικό απόρρητο, το ιατρικό αρχείο, τη σύγκρουση καθηκόντων, τη κοινωνική ασφάλιση, τα ιατρικά συμβούλια, το ρόλο του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία άλλων ιατρών, φοιτητών, αλλά και των ιδίων των ασθενών που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Άλλα άρθρα αφορούν στην επιστημονική έρευνα, στις αποφάσεις στο τέλος της ζωής, στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, στη διακοπή κύησης, στις μεταμοσχεύσεις, στην αιμοδοσία και στην προστασία της γεννητικής ταυτότητας.

Η αρχή της ασφάλειας συστήνει την αποφυγή φροντίδων που θέτουν τους χρήστες σε δυσανάλογο κίνδυνο σε σχέση με το προσδοκώμενο όφελος. Η ραγδαία εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, κάνει την ανάγκη τήρησης της αρχής της ασφάλειας περισσότερο επίκαιρη από ποτέ. Ισορροπίες πρέπει να βρεθούν μεταξύ του κινδύνου και της ασφάλειας και μεταξύ της ασφάλειας και του κόστους. Η πρόληψη και η ασφάλεια αποσκοπούν στη μείωση των κινδύνων. Η πρόληψη χρονικά προηγείται της ασφάλειας και η ασφάλεια έχει ευρύτερο πεδίο εφαρμογής από την πρόληψη, δεδομένου ότι δεν περιορίζεται στο να προλάβει την εκδήλωση των κινδύνων για την υγεία, αλλά εκτείνεται και στην αντιμετώπισή τους. Ο Ν 3418/2005 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, άρθρο 4, παρ. 2, προβλέπει ότι ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας, για την ασφάλεια των ασθενών και τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της παροχής φροντίδας υγείας. Στο άρθρο 4, παρ. 3 ορίζει ότι η συνταγογράφηση και οι ιατρικές πράξεις πρέπει να διενεργούνται μόνον όταν είναι απαραίτητες για την ασφάλεια του ασθενή και αποτελεσματικές στον τομέα της φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.

Ο Ν 3418/2005, άρθρο 10, παρ. 1 και 2 καθιερώνει το καθήκον αληθείας των ιατρών προς το χρήστη των υπηρεσιών υγείας και την υποχρέωση των ιατρών να τον ενημερώνουν πλήρως και κατανοητά για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να

μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη των αποφάσεων.

Σαν «θεραπευτικό προνόμιο» ορίζεται η δυνατότητα του ιατρού να μην ενημερώνει τον ασθενή ή να μην τον ενημερώνει πλήρως, εάν κρίνει ότι υπάρχει κίνδυνος η αποκάλυψη της αλήθειας ως προς την κατάσταση της υγείας του να τον βλάψει ψυχολογικά ή και σωματικά ή να περιορίσει τις πιθανότητες να ανταποκριθεί στη θεραπεία¹⁹.

Η διάταξη του άρθρου 15 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας η οποία αναφέρεται στη σύγκρουση καθηκόντων, με βάση τις επιστημονικές γνώσεις του ιατρού, την σύγκριση των ένομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών που διέπουν την ιατρική, δεν εξειδικεύει νομοθετικά ούτε επιτρέπει το θεραπευτικό προνόμιο. Η ευθύνη για την προσβολή του δικαιώματος στην ενημέρωση είναι αυτοτελής, ανεξάρτητη από τυχόν ιατρικό σφάλμα και στηρίζεται στην προσβολή της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου²⁰.

Σχετικά με τα ιατρικό απόρρητο, η ιδιωτική και η οικογενειακή ζωή προστατεύονται από κανόνες του συνταγματικού, του διεθνούς και του ευρωπαϊκού δικαίου. Σύμφωνα με το Σύνταγμα (άρθρο 5, παρ. 1) σαν ελευθερία του ατόμου νοείται η ικανότητά του να αναπτύσσει την προσωπικότητά του, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα, τα χρηστά ήθη και το δημόσιο συμφέρον. Επίσης, σύμφωνα με τα άρθρο 9 του Συντάγματος, παρ. 1 και 2, σε συνδυασμό με τα άρθρα 5, παρ. 1 και το άρθρο 2, παρ. 1, κατοχυρώνεται η αυτοδιάθεση των πληροφοριών σχετικά με την ιδιωτική και την οικογενειακή ζωή. Η προστασία της ιδιωτικότητας των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα την προστασία των πληροφοριών που αφορούν στην υγεία περιγράφονται στο Ν 2472/1997 και ειδικότερα στο άρθρο 47 του Ν 2071/1992 και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 8, παρ. 2 έως και 5). Περαιτέρω, το επαγγελματικό απόρρητο ρυθμίζεται και από διατάξεις του ποινικού δικαίου (άρθρο 371 του ΠΚ).

¹⁹ (Κανελλοπούλου-Μπότη Μ., 1999: σ. 151).

²⁰ (Πελένη-Παπαγεωργίου Α., 2007: σ. 2323).

Το άρθρο 13, παρ.1, του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας είναι αφιερωμένο στο ιατρικό απόρρητο και προβλέπει ότι ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του και το οποίο αφορά στον ασθενή ή στους οικείους του. Σύμφωνα με την παρ.2, ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου, και οφείλει να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιονδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη με οποιονδήποτε τρόπο παύση ή λήξη της άσκησης του λειτουργήματός του. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του απορρήτου δεν παύει να ισχύει και μετά το θάνατο του ασθενή.

Στην Ελλάδα, η προστασία των προσωπικών δεδομένων από τα αρχεία που τηρούν σε ηλεκτρονική ή μη μορφή οι επαγγελματίες υγείας ρυθμίζεται από το Ν 2472/1997. Σκοπός του νόμου είναι η προστασία του ατόμου από την αθέμιτη συλλογή και επεξεργασία προσωπικών πληροφοριών και η διασφάλισή του από τη χρήση της πληροφορικής τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με το άρθρο 2α δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα θεωρείται κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο υποκείμενο των δεδομένων, δηλαδή στο φυσικό πρόσωπο του οποίου η ταυτότητα είναι γνωστή ή μπορεί να εξακριβωθεί αμέσως ή εμμέσως. Σύμφωνα με το άρθρο 2β του ίδιου νόμου, ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα αφορούν στη φυλετική ή εθνική προέλευση, τα πολιτικά φρονήματα, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, τη συμμετοχή σε ένωση, σωματείο και συνδικαλιστική οργάνωση, την υγεία, την κοινωνική πρόνοια, την ερωτική ζωή, καθώς και τα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Αστική Ευθύνη

Στην πλειοψηφία των αποφάσεων η αξίωση από ιατρικό σφάλμα θεμελιώνεται στην αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού και όχι στην ενδοσυμβατική ευθύνη (ΠπρΘε 24582/2008 και ΕφΑθ 5512/2003). Υπάρχει απόφαση όπου το ιατρικό σφάλμα συνιστά εκτός από αδικοπραξία και παράβαση ανειλημμένης υποχρέωσης, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται για συρροή δικαιοπρακτικής και αδικοπρακτικής ευθύνης (ΕφΘε 1905/2006). Για την ύπαρξη αστικής ευθύνης, θα πρέπει να συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

Βλάβη του ασθενή. Σαν βλάβη, πέραν από τη βλάβη υγείας μπορεί να νοηθεί και η βλάβη της προσωπικής του ελευθερίας ή της ιδιωτικής του ζωής και

Ευθύνη προς αποζημίωση γεννάται όχι μόνο από την έκδοση μη νόμιμης εκτελεστής πράξης ή από τη μη νόμιμη παράλειψη έκδοσης τέτοιας πράξης, αλλά και από μη νόμιμες υλικές ενέργειες των οργάνων του Δημοσίου ή από παραλείψεις οφειλόμενων νόμιμων υλικών ενεργειών αυτών, εφόσον αυτές απορρέουν από την οργάνωση και τη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών και δεν συνάπτονται με την ιδιωτική διαχείριση του Δημοσίου, ούτε οφείλονται σε προσωπικό πταίσμα οργάνου που ενήργησε εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών του καθηκόντων. Παράνομη δε πράξη ή παράλειψη υπάρχει όχι μόνο όταν παραβιάζεται συγκεκριμένη διάταξη νόμου, αλλά και όταν παραλείπονται οι ενέργειες εκείνες που προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη υπηρεσία και απορρέουν από την κείμενη νομοθεσία, τα δεδομένα της κοινής πείρας, της επιστημονικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης ή εμπειρίας και της καλής πίστης (ΣτΕ 752/2011).

Σε περίπτωση θεμελίωσης ευθύνης προς αποζημίωση, το Δημόσιο ή τα ΝΠΔΔ υποχρεούνται να αποκαταστήσουν κάθε θετική ή αποθετική ζημία του βλαβέντος. Το δικαστήριο δύναται να επιδικάσει, επιπλέον, σε βάρος του Δημοσίου και των ΝΠΔΔ χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης (932 ΑΚ). Από τις διατάξεις του άρθρου προκύπτει ότι παρέχεται στο δικαστήριο η ευχέρεια, αφού εκτιμήσει τα πραγματικά περιστατικά που θέτουν υπόψη του οι διάδικοι και με βάση τους κανόνες της κοινής πείρας και λογικής, να επιδικάσει χρηματική ικανοποίηση και

να καθορίσει το εύλογο ποσό αυτής, αν κρίνει ότι επήλθε στον αδικηθέντα ηθική βλάβη (ΣτΕ 473/2011).

Σύμφωνα με την 31/1998 απόφαση του Ανώτατου Ειδικού Δικαστηρίου, τα πολιτικά δικαστήρια έχουν δικαιοδοσία να επιληφθούν αγωγών κατά του Δημοσίου περί ευθύνης αυτού σε αποζημίωση από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, εφόσον οι σχετικές αξιώσεις γεννήθηκαν και κατέστησαν δικαστικώς επιδιώξιμες πριν από τις 11 Ιουνίου 1985 (473/2011 ΣτΕ). Αντιθέτως, εάν οι αξιώσεις αυτές γεννήθηκαν και κατέστησαν δικαστικώς επιδιώξιμες μετά τις 11 Ιουνίου 1985, η επίλυση των σχετικών διαφορών ανήκει στη δικαιοδοσία των διοικητικών δικαστηρίων.

Παραθέτουμε επίσης, δύο περιστατικά όπου δεν τεκμηριώθηκε η ύπαρξη αστικής ευθύνης από την πλευρά των θεραπόντων ιατρών. Σύμφωνα με την απόφαση ΔΕΦΑΘ 626/2005, οι ιατροί του νοσοκομείου και σε ότι αφορά στο αριστερό πόδι του παθόντος το οποίο είχε υποστεί κάταγμα, κατέβαλαν κάθε προσπάθεια προκειμένου να το αποκαταστήσουν πλήρως. Στην προσπάθειά τους αυτή χρησιμοποίησαν το κατάλληλο υλικό οστεοσύνθεσης και προέβησαν σε αλληπάλληλες χειρουργικές επεμβάσεις που προβλέπονται από την ιατρική επιστήμη και τεχνική, προκειμένου να επιτύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή την αποκατάσταση του ποδιού και της λειτουργικότητάς του. Οποιαδήποτε όμως προσπάθεια οστεοσύνθεσης, δεν ήταν δυνατόν, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, να αποκλείσει το ενδεχόμενο αποτυχίας της και επιπλοκών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στην πρώτη εγχείρηση δεν έγινε σωστή τοποθέτηση του υλικού, αφού όπως βεβαιώνεται από την έκθεση πραγματογνωμοσύνης, και από την ακτινογραφία αμέσως μετά την εγχείρηση διαπιστώθηκε η σωστή τοποθέτησή του. Η χαλάρωση της οστεοσύνθεσης πρέπει να αποδοθεί στην κακή ποιότητα του οστού. Οι διαδοχικές εγχειρήσεις, λόγω της μη αποτελεσματικής αντιμετώπισης της αστάθειας του κατάγματος από την προηγούμενη επέμβαση, ήταν αναγκαίες και επιστημονικά επιβεβλημένες, μη οφειλόμενες σε αμέλεια των ιατρών. Η νέκρωση της κεφαλής της κοτύλης του μηριαίου οστού δεν μπορεί να βεβαιωθεί ότι οφείλεται στις ενέργειες ή σε παραλείψεις των ιατρών, αφού η νέκρωση της μηριαίας κεφαλής λόγω διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος προς αυτήν κατά τη στιγμή της κάκωσης, είναι ανεξάρτητη από τις επιστημονικές ενέργειες προς διάσωσή της. Το Εφετείο έκρινε , ότι οι ιατροί αντιμετώπισαν το συγκεκριμένο

ορθοπεδικό περιστατικό σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της πείρας τους, όπως θα ενεργούσε εν προκειμένω συνετός και επιμελής ιατρός, κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις, χωρίς να επιδείξουν αμέλεια. Με τις σκέψεις αυτές το διοικητικό εφετείο, απέρριψε την έφεση του αναιρεσειόντος.

Σύμφωνα με την απόφαση ΠΠρΑθ 66/2010, δεν αποδείχθηκε ότι η δυσπλασία της καρδιάς, από την οποία πάσχει το τέκνο των εναγόντων, οφείλεται σε παράνομη και υπαίτια πράξη ή παράλειψη των εναγομένων ιατρών. Το τέκνο πάσχει από εκ γενετής καρδιοπάθεια, συνδεδεμένη με τη γενετική καταγωγή του, η οποία ούτε προκλήθηκε ούτε επιδεινώθηκε, ούτε κατέστη αθεράπευτη ένεκα επιλήψιμης αδικοπρακτικής συμπεριφοράς των ιατρών. Δεν αποδείχθηκε αμέλεια των ιατρών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, συνιστάμενη στη μη καταβολή της επιβαλλόμενης από τη συναλλακτική πίστη επιμέλειας, την οποία όφειλαν να επιδείξουν σαν μέσοι συνετοί ιατροί, δεδομένου ότι με τους προαναφερόμενους υπερηχογραφικούς ελέγχους δεν μπορούσε να διαγνωσθεί η καρδιακή πάθηση του εμβρύου. Ακόμη, όμως, και στην περίπτωση που αυτοί παρέλειψαν να διαγνώσουν την καρδιοπάθεια του τέκνου, και πάλι η παράλειψη αυτή δεν ήταν αντικειμενικά δυνατή να αποτρέψει το ζημιογόνο αποτέλεσμα, δηλαδή την αποφυγή της γέννησης του τέκνου με την εν λόγω πάθηση. Επίσης η στοιχειοθέτηση της ζημίας ως προς το ανήλικο βρέφος, σαν ζημία λόγω στέρησης του δικαιώματος επιλογής των γονέων του ως προς την απόφαση της γέννησής του, δεν ανταποκρίνεται στην έννοια της ζημίας κατά την έννοια του άρθρου 914 ΑΚ, καθόσον η επίκληση του εν λόγω δικαιώματος γίνεται σε βάρος του δικαιώματος στη ζωή του οποίου η προστασία αποτελεί συνταγματικά υπέρτερη αξία (ΠΠρ Αθ 3394/2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Πράξη και Παράλειψη, η έννοια της Υπαιτιότητας

Πράξη είναι η ανθρώπινη, εκούσια, εξωτερική συμπεριφορά. Σαν πράξη νοείται και η παράλειψη, η αδράνεια, δηλαδή, η μη ενέργεια κάποιας κοινωνικά αναμενόμενης συμπεριφοράς. Η πράξη και η παράλειψη είναι, συνεπώς μορφές θετικής και αποθετικής συμπεριφοράς. Τα εγκλήματα που οφείλονται σε θετική συμπεριφορά, δηλαδή ενέργεια απαγορευμένη από το δίκαιο ονομάζονται εγκλήματα τέλεσης (π.χ., εξύβριση), ενώ τα εγκλήματα που οφείλονται σε αποθετική συμπεριφορά, δηλαδή αποχή από ορισμένη οφειλόμενη ενέργεια, εγκλήματα παράλειψης (π.χ., παρασιώπηση εγκλημάτων)²¹.

Η υπαιτιότητα είναι η ψυχική στάση που τηρεί ο δράστης απέναντι στην πράξη του, η οποία και τον καθιστά αίτιό της. Ο ΠΚ προβλέπει δύο μορφές υπαιτιότητας, το δόλο και την αμέλεια.

Η αμέλεια είναι η εξαιρετική και ελαφρά μορφή υπαιτιότητας. Ο ΠΚ ορίζει ότι από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής, την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν.

Τα στοιχεία της αμέλειας είναι να μην καταβλήθηκε η απαιτούμενη προσοχή (αντικειμενική υποχρέωση), και η συμπεριφορά του δράστη να είχε σαν αποτέλεσμα την πραγμάτωση ενός εγκλήματος (πρακτική συνέπεια) και η μη πρόβλεψη ή η ανεπαρκής πρόβλεψη του αποτελέσματος της πράξης (ψυχολογικό στοιχείο).

Βάσει του ψυχολογικού στοιχείου η αμέλεια διακρίνεται σε ασυνείδητη και ενσυνείδητη. Στην πρώτη περίπτωση, ο δράστης δεν έχει καμία συνείδηση για το τι μπορεί να προκαλέσει η πράξη του, ενώ στη δεύτερη περίπτωση, ο δράστης προβλέπει μεν τις πιθανές συνέπειες της πράξης του, ελπίζει, όμως ότι δεν θα συντρέξουν²².

Τα αδικήματα ανθρωποκτονίας και της σωματικής βλάβης από αμέλεια, αποτυπώνουν το λεγόμενο «ιατρικό σφάλμα» και τυποποιούνται στα άρθρα 302 και 314 ΠΚ. Διαφορά μεταξύ των δύο αδικημάτων δεν υφίσταται, ούτε σε επίπεδο δίκης,

²¹ (Φεφές Μ., 2004: σ. 58).

²² (Φεφές Μ., 2004: σ. 65-66).

καθώς γίνεται δεκτό ότι και το αδίκημα της σωματικής βλάβης από αμέλεια διώκεται χωρίς να απαιτείται υποβολή εγκλήσεως (άρθρο 315, παρ. 1, εδάφιο β ΠΚ), καθόσον ο ιατρός συγκαταλέγεται στα πρόσωπα που είναι υπόχρεα ιδιαίτερης επιμέλειας ή προσοχής λόγω του λειτουργήματός του.

Ποινική χαρακτηρίζεται η ευθύνη του ιατρού όταν με τις πράξεις ή τις παραλείψεις του παραβιάζονται μία ή περισσότερες διατάξεις του ποινικού νόμου²³.

Το υποκειμενικό στοιχείο της αμέλειας απαιτεί τη διαπίστωση της έλλειψης της οφειλόμενης προσοχής στις συγκεκριμένες περιστάσεις, υπό τις οποίες τελέσθηκε το αδίκημα, αλλά και της προσοχής που μπορούσε να δείξει ο δράστης με βάση τις ατομικές του ιδιότητες.

Ιατρική ευθύνη για εγκλήματα δόλου δεν περιγράφονται στην ελληνική βιβλιογραφία. Η ποινική ευθύνη ιατρού εξετάζεται αυτόνομα σε σχέση με τις άλλες μορφές ευθύνης του. Η αστική ευθύνη αποζημίωσης του ασθενούς, μπορεί να βαρύνει και το νοσηλευτικό ίδρυμα ή και μόνο αυτό όταν πρόκειται για δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Εξαιρέση στον κανόνα που καθιερώνει ο Υπαλληλικός Κώδικας (διάταξη άρθρου 38 ΥΚ), αποτελούν οι ιατροί μέλη ΔΕΠ, που δεν υπάγονται στη ρύθμιση αυτή (ΟΛΑΠ 3/2009).

Το στοιχείο της υπαιτιότητας συνίσταται στην επιλήψιμη ψυχική στάση ενός προσώπου απέναντι σε μία παράνομη συμπεριφορά και εκδηλώνεται υπό τη μορφή δόλου ή αμέλειας. Η αμέλεια διακρίνεται στην ασυνείδητη αμέλεια, όταν ο αδικήσας δεν προβλέπει το παράνομο αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του, ενώ όφειλε και μπορούσε, και στην ενσυνείδητη αμέλεια, όταν ο ίδιος το προβλέπει σαν ενδεχόμενο αλλά ελπίζει ότι θα το αποφύγει. Οι έννοιες είναι ταυτόσημες με τις έννοιες του ποινικού δικαίου για την κατάφαση του καταλογισμού. Το ιατρικό σφάλμα ή η ιατρική αμέλεια συνιστά στοιχείο της υπαιτιότητας. Άλλωστε μία συμπεριφορά είναι παράνομη επειδή ενέχει αμέλεια, δηλαδή επειδή αποκλίνει από εκείνη τη συμπεριφορά την οποία ένας μέσος συνετός άνθρωπος του ίδιου κύκλου με το δράστη όφειλε να επιδείξει, ανεξάρτητα από το αν αυτή συνιστά παραβίαση κανόνα δικαίου²⁴.

Ο άνθρωπος σαν υλικό αντικείμενο της προσβολής πρέπει να υπάρχει τόσο κατά το χρόνο που εκδηλώνεται η επενέργεια της μυϊκής ενέργειας όσο και κατά το χρόνο που

²³ (Κουτσελίνης Α. 1999: σ. 63).

²⁴ (Δωρής, σ. 38).

επέρχεται το αποτέλεσμα (ΠοινΔικ 2001, 580 με παρατηρήσεις Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου). Η ποινική ευθύνη ιατρών αποκλείεται, για ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από αμέλεια λόγω ελλιπούς ή πλημμελούς διενέργειας προγεννητικού ελέγχου, καθώς αυτός διενεργείται σε σημεία της κύησης, και πάντως πολύ πριν τον τοκετό.

Η αμέλεια έχει δύο όψεις, την αντικειμενική, η οποία εντάσσεται στο χώρο του αδίκου (εξωτερική αμέλεια) και την υποκειμενική, η οποία εντάσσεται στο χώρο της ενοχής (εσωτερική αμέλεια). Σαν εξωτερική αμέλεια, ορίζεται η εσφαλμένη συμπεριφορά, η άτεχνη και πλημμελής διεξαγωγή ενός εγχειρήματος. Συνίσταται στην παραβίαση κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων ή αντικειμενικών αξιώσεων επιμέλειας που τίθενται για τη συγκεκριμένη εκάστοτε συμπεριφορά. Ο δράστης πράττει διαφορετικά από ότι θα είχε πράξει υπό τις ίδιες συνθήκες ένας συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος που ανήκει στον ίδιο συναλλακτικό κύκλο και κατέχει τις ίδιες γνώσεις με το δράστη²⁵.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι δεν μπορεί να γίνει λόγος για εξωτερικά αμελή συμπεριφορά ιατρού, όταν η μέθοδος που επέλεξε, δεν είχε απλά το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά μπορεί να προκύψει με πράξη, με παράλειψη ή με συνδυασμό πράξης και παράλειψης. Κατά την ιατρική συμπεριφορά είναι εξαιρετικά δυσχερής η διάκριση μεταξύ ενέργειας ή παράλειψης στα εγκλήματα αμέλειας. Συνήθως ενέργεια υπάρχει όταν η μυϊκή κίνηση είναι εκείνη που παράγει τον κίνδυνο που οδηγεί στη βλάβη, ενώ παράλειψη όταν ο κίνδυνος προκύπτει από μυϊκή αδράνεια (ΣυμβΠλημ Σάμου 19/2001). Εναλλακτικά ορίζεται ότι όταν ο κανόνας είναι απαγορευτικός, η παραβίασή του κανόνα επιμέλειας τελείται με ενέργεια, ενώ όταν είναι επιτακτικός με παράλειψη.

Ο ιατρός δε φέρει καμία ευθύνη, αν ενήργησε σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης (*de lege artis*) και ειδικότερα όπως θα έπραττε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και έχοντας τα ίδια μέσα ένας συνετός και επιμελής ιατρός (ΠΠρΑρτ 136/2005, ΕφΙωα 375/2008 και ΠρΑθ 5361/1997).

Η άτεχνη και αντικειμενικά επικίνδυνη πράξη ή παρέλειψη του ιατρού πρέπει, να οδηγεί σε ζημιογόνο αποτέλεσμα ώστε να οδηγεί αυτοδύναμα στην πρόκληση του αποτελέσματος, στο οποίο να πραγματοποιείται ο κίνδυνος που έθεσε η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά (ΣυμβΠλημ Σάμου 19/2001). Είναι κατά τον ΑΠ η παράθεση των

²⁵ (Βαθιώτης Κ., 2007: σ. 264).

πραγματικών περιστατικών που καταδεικνύουν με σαφήνεια το είδος της αμέλειας (ΑΠ 58/2007). Αρκεί η αναφορά του δικαστηρίου ότι ο «κατηγορούμενος, ενώ είχε τη δυνατότητα, δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα της πράξης του», για να τεκμηριωθεί ασυνείδητη αμέλεια. Τέτοιες αποφάσεις, που περιλαμβάνουν τη διατύπωση αυτή, δεν κινδυνεύουν από αναίρεση λόγω έλλειψης αιτιολογίας (ΑΠ 611/2007, ΑΠ 58/2007), καθώς ο ΑΠ δέχεται ότι συνιστά σαφή προσδιορισμό του τύπου της αμέλειας ως άνευ συνειδήσεως η προαναφερθείσα, καθιερωμένη πλέον φράση. Σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις αποφάσεις αναφέρονται σε ενσυνείδητη αμέλεια (ΑΠ 1206/2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Αμέλεια

Η εσωτερική αμέλεια διακρίνεται σε ασυνείδητη, όταν ο δράστης δεν προέβλεψε καν το αξιόποιο αποτέλεσμα, και σε ενσυνείδητη, όταν ο δράστης προέβλεψε μεν το αποτέλεσμα, πίστευε όμως ή έλπιζε ότι αυτό δεν θα επέλθει²⁶.

Είναι κατά τον ΑΠ η παράθεση των πραγματικών περιστατικών που καταδεικνύουν με σαφήνεια το είδος της αμέλειας (ΑΠ 58/2007). Αρκεί η αναφορά του δικαστηρίου ότι ο «κατηγορούμενος, ενώ είχε τη δυνατότητα, δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα της πράξης του», για να τεκμηριωθεί ασυνείδητη αμέλεια. Τέτοιες αποφάσεις, που περιλαμβάνουν τη διατύπωση αυτή, δεν κινδυνεύουν από αναίρεση λόγω έλλειψης αιτιολογίας (ΑΠ 611/2007, ΑΠ 58/2007), καθώς ο ΑΠ δέχεται ότι συνιστά σαφή προσδιορισμό του τύπου της αμέλειας ως άνευ συνειδήσεως η προαναφερθείσα, καθιερωμένη πλέον φράση. Σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις αποφάσεις αναφέρονται σε ενσυνείδητη αμέλεια (ΑΠ 1206/2006).

Ειδικότερα σε αποφάσεις (ΑΠ 1438/2001, ΑΠ 1266/2004, ΣυμβΠλημΘες 400/2007) αναφέρεται ότι: Το μέτρο της απαιτούμενης προσοχής προσδιορίζεται από το μέσο ιατρό της ίδιας ειδικότητας, όταν βρίσκεται μπροστά στις ίδιες ή παρόμοιες περιστάσεις, υπό τις οποίες βρέθηκε και ενήργησε ο κρινόμενος ιατρός. Το μέτρο για τον ειδικό ιατρό είναι διαφορετικό από εκείνο για το μη ειδικό ιατρό. Στην περίπτωση που ο κατηγορούμενος είναι υψηλόβαθμος ιεραρχικά ή ιδιαίτερα έμπειρος ιατρός, ή ιδιότητα του αυτή θέτει υψηλότερα τον πήχη του μέτρου της προσοχής που όφειλε να καταβάλλει (ΑΠ 419/2000). Για τον ειδικό ιατρό χειρουργό αναφέρεται (ΣυμβΠλημΑθ 2273/2004) ότι: Ο χειρουργός οφείλει όχι μόνο να έχει ειδικές γνώσεις που γίνονται αποδεκτές στον τομέα της ειδικότητάς του, αλλά και να έχει εξειδικευθεί επαρκώς στην εφαρμογή τους. Έχει επίσης την ελευθερία να επιλέξει ανάμεσα σε πολλές εξίσου δοκιμασμένες και υποστηριζόμενες μεθόδους επέμβασης, με κριτήριο επιλογής την κατάσταση του εγχειριζόμενου, το ιστορικό του και τα αποτελέσματα των εξετάσεων του.

²⁶ (Παρασκευόπουλος Ν., 2008: σ. 248)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Περιπτώσεις Εξωτερικά αμελών ιατρικών ενεργειών²⁷

Σφάλμα κατά τη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης. Το σφάλμα μπορεί να συνίσταται σε λανθασμένο χειρισμό (τρώση οργάνου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης) (ΑΠ 543/2008), εσφαλμένη αναστόμωση με αποτέλεσμα την πρόκληση φλεγμονής και σηψαιμίας (ΑΠ 611/2007), βίαιες κινήσεις κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής στην προσπάθεια του ιατρού να απεγκλωβίσει το νεογνό, με αποτέλεσμα τον τραυματισμό του (ΣυμβΕφΘες 712/2003), λανθασμένους χειρισμούς κατά τη διενέργεια αμυγδαλεκτομής υπό τοπική αναισθησία, με αποτέλεσμα τη βλάβη του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου (ΤρΠλημ Θες 9772/2007) ή σε λανθασμένη επιλογή επέμβασης εκ μέρους του ιατρού, με αποτέλεσμα την κατάληξη του ασθενούς (ΣυμβΑΠ 1064/2002).

Σφάλμα τελούμενο με ενέργεια υφίσταται και σε περιπτώσεις ανεπιτυχούς ιατρικής ενέργειας (επανελημμένη ανεπιτυχής προσπάθεια ενδοτραχειακής διασωλήνωσης του ασθενή, με αποτέλεσμα την πρόκληση εγκεφαλικής βλάβης) (ΑΠ 822/2006).

Λανθασμένη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, περιπτώσεις υπερδοσολογίας ή ακαταλλήλου φαρμάκου (ΑΠ 732/2007 και ΑΠ 1211/2007)

Διενέργεια αισθητικής χειρουργικής επέμβασης σε ιδιωτικό ιατρείο πλαστικού χειρουργού, που δεν ήταν κατάλληλα εξοπλισμένο, ώστε να αντιμετωπιστεί αλλεργική αντίδραση της ασθενούς σε αναισθητικό φάρμακο, με μοιραίο αποτέλεσμα (ΑΠ 2432/2003).

²⁷ Τοπάλης Στ. και Χοβαρδά Χ., 2010: σ. 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Περιπτώσεις Εξωτερικά αμελών παραλείψεων²⁸

Εσφαλμένη διάγνωση (ΑΠ 1003/2007, ΑΠ 1010/2007, ΣυμβΠλημ Θεσ 400/2007, ΑΠ 1220/2008).

Το συνηθέστερο σφάλμα που καταγράφεται στη νομολογία των διοικητικών δικαστηρίων είναι η αδυναμία των ιατρών να προβούν σε έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου από την οποία πάσχει ο ασθενής. Η αδυναμία έγκαιρης και ορθής διάγνωσης συνεπάγεται τη λανθασμένη επιλογή θεραπευτικής αγωγής με συνέπεια ασθένειες που θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπισθεί με επιτυχία, να εξελίσσονται αρνητικά προκαλώντας μόνιμη βλάβη ή και αναπηρία, σε σπάνιες δε περιπτώσεις και το θάνατο του ασθενούς.

Η μη έγκαιρη διάγνωση καρκινώματος σε στρατιώτη από τους στρατιωτικούς ιατρούς του νοσοκομείου είχε σαν αποτέλεσμα να υποβληθεί ο ασθενής εκ των υστέρων σε πρόσθετη ακτινοβολή αλλά και να αναγκαστεί να καταβάλει πρόσθετα περιττά έξοδα, εξαιτίας της μετέπειτα νοσηλείας του σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό ίδρυμα του εξωτερικού (ΔΕφΑθ 2574/2004, ΣτΕ 3202/2006).

Η πλημμελής αξιολόγηση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων από καρδιολόγους ιατρούς, οδήγησε στην εσφαλμένη διάγνωση νόσου (σύνδρομο υπερευαισθήτου καρωτιδικού κόλπου), και την επακόλουθη εμφύτευση βηματοδότη την οποία δεν είχε ανάγκη ο ασθενής. Προκλήθηκαν στη συνέχεια σοβαρές επιπλοκές στην υγεία του ασθενούς, λόγω του ότι το καλώδιο του εμφυτευθέντος βηματοδότη μολύνθηκε από παθογόνο μύκητα (ΔΠρΑθ 12979/2004).

Εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής αγωγής

Παρά την αρχική ορθή διάγνωση της νόσου ακολουθήθηκε λανθασμένη θεραπευτική αγωγή. Σημαντικό ρόλο στα σφάλματα αυτής της κατηγορίας διαδραματίζει η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς και η λήψη της συναίνεσής του, ειδικά όταν οι θεραπευτικές επιλογές προκαλούν σημαντικές επιπλοκές στην υγεία των ασθενών.

²⁸ Τοπάλης Στ. και Χοβαρδά Χ., 2010: σ. 15

Ορθοπαιδικός ιατρός πρότεινε μετεγχειρητικά συντηρητική αγωγή, όπως περιορισμό της κινητικότητας, παρακολούθηση και επαναξιολόγηση, αντί της επιβαλλόμενης νέας χειρουργικής επέμβασης, γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα την πρόκληση μόνιμης βλάβης στον ασθενή από τη φλεγμονή που αναπτύχθηκε γύρω από την αρθροπλαστική από σταφυλόκοκκο (ΔΠρΑθ 4281/2006).

Η επιλογή του ακρωτηριασμού ενός κάτω άκρου, 18 χρόνου μαθητή, με διάγνωση εξωκοιλιακού καλοήγη δεσμοειδή όγκου, έναντι άλλων ηπιότερων θεραπευτικών οδών, όπως τοπική χειρουργική επέμβαση, τοπική ακτινοθεραπεία, χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς από το θεράποντα ιατρό, αποτέλεσε εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής οδού με τραγικά αποτελέσματα (ΔΕφΠειρ 2039/2008).

Λανθασμένος χειρισμός ιατρικών εργαλείων

Η νέκρωση αριστερού νεφρού ασθενούς οφειλόταν σε τραυματισμό του ουρητήρα, που προκλήθηκε στην ασθενή από λανθασμένη συρραφή του ουρητήρα κατά τη διάρκεια επέμβασης παχέος εντέρου της ασθενούς.

Κατά τη διενέργεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής και εξαιτίας λανθασμένου χειρισμού από το χειρουργό ιατρό, προκλήθηκε διάτρηση της αορτής, και στη συνέχεια ο ιατρός καθυστέρησε να αντιληφθεί την αιμορραγία λόγω πλημμελούς ελέγχου της οθόνης του λαπαροσκοπίου (ΔΠρΘε 1803/2002, ΔΕφΘε 2308/2004, ΣτΕ2579/2006).

Νεαρή ασθενής υπέστη ρήξη οισοφάγου εξαιτίας εσφαλμένου χειρισμού του γαστροσκοπίου κατά την ενδοσκόπηση, από ιατρό γαστρεντερολόγο, κατά τη διάρκεια επέμβασης απομάκρυνσης ξένου σώματος. Η ασθενής υπεβλήθει στη συνέχεια σε επείγουσα ιατρική επέμβαση από την οποία προκλήθηκε μόνιμη αντιαισθητική ουλή στο σώμα της (ΔΠρΑθ 3751/2005).

Παράλειψη αφαίρεσης χειρουργικού εργαλείου (βελόνης ή γάζας) από τη θωρακική κοιλότητα ή την κοιλιακή χώρα του ασθενούς, με αποτέλεσμα κίνδυνο σηψαιμίας (ΑΠ 1659/2003, ΑΠ 2368/2005). Πιο συγκεκριμένα κατέστη αμετάκλητη η καταδίκη του καρδιοχειρουργού και του βοηθού του, του νοσηλευτή και της εργαλειοδότριας για σωματική βλάβη από αμέλεια, που προκλήθηκε από ξεχασμένη γάζα διαστάσεων 51x30 cm στο αριστερό ημιθώρακιο μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Προέκυψε παράλειψη ελέγχου πριν τη σύγκλιση και παράλειψη καταμέτρησης των γαζών.

Εγκατάλειψη εντός του θώρακα του ασθενούς, χειρουργικής βελόνας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να εμφανίσει συμπτώματα παρόμοια του εμφράγματος. Ο καρδιοχειρουργός λόγω αμέλειας εγκατέλειψε τη χειρουργική βελόνη σε σημείο κοντά στην καρδιακή κοιλότητα του ασθενούς (ΔΕφΘε 975/2002, ΣτΕ 2736/2007).

Κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικοί χειρουργοί, δεν απομάκρυναν γάζα που είχε χρησιμοποιηθεί κατά την επέμβαση. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην καθυστερημένη αποκατάσταση του ορθοπεδικού προβλήματος της ασθενούς, την απώλεια βάρους και την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων (ΣτΕ 330/2009).

Εσφαλμένη αντιμετώπιση του περιστατικού

Μη έγκαιρη διακομιδή στο Νοσοκομείο από το ιδιωτικό ιατρείο, ιδιωτική κλινική ή το στρατόπεδο ή μη έγκαιρη ειδοποίηση του ΕΚΑΒ (ΑΠ 801/2007, ΑΠ 1211/2007).

Σύσταση εφημερεύοντα νοσοκομειακού ιατρού στον ασθενή για επιστροφή στην οικία του, ενώ έπρεπε να νοσηλευθεί (ΑΠ 183/2006, ΑΠ 1206/2006).

Μη έγκαιρη διενέργεια των κατάλληλων εργαστηριακών, απεικονιστικών ή προγεννητικών εξετάσεων (ΑΠ 801/2007, ΑΠ 1010/2007).

Πλημμελής κλινική εξέταση του ασθενούς κατά την επίσκεψη στο νοσοκομείο (ΣυμβΠλημΘε 400/2007, ΑΠ 1220/2008).

Καθυστέρηση διακοπής χορήγησης στον ασθενή νόμιμης αλλά πειραματικής φαρμακευτικής αγωγής (ΣυμβΠλημ Αθ 2630/2003).

Ρυθμίσεις για τη διεξαγωγή ιατρικής έρευνας περιέχονται στα άρθρα 24 και 26 του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005). Κατοχυρώνεται το καθήκον σεβασμού του ανθρώπου και προστασίας της ζωής, της υγείας και της αξιοπρέπειάς του (άρθρο 24 παρ. 1, άρθρο 26 παρ. 1), η ελεύθερη, ανεπιφύλακτη, ειδική και τεκμηριωμένη συναίνεση του ασθενούς κατόπιν ενημέρωσης σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους της έρευνας, τα δικαιώματά της προστασίας του, ο εθελοντικός χαρακτήρας συμμετοχής (άρθρο 24 παρ. 2), ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ανταλλάγματος για τη συμμετοχή του ατόμου (άρθρο 26 παρ. 1), η στάθμιση κινδύνων και πιθανού οφέλους από την έρευνα (άρθρο 24 παρ. 2), η ανάγκη έγκρισης του ερευνητικού προγράμματος από το αρμόδιο όργανο μετά από σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Επιστημονικού Συμβουλίου και της αρμόδιας Επιτροπής Δεοντολογίας (άρθρο 24 παρ. 2) και η

υποχρέωση διακοπής της έρευνας από τον ερευνητή, αν η συνέχισή της ενδέχεται να επιφέρει σοβαρή, επικίνδυνη ή απλή βλάβη στο άτομο (άρθρο 26 παρ. 2). Σύμφωνα με το άρθρο 25 παρ. 2 ο ιατρός οφείλει να λάβει τα κατάλληλα μέτρα, ώστε η άρνηση του ασθενούς να συμμετάσχει σε μία τέτοια μελέτη να μην επηρεάσει τη σχέση του με τον ιατρό.

Παράλειψη χορήγησης του καταλλήλου φαρμάκου ή ηλεκτρολυτών ή μετάγγισης αίματος στον ασθενή (ΑΠ 264/2006, ΑΠ 10101/2007).

Παράλειψη εισαγωγής ή μη έγκαιρη εισαγωγή του ασθενούς στο χειρουργείο ή στη ΜΕΘ (ΑΠ 1211/2007, ΑΠ 1220/2008).

Υπόθεση ανθρωποκτονίας (ΑΠ 490/1996) από αμέλεια, πεντάχρονου αγοριού ύστερα από επέμβαση σκωληκοειδεκτομής που κατέληξε στην αμετάκλητη καταδίκη του αναισθησιολόγου και στην αθώωση των συγκατηγορούμενων ιατρών, χειρουργού και ειδικευομένου. Η αναισθησιολόγος πρόεβη σε πρόωρη αποδιασώληνωση του χειρουργημένου ασθενούς, με αποτέλεσμα την αναγωγή γαστρικών υγρών και την εισρόφησή τους, που προκάλεσε πνευμονικό οίδημα και πνευμονική πύκνωση. Η κατάσταση αυτή δεν επέτρεψε την επαρκή οξυγόνωση με συνέπεια την πρόκληση καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας και την κατάληξη του ανηλίκου από καρδιακή ανακοπή.

Παράλειψη ορθής συντήρησης αποκοπέντος μέλους, με αποτέλεσμα την αδυναμία επανασυγκόλλησής του (ΜονΠλημΘε 22099/2000).

Ανεπαρκής παρακολούθηση του ασθενούς και παραμέληση εποπτείας νοσηλευόμενων ασθενών

Κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης ή διαγνωστικής εξέτασης ή κατά την παραμονή του ασθενούς στο θάλαμο του νοσοκομείου (ΑΠ 2432/2003, ΑΠ 1337/2005) ή μετεγχειρητικά, με αποτέλεσμα την παράλειψη ή την καθυστέρηση διενέργειας επανορθωτικής επέμβασης (ΑΠ 290/2004, ΑΠ 183/2006).

Νεαρή υποβλήθηκε σε πλαστική επέμβαση μαστών. Η ασθενής υπέστη αλλεργική καταπληξία από τα αναισθητικά και δεν πραγματοποιήθηκε άμεση προσπάθεια ανάνηψής της, εξαιτίας της απουσίας ιατρού αναισθησιολόγου, που παρίστατο παράλληλα και σε άλλη αίθουσα. Αν η διαδικασία της ανάνηψης είχε γίνει σωστά και

έγκαιρα, θα είχε αποφευχθεί η μόνιμη εγκεφαλική βλάβη του ασθενούς (ΔΠρΑθ 6352/2003, ΔΕφΑθ 31321/2004, ΣτΕ 1018/2008).

Σχετικά με την παραμέληση εποπτείας νοσηλευόμενου ασθενούς, αναφέρεται ο θάνατος από πνιγμό νεαρού αγοριού, το οποίο έπασχε από βαριά νοητική καθυστέρηση και επιληψία και νοσηλευόταν σε δημόσιο παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο. Κατά την εκδρομή σε παραθαλάσσιο μέρος, λόγω παραμέλησης της εποπτείας από τους νοσηλευτές συνοδούς, το αγόρι έπεσε στη θάλασσα και πνίγηκε μέσα σε ελάχιστα λεπτά. Οι νοσηλευτές δεν έδειξαν την ανάλογη επιμέλεια ως προς την υποχρέωση που υπείχαν να φροντίζουν τους ασθενείς κατά την έξοδό τους από το ίδρυμα (ΔΠρ Αθ 11541/1999, ΔΕφΑθ 2118/2001, Στε 2320/2003).

Στην εξεταζόμενη περίπτωση ο οπλίτης ιατρός αν και γνώριζε ότι ο στρατιώτης, ο οποίος βρισκόταν υπό το κράτος ψυχωσικής συνδρομής, εμφάνιζε διεγερτική συμπεριφορά, κατά τη διακομιδή του ασθενούς με στρατιωτικό ανοικτού τύπου όχημα και όχι φοραιοφόρο, επιβιβάστηκε στη θέση του συνοδηγού απ' όπου δεν ήταν σε θέση να παρακολουθεί αδιάλειπτα τις κινήσεις του ασθενούς στρατιώτη, ώστε να αποτρέψει οποιαδήποτε ενέργεια αυτού, που θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική του ακεραιότητα. Η παράλειψη αυτή είχε σαν συνέπεια ο στρατιώτης κατά τη διάρκεια της μετακίνησης να υποστεί εξαιτίας πτώσης, βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση, αξιόποιο αποτέλεσμα που δεν προείδε, λόγω αμελούς συμπεριφοράς, ο οπλίτης ιατρός. Αν δεν συνέβαινε η παράλειψη αυτή, ο κίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα του στρατιώτη, αν δεν μηδενιζόταν εντελώς, θα ελαχιστοποιούνταν, με αποτέλεσμα να πιθανολογείται σε βαθμό που εγγίζει τη βεβαιότητα ότι η επελθούσα βλάβη θα αποτρεπόταν.

Σε παραμέληση εποπτείας από πλευράς του νοσηλευτικού προσωπικού οφείλεται η πτώση αναισθητοποιημένου ασθενούς από την εξεταστική τράπεζα, με συνέπεια την πρόκληση αμφοτερόπλευρου υποσκληριδίου αιματώματος. Ο ασθενής, εξαιτίας του λόγου αυτού υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση. Η νοσηλεύτρια είχε αμελήσει την τοποθέτηση προστατευτικού κιγκλιδώματος στην εξεταστική τράπεζα (ΔΠρ Αθ 3043/2005).

Επίσης, αναφέρονται παραδείγματα υποθέσεων μετάγγισης, σε δημόσια νοσοκομεία αίματος, το οποίο ήταν μολυσμένο με τον ιό HIV. Αφορούσαν παιδιά πάσχοντα από μεσογειακή αναιμία (ΔΠρΑθ 1075/2000, ΔΕφΑθ 160/2001, ΣτΕ 3457/2003 και

ΔΠρΑθ14386/2003, ΔΕφΑθ 523/2005, ΣτΕ 1471/2008), που υποβάλλονταν σε συχνές μεταγγίσεις και ανήκαν επομένως σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Παρατηρήθηκε πλημμελής έλεγχος από το προσωπικό που δεν είχε προβεί στον έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος, παρά την ύπαρξη εγκυκλίων του Υπουργείου Υγείας.

Απουσία εφημερεύοντος ιατρού από το Νοσοκομείο (ΑΠ 1063/2000, ΑΠ 1415/2005).

Παράλειψη του ιατρού, ειδικευμένου ή άλλης ειδικότητας από την απαιτούμενη επίκληση συνδρομής άλλου ειδικού ιατρού (ΑΠ 58/2007, ΑΠ 801/2007).

Παράλειψη αποτροπής βλάβης ιατρικού μηχανήματος κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων – πλημμελής συντήρηση νοσοκομειακού εξοπλισμού (ΣυμβΕφΘρακ 62/2001, ΠοινΔικ 2001, 1125).

Βρέφος υπέστη καθολικά εγκαύματα από πυρκαγιά που εκδηλώθηκε, εξαιτίας βραχυκυκλώματος που έκαψε ολοσχερώς τη θερμοκοιτίδα του. Η πυρκαγιά προέκυψε από πολύπριζο ή την ηλεκτρική καλωδίωση, έπειτα από υπερβολική κατανάλωση ρεύματος ή από κακή συναρμογή πριζών (ΔΠρΘε 1955/1998, ΔεφΘε 93/2000, ΣτΕ 1221/2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Σφάλμα Ανάλυσης

Αποτελεί τη διενέργεια από το γιατρό ιατρικής πράξης χωρίς αυτός να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις προϋποθέσεις για την τήρηση του οφειλόμενου αντικειμενικού πρότυπου επιμέλειας²⁹.

²⁹ (Φουντεδάκη Κ., 2003: σ. 418).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

Ανθρωποκτονία από αμέλεια

Σύμφωνα με την ΑΠ 236/2012, κατά τη διάταξη του άρθρου 302 παρ. 1 του ΠΚ, «όποιος επιφέρει από αμέλεια το θάνατο άλλου, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών», κατά δε τη διάταξη του άρθρου 28 του ΠΚ, «από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν προέβλεψε το αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν». Από το συνδυασμό των διατάξεων αυτών προκύπτει ότι για τη θεμελίωση της αξιόποινης πράξης της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, απαιτείται

- α) να μην καταβλήθηκε από το δράστη η επιβαλλόμενη κατ' αντικειμενική κρίση προσοχή, την οποία κάθε μετρίως συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος οφείλει υπό τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις να καταβάλλει, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνθήκες που επικρατούν στις συναλλαγές, και την κοινή, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, πείρα και λογική,
- β) να μπορούσε αυτός, με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες και κυρίως εξαιτίας της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματός του, να προβλέψει και να αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο από έλλειψη της προαναφερόμενης προσοχής είτε δεν προέβλεψε, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ότι δεν θα επερχόταν και
- γ) να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παράλειψης του δράστη και του αποτελέσματος που επήλθε.

Σύμφωνα με την απόφαση ΑΠ 670/2011, η παράλειψη ενυπάρχει σε κάθε είδους αμέλεια, αφού το ένα σκέλος της ευθύνης συνίσταται στη μη καταβολή της προσοχής, δηλαδή σε παράλειψη. Όταν όμως η αμέλεια δεν συνίσταται σε ορισμένη παράλειψη, αλλά σε σύνολο συμπεριφοράς που προηγήθηκε του αποτελέσματος, τότε για τη θεμελίωση της σωματικής βλάβης από αμέλεια, ως εγκλήματος που τελείται με παράλειψη, απαιτείται η συνδρομή και των όρων του άρθρου 15 ΠΚ. Κατά τη διάταξη αυτή, για την τέλεση αξιόποινης πράξης, απαιτείται αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκληση του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος. Η

νομική υποχρέωση προς ενέργεια τείνουσα στην παρεμπόδιση του αποτελέσματος, μπορεί να πηγάζει από ρητή διάταξη νόμου ή από σύμπλεγμα νομικών καθηκόντων, που συνδέονται με ορισμένη έννομη σχέση του υπόχρεου ή από σύμβαση ή από ορισμένη προηγούμενη συμπεριφορά του, από την οποία δημιουργήθηκε ο κίνδυνος επέλευσης του εγκληματικού αποτελέσματος. Θα πρέπει η ενέργεια ή παράλειψη από την οποία προκλήθηκε η σωματική βλάβη να έλαβε χώρα στο πλαίσιο της εκτέλεσης της υπηρεσίας και μάλιστα του τομέα αυτής, που απαιτούσε επίδειξη ιδιαίτερης επιμέλειας ή προσοχής. Η ιδιαίτερη αυτή νομική υποχρέωση του ιατρού να αποτρέψει το αξιόποιο αποτέλεσμα της σωματικής βλάβης του ασθενούς προκύπτει από το άρθρο 24 του Ν 1565/1939, κατά το οποίο «ο ιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως της ιατρικήν αυτού συνδρομή, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρώντας ισχύουσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγιών», από των Κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (άρθρο 9 του Ν 3418/2005) και από την εγγυητική θέση του ιατρού απέναντι στην ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς που δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης.

Σύμφωνα με την απόφαση 458/2007 ΕφΘράκης, αποδείχθηκε με βάση τα πραγματικά περιστατικά ότι ο θάνατος της παθούσης οφείλεται σε συγκλίνουσα ιατρική αμέλεια των δύο εναγομένων ιατρών. Οφείλεται στην αμέλεια του πρώτου εναγόμενου, ο οποίος από έλλειψη προσοχής την οποία όφειλε και μπορούσε να καταβάλει ως μέσος συνετός ιατρός χειρουργός-μαιευτήρας στην προκειμένη περίπτωση, ενήργησε κατά παράβαση των αναγνωρισμένων κανόνων στο συγκεκριμένο τομέα της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας χωρίς να τηρήσει τις συγκεκριμένες συναλλακτικές του υποχρεώσεις πρόνοιας και ασφάλειας. Ειδικότερα:

α) κατά το προεγχειρητικό στάδιο της χειρουργικής επέμβασης της άμβλωσης, παρ' ότι προέβλεψε ως πιθανόν να επέλθει μετεγχειρητική επιπλοκή της εγκύου κατά τη διενέργεια της άμβλωσης, η οποία μπορούσε να αντιμετωπιστεί μόνο σε οργανωμένο ιατρικό κέντρο, προέβη στη διενέργεια ανεπίτρεπτης τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης, σε μη οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, όπως ήταν το ιατρείο του, το οποίο στερούνταν της ανάλογης και αναγκαίας υλικοτεχνικής υποδομής και νοσηλευτικού προσωπικού και στο οποίο δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπιστεί επείγουσα ανάγκη μετεγχειρητικής επιπλοκής,

β) κατά το στάδιο της χειρουργικής επέμβασης και μάλιστα αυτό της αναρρόφησης του εμβρύου ενήργησε κατά προφανή παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και προκάλεσε τρώση της μήτρας που είχε σαν αποτέλεσμα την εσωτερική αιμορραγία και το υποογκαιμικό σοκ και

γ) στη συνέχεια δεν διέγνωσε έγκαιρα την επιπλοκή (εσωτερική αιμορραγία), που επήλθε κατά την άμβλωση με αποτέλεσμα να μην προβεί στην άμεση μεταφορά της στο κατάλληλο νοσοκομείο γεγονός που είχε σαν συνέπεια να επέλθει ο θάνατος της παθούσας.

Συγχρόνως ο θάνατος της παθούσας οφείλεται στην αμέλεια του δευτέρου εναγομένου, ο οποίος από έλλειψη προσοχής την οποία και μπορούσε να καταβάλει σαν μέσος συνετός ιατρός αναισθησιολόγος: α) κατά το προεγχειρητικό στάδιο της χειρουργικής επέμβασης της άμβλωσης, παρ' ότι προέβλεψε σαν πιθανό ενδεχόμενο να επέλθει μετεγχειρητική επιπλοκή της εγκύου κατά τη διενέργεια της άμβλωσης, η οποία μπορούσε να αντιμετωπιστεί μόνο σε οργανωμένο κέντρο, κατά προτροπή του πρώτου εναγομένου, συμμετείχε στη διενέργεια ανεπίτρεπτης τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης, σε μη οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα όπως ήταν το ιατρείο του πρώτου εναγομένου, το οποίο στερούνταν της ανάλογης και αναγκαίας υλικοτεχνικής υποδομής και νοσηλευτικού προσωπικού και στο οποίο δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπισθεί επείγουσα ανάγκη επιπλοκής και β) κατά το στάδιο της εγχείρησης αν και γνώριζε ότι μπορεί να επέλθει από την πράξη του το πιο πάνω αποτέλεσμα, χορήγησε αναισθησιογόνες ουσίες και επέφερε στην έγκυο παρατεταμένη νάρκωση για να πραγματοποιηθεί η έκτρωση σε αυτήν χωρίς να προετοιμάσει την απαιτούμενη αγωγή για το ενδεχόμενο μετεγχειρητικής επιπλοκής και επικίνδυνης για την υγεία της εγκύου έκβασης της επέμβασης αυτής για την ανάνηψη και αναζωογόνησή της, με αποτέλεσμα, όταν εξαιτίας εσωτερικής αιμορραγίας της παθούσας προκλήθηκε αρχικά βήχας και άπνοια και στη συνέχεια μαρμαρυγή και ενώ ο αριθμός των σφύξεων της έφθινε συνεχώς, αυτός δεν ήταν σε θέση να διατηρήσει τις λειτουργίες της παθούσας μέχρι τη μεταφορά της στο νοσοκομείο, με συνέπεια όταν μεταφέρθηκε εκεί να είναι ήδη κλινικά νεκρή. Επομένως ο θάνατος της παθούσας οφείλεται στη συγκλίνουσα αμέλεια και των δύο εναγομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

Πρόστηση και Συνέργεια

Πρόστηση έχουμε, όταν ένα πρόσωπο (πχ, εργοδότης) χρησιμοποιεί με τη θέληση του άλλο ενδιάμεσο πρόσωπο (πχ, εργαζόμενο) για να εκπληρώσει την παροχή που οφείλει. Το άρθρο 922 ΑΚ εφαρμόζεται σε περίπτωση αδικοπραξίας του ενδιάμεσου σε τρίτο πρόσωπο³⁰.

Σύμφωνα με την ΑΠ 181/2011, σε εφαρμογή του άρθρου 922 ΑΚ, προκύπτει ότι για να θεμελιωθεί ευθύνη από πρόστηση του επιχειρηματία κλινικής, στην οποία ο ιατρός νοσήλευσε παθόντα πελάτη του, αρκεί και η παροχή από τον επιχειρηματία γενικών μόνο οδηγιών ως προς τον τόπο, το χρόνο και τους όρους εργασίας του ιατρού μέσα στην κλινική. Αρκεί δηλαδή μία χαλαρή έστω εξάρτηση του ιατρού από την κλινική και δεν απαιτείται η παροχή ειδικών οδηγιών προς αυτόν κάθε φορά για την άσκηση του έργου του, αφού ο ιατρός είναι υποχρεωμένος κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων να ενεργεί όχι σύμφωνα με ενδεχόμενες οδηγίες του κλινικάρχη, αλλά σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης (ΑΠ 1362/2007).

Σε περίπτωση πρόκλησης σωματικής βλάβης προσώπου από αδικοπρακτική συμπεριφορά του προστηθέντος, η ευθύνη του προστήσαντος προς αποκατάσταση της ζημίας και της τυχόν ηθικής βλάβης του προσώπου προϋποθέτει:

α) σχέση πρόστησης. Σχέση πρόστησης υπάρχει, όταν στο πλαίσιο υφισταμένης μεταξύ δύο προσώπων φυσικών ή νομικών δικαιοπρακτικής ή οποιασδήποτε άλλης σχέσης, διαρκούς ή ευκαιριακής, το ένα από τα πρόσωπα αυτά (προστήσας) αναθέτει στο άλλο (προστηθέντα) με ή χωρίς αμοιβή, την εκτέλεση ορισμένης υπηρεσίας, υλικής ή νομικής φύσης, η οποία αποβλέπει στη διεκπεραίωση υποθέσεων και γενικότερα στην εξυπηρέτηση των επαγγελματικών, οικονομικών ή άλλων συμφερόντων του πρώτου και κατά την οποία ο δεύτερος υπόκειται στο έλεγχο ή έστω στις γενικές οδηγίες και εντολές ή μόνο στην επίβλεψη του πρώτου (ΠΠρΑθ 189/2010).

β) παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του προστηθέντος, τελούσα σε πρόσφορο αιτιώδη σύνδεσμο με την επέλευση της βλάβης και

³⁰ (Φεφές Μ., 2004: σ. 89).

γ) εσωτερική αιτιώδη σχέση μεταξύ της εν λόγω συμπεριφοράς και της εκτέλεσης της ανατειθέμενης στον προστηθέντα υπηρεσίας

Ειδικότερα στην περίπτωση νοσηλείας ασθενούς από ιατρό σε ιδιωτική κλινική αρκεί, για το χαρακτηρισμό της κλινικής ως προστήσασας, η εκ μέρους της παροχή γενικών μόνο οδηγιών στον ιατρό ως προς τον τόπο, το χρόνο και τους όρους εργασίας του τελευταίου. Αν από αμελή συμπεριφορά κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του προστηθέντος ιατρού επήλθε η σωματική βλάβη προσώπου νοσηλευομένου σε ιδιωτική κλινική, η προστήσασα τον ιατρό κλινική ευθύνεται για την αποκατάσταση της περιουσιακής ζημίας και της ηθικής βλάβης που υπέστη το πρόσωπο (ΑΠ 1226/2007, ΑΠ 1362/2007).

Συχνά η σχέση ιατρού κλινικής είναι χαλαρή υπό τη μορφή της ελεύθερης συνεργασίας μεταξύ τους, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός επιμελείται τη νοσηλεία και συνήθως τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ή τοκετού σε κλινική ή ίδρυμα που διαθέτει την απαραίτητη επιστημονική και υλικοτεχνική υποδομή και το κατώτερο μη ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό που θέτει στη διάθεση του ιατρού έναντι αμοιβής που εισπράττει κατευθείαν από τον πελάτη ασθενή ασχέτως της αμοιβής του ιατρού που καταβάλλεται απευθείας σε αυτόν. Η σχέση αυτή αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση τόσο του ιατρού που με τον τρόπο αυτό χρησιμοποιεί κερδοφόρα τις υπηρεσίες της κλινικής ή του ιδρύματος όσο και των τελευταίων που με τη συνδρομή των ιατρών εξασφαλίζουν πελατεία και αποκομίζουν κέρδη. Ο ιατρός εντάσσεται στο πρόγραμμα της κλινικής ή του ιδρύματος, το οποίο καθορίζει τον τόπο και χρόνο παροχής της ιατρικής συνδρομής από αυτόν, ο οποίος ενεργεί με ίδια πρωτοβουλία στο αμιγώς ιατρικό μέρος των καθηκόντων του.

Ακόμη και όταν άλλος ιατρός προϊστάται της κλινικής, του νοσηλευτικού ιδρύματος ή ενός τμήματός του, πρέπει να γίνει δεκτό, ότι παρά την ανεξαρτησία του συνεργαζομένου ιατρού σχετικά με την άσκηση των αμιγώς ιατρικών του καθηκόντων, υπάρχει εξάρτηση από το άρθρο 922 ΑΚ και επομένως συντρέχει ευθύνη του προσώπου που διατηρεί την κλινική ή το ίδρυμα, διότι και τότε η επαγγελματική δραστηριότητα του ιατρού εμπίπτει στον επιχειρηματικό κύκλο δράσης αυτού του προσώπου (ΠπρΘε 24772/2010).

Σύμφωνα άλλωστε με τη σύγχρονη αντίληψη των συναλλαγών, οι οποίες έχουν γίνει πολύπλοκες προκειμένης της επίτευξης αποτελέσματος συχνά παρεμβάλλονται

πρόσωπα περισσότερων ειδικοτήτων, γίνεται δεκτό ότι οι οδηγίες του προστήσαντος δεν είναι ανάγκη να φθάνουν μέχρι το σημείο της παροχής λεπτομερειών ιδίως σε θέματα τεχνικής φύσης ή ακόμη ότι δεν είναι και απαραίτητο οι οδηγίες να αφορούν στον τόπο, χρόνο ή την τεχνική άσκηση της εργασίας του προστηθέντος, αλλά αρκεί μία χαλαρή έστω εξάρτηση του ιατρού από την κλινική για να προσδώσει σε αυτήν το χαρακτηρισμό της προστήσασας (ΑΠ 1362/2007, ΑΠ 1270/1989, ΕφΑθ 4964/2008). Επομένως, αν από αμελή κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του συμπεριφορά του προστηθέντος ιατρού επήλθε ο θάνατος προσώπου νοσηλευόμενου σε ιδιωτική κλινική, ο προστήσας τον ιατρό ιδιοκτήτης της ιδιωτικής κλινικής ευθύνεται για την αποκατάσταση της ψυχικής οδύνης που υπέστησαν τα μέλη της οικογένειας του θανόντος. Πρόκειται για γνήσια αντικειμενική ευθύνη, δικαιολογητικό λόγο της οποίας αποτελεί το γεγονός ότι ο προστήσας ωφελείται από τις υπηρεσίες του προστηθέντος, διευρύνοντας το πεδίο της επιχειρηματικής του δραστηριότητας, και ως εκ τούτου είναι εύλογο να φέρει την ευθύνη για τους κινδύνους που προκύπτουν από τη δραστηριότητα του προστηθέντος (ΑΠ 1226/2007, ΑΠ 1270/1989).

Σύμφωνα με την απόφαση ΠλΑθ 13873/2009, όταν το εξ αμελείας έγκλημα είναι απότοκο συνδρομής αμέλειας περισσότερων προσώπων, το καθένα από αυτά κρίνεται αυτοτελώς και ανεξάρτητα των άλλων, αναλόγως του βαθμού της αμέλειας που επέδειξε, και εφόσον η αμέλειά του συνδέεται αιτιωδώς με το επελθόν αποτέλεσμα (ΑΠ 301/1999, ΑΠ 678/1999). Ο επιμελής χειρουργός, που διενεργεί *lege artis* δικαιούται να έχει την εμπιστοσύνη ότι και ο αναισθησιολόγος έχει διασωληνώσει ορθά τον ασθενή και παρακολουθεί όπως πρέπει την αναισθησία και δεν υποχρεούται να ελέγξει την ορθότητα των χειρισμών του τελευταίου εκτός αν έχει σαφείς ενδείξεις εσφαλμένης συμπεριφοράς. Διαφορετικά, ο αποτελεσματικός καταμερισμός της εργασίας θα ήταν αδύνατος, αφού ο καθένας θα έπρεπε να ελέγχει ότι θα μπορούσε να ελεγχθεί, και η εγρήγορση έναντι της συμπεριφοράς των άλλων θα απέκλειε την προσήλωση στο προσωπικό έργο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

Αποζημίωση

Αποζημίωση είναι η αποκατάσταση της ζημίας που προξενήθηκε σε άλλον και ενοχή για αποζημίωση είναι η υποχρέωση προς αποκατάσταση της ζημίας. Οι προϋποθέσεις για να υπάρχει ενοχή για αποζημίωση είναι:

α) ζημία, δηλαδή οποιοδήποτε είδος βλάβης στα αγαθά κάποιου. Μπορεί να είναι υλική (περιουσιακή) ή ηθική (ηθική βλάβη). Είδος ηθικής βλάβης είναι η ψυχική οδύνη των συγγενών σε περίπτωση θανάτου συγγενούς τους. Η υλική ζημία μπορεί να είναι θετική και αποθετική ή διαφυγόν κέρδος (κέρδος που θα είχε κάποιος αν δεν μεσολαβούσε το ζημιογόνο γεγονός)

β) νόμιμος λόγος ευθύνης, πρέπει να υπάρχει κάποια διάταξη νόμου που προβλέπει ότι το ζημιογόνο γεγονός δημιουργεί ευθύνη για αποζημίωση και

γ) αιτιώδης σχέση, μεταξύ ζημιογόνου γεγονότος και ζημίας, δηλαδή το γεγονός να προκάλεσε τη ζημία που δημιουργεί την υποχρέωση για αποζημίωση

Σαν αστική ευθύνη καλείται η υποχρέωση για αποκατάσταση της ζημίας³¹.

Με βάση τα άρθρα 330 και 914 του ΑΚ, τα δικαστήρια δέχονται ότι ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση εάν ενεργήσει από δόλο ή αμέλεια, η δε τελευταία συντρέχει αν ο ιατρός προβεί σε ενέργεια ή παράλειψη κατά παράβαση των διδαγμάτων της ιατρικής επιστήμης, έστω και εάν είναι ελαφρά, ενώ ουδεμία ευθύνη φέρει εάν ενήργησε σύμφωνα με τους παραπάνω κανόνες και ειδικότερα όπως θα οδηγούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις, ο συνετός και επιμελής ιατρός.

Ένα άλλο θέμα που απασχολεί πολιτικά δικαστήρια κατά την εκδίκαση αγωγών για αποζημίωση από ιατρικά λάθη είναι το θέμα της ευθύνης των ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες διατηρούν σύμβαση αστικής επαγγελματικής ευθύνης ατομική με τον ιατρό είτε σύμβαση ασφάλισης αστικής ευθύνης της κλινικής. Με τις αποφάσεις ΠΠρΑθ 6285/2011 και ΠΠρΘε 24772/2010 έγινε δεκτή η προσεπίκληση, την οποία άσκησαν οι εναγόμενοι με τις αγωγές αυτές ιατροί, για αποζημίωση λόγω ιατρικής αμέλειας κατά της ασφαλιστικής εταιρείας με την οποία είχαν συνάψει ατομική σύμβαση ασφάλισης

³¹ (Φεφές Μ., 2004: σ. 88).

που θα προέκυπτε συνεπεία σωματικών βλαβών σε τρίτους στα πλαίσια άσκησης του ιατρικού τους επαγγέλματος.

Τα Διοικητικά Δικαστήρια, στη δικαιοδοσία των οποίων υπάγεται η εκδίκαση των αντιστοίχων διαφορών, καλούνται να αντιμετωπίσουν δύο μεγάλες κατηγορίες τέτοιων υποθέσεων. Υποθέσεις που αφορούν σε αξιώσεις αποζημίωσης από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις ιατρών κατά την εκτέλεση από αυτούς ιατρικών πράξεων.

Υποθέσεις που αφορούν σε αξιώσεις αποζημιώσεων για ζημίες που προκλήθηκαν λόγω παράνομης πράξης ή παράλειψης κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού, είτε λόγω πλημμελούς οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων.

Θετική ζημία που αποκαθίσταται στα πλαίσια του άρθρου 929 ΑΚ αποτελεί και η δαπάνη επανάληψης, λόγω απώλειας έτους, του εκπαιδευτικού προγράμματος, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει και όλα τα έξοδα που απαιτούνται για την παράταση της διαμονής του φοιτητή στον τόπο φοίτησής του (ΠΠρ Αθ 189/2010).

Στα έξοδα θεραπείας του παθόντος αποδίδονται μόνο τα εύλογα, δηλαδή εκείνα τα οποία από την άποψη ενός συνετού παρατηρητή φαίνονται σκόπιμα βάσει των δεδομένων της συγκεκριμένης περίπτωσης. Τη σκοπιμότητα αυτήν οφείλει να την επικαλεσθεί και αποδείξει ο παθών, προσκομίζοντας αντίστοιχη ιατρική απόδειξη, διότι διαφορετικά το σχετικό κονδύλιο είναι απορριπτέο. Ο παθών δύναται να απαιτήσει τα έξοδα θεραπείας, που είναι αναγκαία, και πριν αυτά ακόμη πραγματοποιηθούν (ΠΠρ Αθ 189/2010).

Σε απαιτητικές και σε δύσκολες και λεπτές περιπτώσεις σωματικών κακώσεων ή παθήσεων που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στον ελλαδικό χώρο, αλλά η μετάβαση στο εξωτερικό υπόσχεται βέβαια καλύτερα αποτελέσματα, το θύμα, της αδικοπραξίας, μπορεί να απαιτήσει και τις δαπάνες μετάβασης στο εξωτερικό, έστω και εάν αυτές είναι υψηλές. Η δαπάνη αυτή καλύπτει το εισιτήριο μετάβασης και επιστροφής με το κατάλληλο κατά περίπτωση συγκοινωνιακό μέσο, την αμοιβή του θεράποντος ιατρού, τη δαπάνη του νοσοκομείου ή ξενοδοχείου του εξωτερικού, τη δαπάνη εστιατορίου, καθώς και τη δαπάνη μετακινήσεων στο εξωτερικό. Τα παραπάνω καλύπτουν όχι μόνο το θύμα, αλλά και το συνοδό του, εφόσον η παρουσία του στη συγκεκριμένη περίπτωση κρίνεται αναγκαία. Καλύπτει επίσης και τη δαπάνη συνοδού ιατρού για το ταξίδι μετάβασης με αεροπλάνο μέχρι την άφιξη του ασθενούς στο

νοσοκομείο της αλλοδαπής, αλλά και τη δαπάνη διερμηνέα (ΕφΠατρ 310/2006, ΕφΑθ 1476/2004, ΕφΑθ 5965/1999).

Κατά το άρθρο 929 ΑΚ προκύπτει, ότι η αποζημίωση εκείνου που υπέστη παράνομη βλάβη της υγείας του περιλαμβάνει και τη μελλοντική ζημία του. Η μελλοντική περιουσιακή ζημία, δεν είναι μόνο αποθετική ή διαφυγόν κέρδος σαν συνέπεια της ανικανότητάς του για εργασία, οπότε προσβλέπει σε περιορισμένα μόνο εισοδήματα. Μπορεί να αποτελεί και μελλοντική θετική ζημία. Η μελλοντική ζημία αποκαθίσταται, όχι όμως όταν είναι ενδεχόμενη και υποθετική (ΕφΘε 949/2000, ΕφΑθ 331/1991). Αυτός που υπέστη σωματική βλάβη από αδικοπραξία τρίτου και δέχεται τις αυξημένες περιποιήσεις και φροντίδες της μητέρας του ή άλλων στενών συγγενικών του προσώπων για την αποκατάσταση της υγείας του, δικαιούται να απαιτήσει από τον υπόχρεο προς αποζημίωση τουλάχιστον το ποσό που θα ήταν υποχρεωμένος να καταβάλει σε τρίτον, που θα προσλάμβανε για το σκοπό αυτόν, έστω και αν στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν καταβάλει κανένα τέτοιο ποσό στα προαναφερθέντα πρόσωπα, τα οποία με υπερένταση των προσπαθειών τους και σε βάρος άλλων ασχολιών τους απασχολούνται με αυτόν (ΑΠ 833/2005, ΑΠ 1379/2004).

Σαν αναπηρία θεωρείται κάθε έλλειψη σωματικής, νοητικής ή ψυχικής ακεραιότητας του προσώπου, ενώ σαν παραμόρφωση νοείται κάθε ουσιώδης αλλοίωση της εξωτερικής εμφάνισης του προσώπου η οποία καθορίζεται όχι αναγκαία κατά τις αντιλήψεις της ιατρικής αλλά κατά τις αντιλήψεις της ζωής. Η αναπηρία ή η παραμόρφωση δυνατόν να θεμελιώσει και αυτοτελή αξίωση για αποζημίωση, αν επιδρά στο μέλλον του παθόντα, δηλαδή στην επαγγελματική, οικονομική και κοινωνική του εξέλιξη. Δεν απαιτείται βεβαιότητα δυσμενούς επιρροής στο μέλλον του προσώπου, αλλά αρκεί και η απλή δυνατότητα κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων (ΠΠρΑθ 189/2010). Είναι δυσχερής η πρόβλεψη της συγκεκριμένης περιουσιακής ζημίας που θα προκαλέσει στον παθόντα η αναπηρία ή η παραμόρφωση. Είναι όμως βέβαιο, ότι αυτή η αναπηρία ή παραμόρφωση ανάλογα με το βαθμό της και τις συντρέχουσες περιστάσεις θα έχει δυσμενή επίδραση στην κοινωνικοοικονομική εξέλιξή του. Η βεβαιότητα αυτή προκύπτει από τα διδάγματα της κοινής πείρας ότι η αναπηρία ή η παραμόρφωση αποτελούν αρνητικό στοιχείο στα πλαίσια του ανταγωνισμού και της οικονομικής εξέλιξης του παθόντος, κυρίως σε περιόδους οικονομικών δυσχερειών και στενότητας στην αγορά εργασίας, όπου οι βαρυνόμενοι με αναπηρία ή παραμόρφωση

μειονεκτούν και κινδυνεύουν να βρεθούν εκτός εργασίας έναντι των υγιών συναδέλφων τους.

Σύμφωνα με την ΑΠ 423/2012, η οποία απέρριψε αίτηση αναίρεσης της 5083/2009 απόφασης του Εφετείου Αθηνών, η αναιρεσείουσα καλείται να καταβάλλει σε καθέναν από τους αναιρεσίβλητους το ποσό των 50.000 ευρώ, σαν χρηματική αποζημίωση λόγω της ψυχικής οδύνης που προκλήθηκε από την αδικοπρακτική συμπεριφορά της, καθώς και το ποσό των 7.336 ευρώ στην πρώτη των αναιρεσιβλήτων, που είχε παραληφθεί να επιδικασθεί με την πρωτόδικη απόφαση και αφορά αποζημίωσή της για τα έξοδα κηδείας του αποβιώσαντος εξ αιτίας της αδικοπρακτικής συμπεριφοράς των αντιδίκων, στα οποία η σύζυγος υποβλήθηκε. Στην ίδια απόφαση ο ΑΠ έκρινε ότι δεν είναι ανάγκη να γίνεται ειδική μνεία και χωριστή αξιολόγηση κάθε αποδεικτικού μέσου, αρκεί να γίνεται αδίστακτα βέβαιο από το όλο περιεχόμενο της απόφασης ότι συνεκτιμήθηκαν όλα τα αποδεικτικά μέσα που επικαλέστηκαν και προσκόμισαν οι διάδικοι, έστω και αν στην απόφαση έχει γίνει ιδιαίτερη αναφορά σε ορισμένα από τα αποδεικτικά μέσα, επειδή θεωρήθηκαν μεγαλύτερης σημασίας κατά την ελεύθερη κρίση του δικαστηρίου (ΑΠ 22/2005, ΑΠ 1072/2005).

Σύμφωνα με την απόφαση ΣτΕ 424/2012, στο άρθρο 105 του Εισαγωγικού Νόμου του Αστικού Κώδικα (ΠΔ 456/1984, Α' 164), ορίζεται ότι «Για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος...». Στο άρθρο 106 ορίζεται ότι, «Οι διατάξεις εφαρμόζονται και για την ευθύνη των δήμων, των κοινοτήτων ή των άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου από πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων που βρίσκονται στην υπηρεσία τους».

Κατά την έννοια των διατάξεων αυτών, ευθύνη του Δημοσίου ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου προς αποζημίωση γεννάται όχι μόνο από την έκδοση μη νόμιμης εκτελεστής διοικητικής πράξης ή από τη μη νόμιμη παράλειψη έκδοσης τέτοιας πράξης, αλλά και από μη νόμιμες υλικές ενέργειες των οργάνων του Δημοσίου ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ή από παραλείψεις οφειλομένων νόμιμων υλικών ενεργειών αυτών. Οι υλικές αυτές ενέργειες ή παραλείψεις πρέπει να συνάπτονται με την οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών ή των υπηρεσιών του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και να μην σχετίζονται με την ιδιωτική διαχείριση του

Δημοσίου ή του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και να μην οφείλονται σε προσωπικό πταίσμα οργάνου που ενήργησε εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών του καθηκόντων (ΑΕΔ., 5/1995).

Η ευθύνη του Δημοσίου ή του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, υπάρχει όχι μόνο όταν με πράξη ή παράλειψη οργάνου αυτών παραβιάζεται συγκεκριμένη διάταξη νόμου, αλλά και όταν παραλείπονται τα ιδιαίτερα καθήκοντα και υποχρεώσεις που προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη υπηρεσία και προσδιορίζονται από την κείμενη εν γένει νομοθεσία, στα διδάγματα της κοινής πείρας και στις αρχές της καλής πίστης (ΣτΕ 2796/2006, ΣτΕ 2741/2007, ΣτΕ 1019/2008, ΣτΕ 4133/2011).

Ο προορισμός και η περιουσιακή κατάσταση του αναιρεσίβλητου νοσοκομείου, δεν μπορεί να αποτελέσουν νόμιμα στοιχεία που δικαιολογούν τη μείωση της καταβλητέας από αυτό κατά τα άρθρα 105 και 106 του Εις. Ν.Α.Κ. αποζημίωσης και χρηματικής ικανοποίησης (ΣτΕ 2579/2006). Καμία διάταξη του ΑΚ δεν προβλέπει υποχρέωση των γονέων να παρέχουν υπηρεσίες στα ενήλικα τέκνα τους, υπηρεσίες τις οποίες ο ως άνω στερήθηκε λόγω της κατάστασης της υγείας της μητέρας του. Επίσης από καμία διάταξη του ΑΚ δεν προβλέπεται υποχρέωση του γονέα να παρέχει υπηρεσίες σε ενήλικο τέκνο, παρά μόνο υποχρέωση τέκνου να παρέχει υπηρεσίες για τις ανάγκες του οίκου, σύμφωνα με το άρθρο 1508 ΑΚ.

Σύμφωνα με τον ισχύοντα υπαλληλικό κώδικα που κυρώθηκε με το Ν 3528/2007, που ισχύει από την 8^η Φεβρουαρίου 2007, ο δημόσιος υπάλληλος ευθύνεται έναντι του δημοσίου για κάθε θετική ζημία που προξένησε σε αυτό από δόλο ή βαρεία αμέλεια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καθώς επίσης για τις αποζημιώσεις στις οποίες υποβλήθηκε το δημόσιο έναντι τρίτων ένεκα παρανόμων πράξεων ή παραλείψεων αυτού που έγιναν επίσης από δόλο ή βαριά αμέλεια. Δεν ευθύνεται όμως ο υπάλληλος έναντι τρίτων για τις πράξεις αυτές ή παραλείψεις του. Στην έννοια της ζημίας διαλαμβάνεται η περιουσιακή ζημία και η χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης (ΑΠ 3/2009). Δεν υπάγονται στις διατάξεις του κώδικα οι Καθηγητές των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και το λοιπό προσωπικό αυτών. Δηλαδή η ομάδα αυτή των εκπαιδευτικών δεν υπαγόταν στον υπαλληλικό Κώδικα για τη ρύθμιση της υπηρεσιακής κατάστασης και ειδικότερα της ευθύνης αυτών κατά την πρόκληση ζημιών σε τρίτους από πράξη ή παράλειψη τους κατά την ενάσκηση των καθηκόντων τους. Κατά το χρόνο της διενέργειας κάποιας χειρουργικής επέμβασης σε

τρίτο ή ιατρικής παρακολούθησής του, η πανεπιστημιακή ιδιότητα δεν παύει να υφίσταται, ούτε υποβαθμίζεται από αυτήν του ιατρού, και επιβεβαιώνει τις αυξημένες γνώσεις του πανεπιστημιακού καθηγητή που οφείλει να κατέχει και να τις εφαρμόζει στην πράξη με προσωπική του ευθύνη, χωρίς σφάλματα. Κατά το σκεπτικό της ολομέλειας του ΑΠ, θα υφίστατο άνιση μεταχείριση, εάν μεταξύ των ιατρών με διαφορετικά προσόντα κάποια ευνοϊκή ρύθμιση ως προς την υπηρεσιακή τους ευθύνη υπήρχε μόνον υπέρ εκείνων που είχαν τα πρόσθετα προσόντα, όπως είναι οι πανεπιστημιακοί καθηγητές, και δεν είχε επεκταθεί και στους έχοντες μόνο την ιδιότητα του ιατρού ΕΣΥ. Αν αντίθετα, επεκτεινόταν η υφιστάμενη ευνοϊκή μεταχείριση μόνον υπέρ των ιατρών του ΕΣΥ ρύθμιση στους έχοντες πρόσθετα προσόντα ιατρούς, χωρίς να συντρέχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος, προς το συμφέρον μόνον των τελευταίων, θα οδηγούσε στην πραγματικότητα σε ανισότητα του νόμου έναντι των πολιτών, που είναι ανεπίτρεπτη από τη Συνταγματική διάταξη (ΑΠ 4/2009).

Η βαρύτερη ευθύνη του ειδικού ιατρού δεν φαίνεται τελικά να ασκεί κάποια επίδραση στη θεμελίωση του ιατρικού σφάλματος αλλά μόνο στον καθορισμό του ύψους του ποσού της χρηματικής αποζημίωσης της ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης (ΕφΑθ 197/1988, ΑΠ 1270/1989). Μετά την επίτευξη της εγκυμοσύνης συμφωνήθηκε η διενέργεια του τοκετού σε ιδιωτική κλινική. Για το λόγο αυτό ο εναγόμενος εισέπραξε μία υψηλή αμοιβή. Το βρέφος εμφάνισε εγκεφαλική παράλυση και διανοητική καθυστέρηση. Με βάση τα πραγματικά περιστατικά του τοκετού το Εφετείο έκρινε ότι η βλάβη του σώματος και της υγείας του παιδιού οφείλετο σε «βαριά αμέλεια» του ιατρού και τα όποια λάθη «... ήταν ανεπίτρεπτα από αυτόν που ήταν ειδικός και μάλιστα Καθηγητής του Πανεπιστημίου στο αντικείμενο της Γυναικολογίας και Μαιευτικής και εν όψει της γνώσης του των προβλημάτων της συγκεκριμένης εγκύου». Τα στοιχεία της απόφασης ανέφερε όλες τις παραμέτρους ευθύνης του «ειδικού ιατρού», αφενός την ιδιότητα του εναγόμενου ιατρού ως καθηγητή Πανεπιστημίου, αφετέρου τη σύναψη σύμβασης ιατρικής αγωγής με συγκεκριμένο περιεχόμενο και συμφωνία ιδιαίτερα υψηλής αμοιβής.

Άλλωστε, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ.2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζεται ότι: Ο ιατρός ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα

και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης. Από την παράγραφο αυτή προκύπτει ότι ο νόμος αποδίδει ιδιαίτερη αξία στις τυχόν ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες του ιατρού, αξιωνόντας από αυτόν να ενεργεί βάσει των αυξημένων ικανοτήτων του και να μην αρκείται στην επιμέλεια που θα έδειχνε ο μέσος ιατρός της ειδικότητάς του.

Συνήθως ο ΑΠ χρησιμοποιεί την τυποποιημένη έκφραση: από τα αποδεικτικά μέσα που κατ' είδος αναφέρει η προσβαλλόμενη απόφαση, προέκυψαν τα ακόλουθα πραγματικά περιστατικά, αφού αρκεί η κατ' είδος αναφορά των αποδεικτικών μέσων στην απόφαση του Δικαστηρίου της ουσίας, χωρίς να απαιτείται αναλυτική παράθεση του τι προέκυψε από το καθένα χωριστά.

Με αγωγή ενώπιον του Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθήνας, η αναιρεσίβλητη (ΣτΕ 330/2009), ζήτησε να αναγνωρισθεί η υποχρέωση του αναιρεσεύοντος νοσοκομείου να της καταβάλει ποσό, ως χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης που της προκάλεσε η παράλειψη εκ μέρους της ορθοπεδικής ομάδας του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης της 12^{ης} Μαΐου 1994, να αφαιρέσει από την περιοχή της δεξιάς λαγονίου χώρας της γάζας που είχε χρησιμοποιηθεί. Συνέπεια της παράλειψης αυτής ήταν:

α) η παραγωγή αντιδραστικού υγρού, που κατά διαστήματα εύρισκε διέξοδο από το χειρουργικό τραύμα του δέρματος και στη συνέχεια, όταν επουλώθηκε το τραύμα, το υγρό έβρισκε διέξοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με αποτέλεσμα την πρόκληση παραλυτικού ειλεού,

β) η αδυναμία λήψης της αναγκαίας τροφής, με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους περίπου 27 κιλών και

γ) την πρόκληση σε αυτήν αφόρητων πόνων στην κοιλιά και ψυχικής στεναχώριας. Το πρωτοβάθμιο δικαστήριο, έλαβε υπόψη του ότι συνέτρεχε παράνομη ενέργεια των οργάνων του αναιρεσεύοντος, που προκάλεσε βλαπτικές συνέπειες στην αναιρεσίβλητη και κυρίως στη σωματική ακεραιότητα και ψυχική υγεία της. Έλαβε επίσης υπόψη τη βαρύτητα του πταίσματος των ορθοπεδικών ιατρών του αναιρεσεύοντος, το είδος της προσβολής, τη βαρύτητα της βλάβης, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες προκλήθηκε η βλάβη όπως και η διάρκειά της και προσδιόρισε την οφειλόμενη χρηματική ικανοποίηση στο ποσό των 14.674 ευρώ.

Σύμφωνα με τη απόφαση ΔΕφΑθ 5/2009, το δικαστήριο έκρινε ότι δικαιούνται τα ανήλικα τέκνα της εκκαλούσας χρηματική ικανοποίηση για το ψυχικό πόνο που θα δοκιμάσουν στο μέλλον, όταν ωριμάσουν ψυχοσωματικά και σχηματίσουν συναισθηματικό κόσμο, από την έλλειψη της παρουσίας του πατέρα τους κατά τα διάφορα στάδια της ζωής τους. Περαιτέρω, λαμβάνοντας το δικαστήριο υπόψη τις ένορκες καταθέσεις σχετικά με το ότι η εκκαλούσα είχε δημιουργήσει με το θανόντα μία θαυμάσια οικογένεια, στην οποία ο τελευταίος ήταν αφοσιωμένος και ότι έτσι βιώνει έντονα το ψυχικό πόνο της στέρησής του και ότι ο ξαφνικός θάνατος νέου ανθρώπου ηλικίας μόλις 26 ετών, με το οποίο η εκκαλούσα ήταν παντρεμένη και ζούσε μαζί του 5 χρόνια και με τον οποίο απέκτησε τρία παιδιά, της προκάλεσε κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας και της λογικής ψυχικό πόνο και δικαιολογείται για την ανακούφισή του ανάλογη χρηματική ικανοποίηση.

Σύμφωνα με την απόφαση ΔΕφΑθ 1154/2009, το γεγονός ότι είχε επιδικαστεί στο παρελθόν χρηματική ικανοποίηση στον παθόντα για τη σωματική βλάβη που είχε υποστεί ο ίδιος, δεν αποκλείει την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης στη σύζυγο και το τέκνο του, ως μέλη της οικογένειάς του, μετά το θάνατό του, λόγω ψυχικής οδύνης, η οποία προκλήθηκε σε αυτούς από τις ίδιες ζημιογόνες ενέργειες των οργάνων του Δημοσίου, δεδομένου ότι η αιτία και τα πρόσωπα για την εν λόγω χρηματική ικανοποίηση είναι διαφορετικά, αφού η χρηματική αυτή ικανοποίηση αποσκοπεί στη ψυχική ανακούφιση και ηθική παρηγοριά των εγγυτέρων συγγενών του θανόντος. Η σύζυγος δικαιούται χρηματική αποζημίωση, έστω και αν ο γάμος της με το θανόντα τελέσθηκε μετά την επέλευση των ζημιογόνων παραλείψεων των γιατρών του Δημοσίου και την πρόκληση της σωματικής βλάβης που επέφερε τελικά το θάνατό του, αφού ο γάμος της με το θανόντα δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι τελέσθηκε για καταδολιευτικούς σκοπούς και συγκεκριμένα για να θεμελιώσει αυτή αστικές αξιώσεις σε βάρος του Ελληνικού Δημοσίου, δεδομένου ότι ο χρόνος τέλεσης του γάμου απέχει πολύ από το χρόνο του θανάτου. Το ότι κατά το χρόνο επέλευσης του γεγονότος, που επέφερε τελικά το θάνατο του παθόντος, δεν είχε συναφθεί ο γάμος και δεν είχε γεννηθεί το τέκνο τους, δεν παρακωλύει την άσκηση του δικαιώματος για χρηματική ικανοποίηση λόγω ψυχικής οδύνης εκ μέρους της συζύγου και του τέκνου.

Στην οικογένεια του θύματος για την καταβολή χρηματικής ικανοποίησης για ψυχική οδύνη, περιλαμβάνονται οι εξ αγχιστείας συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή

πεθερός, πεθερά, γαμπρός και νύφη από τέκνο (ΑΠ 1735/2006) ενώ δεν περιλαμβάνονται οι εξ αγχιστείας συγγενείς πέραν του πρώτου βαθμού, όπως είναι, ο εξ αγχιστείας αδελφός (αδελφός του συζύγου, κουνιάδος ή κουνιάδα) (ΑΠ 21/2000, ΑΠ 319/2006). Το πρωτοβάθμιο Δικαστήριο επιδίκασε, το ποσό των 250.000 ευρώ, για την αποκατάσταση της ηθικής βλάβης του ανηλικού τέκνου, το οποίο κατά την έγερση της αγωγής ήταν πέντε ετών, αλλά κατά το θάνατο της μητέρας του ήταν βρέφος κάποιων ωρών.

Η χρηματική ικανοποίηση για την αποκατάσταση της ηθικής βλάβης επιδικάζεται όταν το μέλος της οικογένειας του θανόντος είχε κατά το χρόνο το θανάτου του τελευταίου σχηματισμένη ήδη ηθική προσωπικότητα και συναισθηματικό κόσμο, ώστε να επιδέχεται τις επιδράσεις από τον εξωτερικό κόσμο, και τις ψυχικές συγκινήσεις από το θάνατο. Το δικαστήριο όμως μπορεί να αποκαταστήσει όχι μόνο την ενεστώσα αλλά και τη μέλλουσα ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη, όπως μπορεί να αποκαταστήσει τη μέλλουσα περιουσιακή ζημία. Το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει χρηματική ικανοποίηση και για βρέφος ή για ανήλικο τέκνο για τη ψυχική οδύνη που είναι βέβαιο ότι θα δοκιμάσει, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, όταν θα φθάσει σε ηλικία κατά την οποία θα μπορεί να δέχεται τις ψυχικές επιδράσεις του εξωτερικού κόσμου και να αισθάνεται το ψυχικό πόνο και την έλλειψη του συγγενικού προσώπου που χάθηκε (ΔΕφΑθ 2391/2009).

Στη διάταξη 932 ΑΚ ορίζεται ότι: «Σε περίπτωση αδικοπραξίας, ανεξάρτητα από αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει εύλογη κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης. Αυτό ισχύει ιδίως για εκείνον που υπέστη προσβολή της υγείας, της τιμής ή της αγνείας του ή στερήθηκε την ελευθερία του...». Από τη διάταξη αυτή παρέχεται στο δικαστήριο της ουσίας η ευχέρεια όπως προσδιορίσει το ποσό της χρηματικής ικανοποίησης, ύστερα από εκτίμηση των πραγματικών περιστατικών που θέτουν υπόψη τους οι διάδικοι, ήτοι το βαθμό του πταίσματος του υπόχρεου, το είδος της προσβολής, την έκταση του άλγους του παθόντος, το τυχόν συντρέχον πταίσμα του, την ηλικία και το φύλο αυτού, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση των μερών και με βάση τους κανόνες της κοινής πείρας και της λογικής (ΑΠ 1234/2001, ΑΠ 1502/2001). Συνιστά βλάβη της τιμής του προσώπου η περιέλευση σε κατάσταση πλήρους οικονομικής ένδειας και η κοινωνική περιθωριοποίηση που αυτή συνεπάγεται (ΣτΕ 1696/2003)

Σύμφωνα με την απόφαση ΠΠρΧαν 226/2009, η εναγόμενη ιατρός επιδεικνύοντας αμελή συμπεριφορά δεν παρείχε στους ενάγοντες τις ενδεδειγμένες συστάσεις με βάση τους ιατρικούς κανόνες, τις γνώσεις και τις ικανότητες της και έχοντας υπόψη τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις στον κλάδο της προγεννητικής διάγνωσης και ανέλαβε τη διενέργεια υπερηχογραφικού ελέγχου χωρίς να έχει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες και έτσι διαβεβαίωσε τους ενάγοντες για τη φυσιολογική κατάσταση της υγείας του εμβρύου χωρίς να παραπέμψει ως όφειλε και δύνατο να πράξει προς εξέταση και διενέργεια υπερηχογραφικού ελέγχου β' τριμήνου σε κατάλληλο ερευνητικό κέντρο. Η ηλικία της εγκύου και η αυξημένη αυχενική διαφάνεια αποτελούσαν παράγοντες που όφειλαν να καταστήσουν περισσότερο επιτακτική την παραπάνω υποχρέωση της για επίδειξη ιδιαίτερης επιμέλειας. Η διενέργεια του ελέγχου θα αποκάλυπτε τις συγγενείς ανωμαλίες του γεννηθέντος τέκνου και ιδιαίτερα τη συνδακτυλία και την αγενεσία του μεσολοβίου, σε χρόνο που ήταν επιτρεπτή η διακοπή της κύησης, στερώντας το δικαίωμα των εναγόντων για διακοπή της κύησης προσβάλλοντας παράνομα την προσωπικότητά τους. Συνεπεία της άνω προσβολής οι ενάγοντες υπέστησαν βαρύτατη ηθική βλάβη για την αποκατάσταση της οποίας η εναγόμενη ιατρός πρέπει να καταβάλει στους ενάγοντες χρηματική ικανοποίηση, πρέπει δε να προσδιοριστεί για έκαστο των εναγόντων στο ποσό των τετρακοσίων χιλιάδων ευρώ.

Στην περίπτωση της πρόκλησης σφαλμάτων που ανάγονται σε υλικές ενέργειες (ή παραλείψεις) του διοικητικού, νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η ευθύνη θεμελιώνεται στις γενικότερες διατάξεις περί οργάνωσης του συστήματος παροχής δημόσιας υγείας (Ν 1397/1983, ιδρυτικός νόμος ΕΣΥ) και λοιπές διατάξεις όπως το νομοθετικό πλαίσιο σύστασης και λειτουργίας πανεπιστημιακού νοσηλευτικού ιδρύματος αλλά και σε εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας (ΣτΕ 3457/2003). Ο θεσμός της αστικής ευθύνης στο δημόσιο δίκαιο απομακρύνεται από τους κανόνες εφαρμογής της αστικής ευθύνης στο ιδιωτικό δίκαιο. Το νοσηλευτικό ίδρυμα, ανεξάρτητα υπαιτιότητας του οργάνου του, ευθύνεται για όλα τα ιατρικά σφάλματα που προκαλούνται σε ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, με μοναδική προϋπόθεση το σφάλμα να τελέστηκε στο πλαίσιο της άσκησης δημόσιας εξουσίας (παροχή υπηρεσίας δημόσιας υγείας).

Απαιτείται πρόκληση ζημίας, που ανάγεται σε κάποιου είδους βλάβη στην υγεία του ασθενούς, που άλλοτε είναι εμφανής και άλλοτε όχι, όπως η δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων. Η ζημία αυτή συνίσταται, στην ηθική βλάβη την οποία υφίσταται ο ασθενής από την προσβολή των αγαθών που συνδέονται με την προσωπικότητά του και στην περιουσιακή ζημία η οποία προκύπτει από την πραγματική μείωση της περιουσίας του ασθενή (θετική ζημία, καταβολή εξόδων νοσηλείας, αγορά φαρμακευτικού υλικού και αναλωσίμων) και σε ματαίωση της αύξησης της περιουσίας του (αποθετική ζημία, απώλεια εισοδήματος από την εργασία του)³².

Τέλος, απαιτείται η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ των ανωτέρω. Αναζητείται η αιτιώδης συνάφεια ως ο σύνδεσμος που πρέπει να υφίσταται μεταξύ της ζημιόγону και της παράνομης πράξης και της πρόκλησης ζημίας (εξωτερική συνάφεια)³³.

Αφετέρου, ως αιτιώδης συνάφεια νοείται ο εσωτερικός σύνδεσμος που πρέπει να υφίσταται μεταξύ της παρανόμου και ζημιόγону ενέργειας και των καθηκόντων δημόσιας εξουσίας που έχουν ανατεθεί στο όργανο (εσωτερική συνάφεια). Η παρανομία δηλαδή, διαπράχθηκε «κατά την άσκηση» των καθηκόντων του οργάνου. Σε έλλειψη του στοιχείου της εξωτερικής συνάφειας, ο μηχανισμός της αστικής ευθύνης έναντι του δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος δεν ενεργοποιείται, όπως επίσης και σε έλλειψη του στοιχείου της εσωτερικής συνάφειας, διακόπτεται και πάλι ο αιτιώδης σύνδεσμος και υφίσταται μονάχα προσωπική ευθύνη του οργάνου³⁴.

Πρόκειται τότε για ενέργεια ή παράλειψη του οργάνου, η οποία έλαβε χώρα εκτός των υπηρεσιακών καθηκόντων του, οπότε ευθύνη δεν μπορεί να καταλογιστεί στο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Η αποζημίωση είναι χρηματική και καλύπτει τόσο τη θετική ζημία όσο και το διαφυγόν κέρδος (άρθρα 928 και 931 ΑΚ). Επίσης, το Δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει χρηματική αποζημίωση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου (άρθρο 932 εδ α' και γ', ΑΚ).

Στο πεδίο της αστικής ιατρικής ευθύνης του Δημοσίου, ο δικαστής ορίζει κατ' αρχήν το ιατρικό σφάλμα, δηλαδή πρέπει να αποδειχθούν οι παράνομες υλικές ενέργειες και

³² (Σπηλιωτόπουλος Επ., 2007: σ. 240).

³³ (Σπηλιωτόπουλος Επ., 2007: σ. 241).

³⁴ (Σπηλιωτόπουλος Επ., 2007: σ. 248).

οι παραλείψεις του ιατρού ή του νοσοκομείου. Αρκεί και η παράλειψη εκπλήρωσης ιδιαιτέρων καθηκόντων και υποχρεώσεων που προσδιορίζονται από διδάγματα της κοινής πείρας, της επιστημονικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, εμπειρίας και τις αρχές της καλής πίστης (ΣτΕ 2736/2007, ΣτΕ 2179/2007).

Στη συνέχεια, η απόδειξη του αιτιώδη συνδέσμου της ζημίας με το ιατρικό σφάλμα, λόγω του τεχνικού και δυσχερούς χαρακτήρα της ιατρικής πράξης καθώς και λόγω της θεραπευτικής ελευθερίας του ιατρού είναι εξαιρετικά δύσκολη. Τα όρια μεταξύ της παραβίασης κανόνων και της ελευθερίας επιλογής θεραπευτικής μεθόδου είναι εξαιρετικά υποκειμενικά και ρευστά.

Ο δικαστής επιτρέπεται να εξετάσει όλα τα εγκύτως εισφερόμενα αποδεικτικά στοιχεία (άρθρο 147 Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας) και συγκεκριμένα την αυτοψία, την πραγματογνωμοσύνη, τα έγγραφα, την ομολογία, τις εξηγήσεις των διαδίκων, τους μάρτυρες και τα δικαστικά τεκμήρια. Το Δικαστήριο αποκτά εξειδικευμένες γνώσεις με τις απλές γνωμοδοτήσεις του άρθρου 168 ΚΔΔ από πρόσωπα που έχουν ειδικές γνώσεις επιστήμης, όπως γνώμες ιατρών επιστημονικού κύρους ή επιστημονικών φορέων ή αλλοδαπών αρμοδίων υπηρεσιών (ΣτΕ 2736/2007, ΣτΕ 3102/1999, ΣτΕ 3202/2006).

Το βάρος απόδειξης των πραγματικών περιστατικών, τη συνδρομή των οποίων επικαλείται για να στηρίξει τον προβαλλόμενο ισχυρισμό περί ιατρικού σφάλματος το φέρει, ο ζημιωθείς. Όμως η φύση των ιατρικών πράξεων λόγω του τεχνικού χαρακτήρα τους, δεν αφήνει πολλά περιθώρια απόδειξης στο ζημιωθέντα ιδιώτη. Το Δικαστήριο κατανέμει το βάρος της απόδειξης με την έκδοση προδικαστικής απόφασης (άρθρο 152 ΚΔΔ), με την οποία μπορεί να ζητηθεί από τους διαδίκους η προσκομιδή συμπληρωματικών αποδεικτικών στοιχείων. Η μη συμμόρφωση στην προδικαστική απόφαση επιφέρει δυσμενείς συνέπειες σε αυτόν που επιφορτίζεται με την υποχρέωση απόδειξης (ΣτΕ 511/2007, ΣτΕ 1756/2005). Το εναγόμενο Δημόσιο μπορεί αποδεικτικώς να ισχυρισθεί διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου ή άρνηση του μεγέθους της ζημίας³⁵.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 Ν 2251/1994, ο ζημιωθείς ενάγων φέρει το βάρος απόδειξης της παροχής των υπηρεσιών, της ζημίας του και του αιτιώδους συνδέσμου της ζημίας με την εν γένει παροχή των υπηρεσιών. Δεν φέρει, όμως την ευθύνη απόδειξης της συγκεκριμένης πράξης ή παράλειψης που επέφερε το ζημιολόγο αποτέλεσμα. Ο

³⁵ (Μαθιουδάκης Ι., 2006: σ. 317).

παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός, καλείται να αποδείξει είτε την ανυπαρξία παράνομης πράξης, είτε την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου της ζημίας με την παράνομη και υπαίτια πράξη, είτε τη συνδρομή κάποιου λόγου επαγόμενου την άρση ή τη μείωση της ευθύνης του (ΑΠ 1227/2007).

Παράλληλα με τη διοικητική δίκη που αφορά στην αστική ευθύνη του Δημοσίου από ιατρικά σφάλματα, εξελίσσεται μία δεύτερη δίκη ενώπιον των ποινικών δικαστηρίων, όπου αναζητούνται οι ποινικές ευθύνες του θεράποντος ιατρού ή του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα αποδεδειγμένα στην ποινική δίκη περιστατικά που θεμελιώνουν την ενοχή του δράστη (άρθρο 5 παρ. 2 του ΚΔΔ) δεσμεύουν πλήρως την κρίση του διοικητικού δικαστή. Μόνη προϋπόθεση για την εφαρμογή της διάταξης περί δέσμευσης του διοικητικού δικαστηρίου από την ποινική απόφαση είναι η έρευνα από το διοικητικό δικαστήριο για το αν η ποινική απόφαση έχει καταστεί αμετάκλητη, ειδάλλως στοιχειοθετείται λόγος αναίρεσης (ΣτΕ 2736/2007). Στην πραγματικότητα το νοσηλευτικό ίδρυμα στερείται του δικαιώματος αποτελεσματικής έννομης προστασίας, αφού σε περίπτωση που έχει προηγηθεί η έκδοση καταδικαστικής απόφασης σε βάρος του οργάνου του, και εφόσον ο ίδιος αδιαφορήσει πλήρως για την υπεράσπισή του, οι νομικές δυνατότητες περιορίζονται μόνο στη μείωση του ποσού της αποζημίωσης.

Στην πλειονότητα των αποφάσεων τα δικαστήρια επιλέγουν την ασφαλή λύση της ευθύνης από αδικοπραξία (άρθρο 914 ΑΚ) και όχι τη λύση της ενδοσυμβατικής ευθύνης. Σε κάθε περίπτωση η ελληνική νομολογία αποδέχεται την ύπαρξη συμβατικής σχέσης μόνο στη σχέση ιδιώτη ιατρού και πελάτη του, ενώ την απορρίπτει για τη σχέση που προκύπτει όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί το εθνικό σύστημα δημόσιας περίθαλψης³⁶. Με βάση το ελληνικό δίκαιο χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης προβλέπεται μόνο για τις περιπτώσεις ευθύνης από αδικοπραξία (932 ΑΚ).

Η συνδρομή λόγου ανωτέρας βίας διακόπτει τον αιτιώδη σύνδεσμο των ενεργειών ή παραλείψεων με την επελθούσα ζημία. Στην περίπτωση αυτή αποκλείεται η αστική ευθύνη του Δημοσίου. Η απόδειξη λόγου ανωτέρας βίας είναι δυσχερής και το βάρος απόδειξης της συνδρομής του το φέρει αυτός που τον επικαλείται. Σύμφωνα με απόφαση (ΔεφΘε 1125/2002) κρίθηκε ότι: «η θεραπευτική αγωγή που ακολουθήθηκε ήταν πλήρης και ενδεδειγμένη, τα χορηγηθέντα δε φάρμακα ήταν επίσης τα ενδεδειγμένα, ενώ η εξέλιξη-επιδείνωση της νόσου ήταν τόσο ταχεία που δεν επέτρεπε

³⁶ (Φουντεδάκη Κ., 2003: σ. 339).

περιθώρια παραλείψεων και καθυστερήσεων και ότι οι γιατροί φρόντισαν το παιδί και παρακολούθησαν την πορεία της νόσου πράττοντας ότι απαιτείτο, τις σχετικές δε οδηγίες και εντολές τους εκτέλεσαν οι νοσηλευτές... και κάτω από τις περιστάσεις που εκείνη τη νύκτα ασκούσαν το λειτούργημά τους, κατέβαλαν μέσα στο βραχύ διάστημα νοσηλείας του παιδιού κάθε προσοχή και παρακολούθησαν από κοντά την εξέλιξη της νόσου που ήταν ταχυτάτη...»

Οι ιατροί που είναι ενταγμένοι στο Δημόσιο ή σε ΝΠΔΔ, τελούν σε σχέση υπαλληλικής εξάρτησης με το νοσοκομείο και έτσι με βάση το άρθρο 38 ΥΚ, ο ιατρός που ενεργεί κατ' ενάσκηση ανατεθείσας δημοσίας υπηρεσίας δεν ευθύνεται έναντι τρίτων για πράξεις ή παραλείψεις του, παρά μόνο απέναντι στο νομικό πρόσωπο που καλείται να καταβάλλει αποζημίωση στον παθόντα³⁷.

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Επικρατείας (ΣτΕ 2736/2007), οι πανεπιστημιακοί ιατροί που στελεχώνουν την ιατρική υπηρεσία νοσοκομείων αποτελούν όργανα του νομικού προσώπου του Δημοσίου, στο οποίο παρέχουν υπηρεσίες και τελούν υπό τις ιεραρχικές οδηγίες του Διοικητή του νοσοκομείου, οπότε προκύπτει αστική ευθύνη του εναγομένου ΝΠΔΔ για τα ενδεχόμενα ιατρικά τους σφάλματα. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί όμως δεν υπάγονται στον ΥΚ, οπότε υπέχουν και προσωπική ευθύνη με την προσωπική τους περιουσία για σφάλματα που έχουν προκαλέσει κατά την υπηρεσία τους σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Αρχικά ο Άρειος Πάγος (ΑΠ 3/2009 και ΑΠ 4/2009) με αποφάσεις της Ολομέλειάς του, έκρινε προσωρινά τη διαφοροποίηση της ευθύνης των πανεπιστημιακών ιατρών και των λοιπών ιατρών του ΕΣΥ, έστω και αν υπηρετούν στα ίδια νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα αποφάνθηκε ότι οι πανεπιστημιακοί κατά τον Υπαλληλικό Κώδικα, δεν υπάγονται στο αστικώς ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων και ότι λόγω ουσιωδών διαφορών μεταξύ των δύο κατηγοριών ιατρών δεν είναι δυνατή η επέκταση και στους πανεπιστημιακούς ιατρούς του προβλεπόμενου από τον Υπαλληλικό Κώδικα αστικώς ανεύθυνου των ιατρών ΕΣΥ. Το ζήτημα τελικά επιλύθηκε νομοθετικά με το άρθρο 1 του Ν 3754/2009, το οποίο εξομοίωσε τους πανεπιστημιακούς ιατρούς με τους λοιπούς νοσοκομειακούς ιατρούς όσον αφορά στην αστική τους ευθύνη.

Η προσβολή του έννομου αγαθού της υγείας γεννά ποινική ευθύνη για τον υπαίτιο. Πέρα από την ποινική ευθύνη προκύπτει και πειθαρχική ευθύνη του οργάνου απέναντι

³⁷ (Φουντεδάκη Κ., 2003: σ. 108-111).

στους προϊσταμένους του για παραβίαση υπηρεσιακών υποχρεώσεων, που μπορεί να προκαλέσουν πειθαρχικές ποινές μέχρι και την οριστική παύση από την υπηρεσία. Η πειθαρχική διαδικασία είναι αυτοτελής σε σχέση με την ποινική δίκη, εντούτοις σύμφωνα με το άρθρο 114 ΥΚ, ο πειθαρχικός προϊστάμενος δεσμεύεται από το πόρισμα της ποινικής διαδικασίας.

Αστική ιατρική ευθύνη νοείται η υποχρέωση του ιατρού προς καταβολή αποζημίωσης, όταν κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας προκαλεί ζημία σε ασθενή ή και άλλα πρόσωπα³⁸. Η αστική ιατρική ευθύνη αντιδιαστέλλεται προς την ποινική και την πειθαρχική ευθύνη του ιατρού.

Η μη ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό για το βαθμό επικινδυνότητας και ιδιαίτερα για το ποσοστό πρόκλησης θανάτου σαν επιπλοκή μίας ιατρικής πράξης, συνιστά βαριά αμέλεια της υποχρέωσης του ιατρού να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή. Η υποχρέωση αυτή αφορά στη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης, ανεξάρτητα του χαρακτήρα της ως διαγνωστικής ή θεραπευτικής (ΠολΠρΑθ 1449/2007).

Σε εφαρμογή του άρθρου 1 περ. α΄ ΚΠολΔ, τα πολιτικά δικαστήρια έχουν δικαιοδοσία επί διαφορών, όπου εναγόμενοι είναι ιατροί που ασκούν την ιατρική σαν ιδιωτικό έργο ή ιδιωτικές κλινικές και ιατρικά κέντρα παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Περιγράφεται στις ενστάσεις δικονομικού δικαίου ή ένσταση έλλειψης παθητικής νομιμοποίησης της συνεναγόμενης ιδιωτικής κλινικής λόγω μη συνδρομής, σχέσης πρόσθησης μεταξύ αυτής και του συνεναγόμενου ιατρού (ΑΠ 1362/2007).

Σχετικά με την άσκηση αγωγών αποζημίωσης κατά ιδιωτικών κλινικών για πταίσματα ιατρών, το άρθρο 922 ΑΚ αφορά στην ευθύνη του προστήσαντος για τις παράνομες πράξεις του προστηθέντος που επιφέρουν ζημία σε τρίτο. Τα πρόσωπα που αποκομίζουν οφέλη και επεκτείνουν την επιχειρηματική δράση μέσω τρίτων προσώπων είναι λογικό να υφίστανται και τις επιζήμιες για τους τρίτους συνέπειες των πράξεων των προσώπων αυτών³⁹. Ο θεσμός εξυπηρετεί και την ασφάλεια των ζημιωθέντων, οι οποίοι αποκτούν έναν επιπλέον οφειλέτη, οικονομικά ισχυρότερο από τον προστηθέντα. Για την εφαρμογή του άρθρου 922 ΑΚ απαιτείται η ύπαρξη σχέσης εξάρτησης ανάμεσα στον προστήσαντα και στον προστηθέντα. Τα παραπάνω αποτελούν νοηματική προέκταση της κατά κανόνα αντίληψης της ιατρικής ευθύνης ως αδιοπρακτικής και

³⁸ (Φουντεδάκη Κ., 2003: σελ. 6).

³⁹ (Αρχανιωτάκης, 1989: σ. 28 και σ. 31).

όχι ως ενδοσυμβατικής. Η προστήσασα ιδιωτική κλινική με τη χρησιμοποίηση του προστηθέντος ιατρού ωφελείται πολλαπλά, όχι μόνο γιατί εξασφαλίζει πελατεία αλλά και διότι η συνεργασία της με διαπρεπείς ιατρούς ενισχύει την αίγλη της (ΕφΑθ 4964/2008). Σύμφωνα με την απόφαση ΑΠ 1226/2007, δεν είναι καν απαραίτητο στο δικόγραφο της αγωγής να αναφέρεται ειδικά η αμέλεια της ιδιωτικής κλινικής ως προς την επιλογή των προστηθέντων ιατρών. Οι οδηγίες που λαμβάνει ο προστήσας δεν είναι αναγκαίο να φθάνουν μέχρι παροχής λεπτομερειών ιδίως σε τεχνικής φύσης θέματα ή ακόμη και να αφορούν στον τόπο, χρόνο ή στην τεχνική άσκηση της εργασίας του προστηθέντος και επομένως αρκεί το ότι ο ιατρός εντάσσεται στο πρόγραμμα της κλινικής, η οποία καθορίζει τον τόπο και το χρόνο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών από τον ιατρό (ΕφΑθ 4964/2008).

Δεν απαιτείται η απόδειξη στοιχείου εξάρτησης για την ευθύνη από πρόσταση και στο χαρακτηρισμό του ιατρού ως προστηθέντος, λόγω του γεγονότος ότι λειτουργεί εντός συστήματος που η ιδιωτική κλινική έχει οργανώσει για την επίτευξη των σκοπών της και όχι με βάση το νομικό καθεστώς υπό το οποίο παρέχει ο ιατρός τις υπηρεσίες του⁴⁰.

⁴⁰ (Γσολακίδης Ζ., 2008: σ. 281).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

Προϋποθέσεις της συναίνεσης και η συγκατάθεση

Η διάθεση του αγαθού: Απαραίτητη προϋπόθεση για να ισχύει η συναίνεση του ασθενούς είναι ο παθών να δύναται να διαθέσει το έννομο αγαθόν του⁴¹.

Η συναίνεση δεν θα πρέπει να οδηγεί σε προσβολή της αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Ο ασθενής δεν θα πρέπει να υποβιβαστεί σε απλό αντικείμενο της ιατρικής πράξης ή της ιατρικής έρευνας ακόμη και εάν ο ίδιος ο ασθενής συναινεί σε αυτό.

Χρόνος της συναίνεσης: Θα πρέπει να δίνεται πριν από την επέμβαση και να υπάρχει έως το τέλος αυτής. Η λήψη της συναίνεσης λίγο πριν την επέμβαση, πάνω στο τραπέζι του χειρουργείου, συνιστά προσβολή του δικαιώματος αυτοκαθορισμού όταν ο ασθενής δεν έχει τον κατάλληλο χρόνο να σταθμίσει τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της επέμβασης⁴².

Τύπος της συναίνεσης: Η συναίνεση του ασθενούς εκφράζεται ρητώς ή συμπερασματικώς, όταν η συμπεριφορά του ατόμου δεν συνάγει το αντίθετο.

Ανάκληση: Η εκπερασμένη συναίνεση μπορεί οποτεδήποτε να ανακληθεί. Εάν ο ιατρός παρά την ανάκληση προχωρήσει στην επέμβαση πραγματοποιείται σωματική βλάβη

Να είναι σύμφωνη με τα χρηστά ήθη: Ο όρος των χρηστών ηθών προέρχεται από το αστικό δίκαιο και όχι από το ποινικό⁴³.

Αφορά στο ότι ο μέσος λογικός άνθρωπος κρίνει σαν χρηστά ήθη. Τα χρηστά ήθη αποτελούν μορφή της κυρίαρχης σε ορισμένο κοινωνικό χώρο ιδεολογίας, σχετικά με τη γενική επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία που προκαλεί στα μέλη ενός κοινωνικού συνόλου μία ορισμένη ανθρώπινη συμπεριφορά.

Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στο άρθρο 12 παρ.2 ορίζει: Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται στο δικαστικό συμπαραστάτη εφόσον εκείνος έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης η συναίνεση δίνεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που

⁴¹ (Κωστάρας Α., 2004: σ. 223).

⁴² (Κωστάρας Α., 2004: σ. 225).

⁴³ (Κωστάρας Α., 2004: σ. 226).

κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής. Στην παρ. 3 γ ορίζει ότι δεν απαιτείται συναίνεση εάν οι συγγενείς του ανίκανου προς συναίνεση ασθενούς αρνούνται να τη δώσουν και υπάρχει ανάγκη άμεσης επέμβασης για την προστασία της ζωής ή της υγείας του ασθενούς.

Όταν επιχειρείται ιατρική πράξη χωρίς την απαιτούμενη προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς, πρόκειται για «αυθαίρετη» ιατρική πράξη. Σε τέτοια περίπτωση ο ασθενής έχει κατά του ιατρού αξίωση προς αποκατάσταση της ζημίας από κάθε βλάβη στο σώμα και στην υγεία του, η οποία συνδέεται αιτιωδώς με την αυθαίρετη ιατρική πράξη, χωρίς να έχει νομική σημασία το γεγονός ότι η πράξη εκτελέστηκε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής⁴⁴.

Κατά τις διατάξεις των άρθρων 57-59 ΑΚ, η προσβολή της σωματικής ακεραιότητας, η βλάβη της υγείας, του σώματος ή ο ψυχικός πόνος που υφίσταται ο ασθενής, συνεπεία ιατρικής πράξης, για την οποία δεν έχει ενημερωθεί και δεν έχει συναινέσει, συνιστά οπωσδήποτε παράνομη προσβολή της προσωπικότητάς του. Αυτό κατά μείζονα λόγο ισχύει στην περίπτωση κατά την οποία η ιατρική επέμβαση που γίνεται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς δεν είναι η ενδεδειγμένη ή εμφανίζεται σαν άσκοπη και περιττή. Η υποχρέωση του ιατρού προκειμένου να εξασφαλίσει την συναίνεση του ασθενούς μετά από την παροχή πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσής του, προβλέπεται τόσο στο άρθρο 5 Ν 2619/1998 « περί κυρώσεως της Σύμβασης του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική», όσο και στα άρθρα 11, 12 του Ν 3418/2005 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Η ενημέρωση πρέπει να περιλαμβάνει το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή τις ενδεχόμενες επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προσεγγίσεις καθώς και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης.

Σύμφωνα με την απόφαση ΔΕφαΘ 2244/2009, η ιατρική πράξη ablation (κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής), ενέχει πολύ υψηλό ποσοστό παρουσίας επιπλοκών, όπως συνέβη στην περίπτωση της ενάγουσας, οι οποίες δεν μπορεί να προβλεφθούν εκ των προτέρων και για το λόγο αυτό πρέπει να ενημερώνεται επαρκώς ο ασθενής τόσο για τους κινδύνους αυτών των επιπλοκών όσο και για τις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους, ώστε να μπορεί ελεύθερα να αποφασίζει για την ενδεχόμενη λύση. Στην

⁴⁴ (Φουντεδάκη Κ., 2006: σ. 15 και σ. 16).

προκείμενη περίπτωση από κανένα έγγραφο δεν προκύπτει η προηγούμενη ενημέρωση της ασθενούς, οπότε το εναγόμενο ΝΠΔΔ παραβίασε την υποχρέωσή του αυτή ως προς την ενάγουσα, η οποία υπέστη, λόγω της προσβολής της προσωπικότητάς της και των δικαιωμάτων της ως ασθενούς, ηθική βλάβη, για την ικανοποίηση της οποίας πρέπει να υποχρεωθεί το εναγόμενο ΝΠΔΔ να της καταβάλει το ποσό των 20.000 ευρώ.

Για τη διεξαγωγή κλινικών μελετών φαρμάκων σε άνθρωπο προβλέπεται η γραπτή συγκατάθεση του συμμετέχοντος, αφού προηγουμένως ενημερωθεί σχετικά με τη φύση, σημασία, τις συνέπειες και τους κινδύνους της κλινικής μελέτης, καθώς και για την ανά πάσα στιγμή δυνατότητα αποχώρησής του από αυτήν (Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3/89292/31.12.2003). Με την απόφαση αυτή των Υπουργείων Υγείας και Οικονομικών ενσωματώθηκε η οδηγία 2001/20/EK στο ελληνικό δίκαιο. Στην Οδηγία υπάρχουν προβλέψεις για την προστασία αυτών που συμμετέχουν σε μελέτες, με έμφαση στις εγγυήσεις εξασφάλισης της ελεύθερης και ύστερα από πληροφόρηση συναίνεσής τους. Προβλέπεται η καθιέρωση μηχανισμού ελέγχου της «ηθικής σκοπιμότητας» των μελετών, με εξουσία έγκρισης ή απόρριψής τους, που θα λειτουργεί ανεξάρτητα από τον έλεγχο της επιστημονικής τους αξιοπιστίας (www.bioethics.gr). Το άρθρο 3 της οδηγίας στην παράγραφο 2 αναφέρει τις προϋποθέσεις ώστε ο ερευνητής να διεξάγει κλινικές δομικές φαρμάκων σε άνθρωπο.

Σαν πρώτη προϋπόθεση περιγράφεται η αναλογία κινδύνου και ωφέλειας. Η επιτροπή δεοντολογίας κρίνει τότε θα αρχίσει η κλινική δοκιμή (άρθρο 9), εάν και τότε θα ανασταλεί (άρθρο 12) και αν τα προσδοκώμενα ωφελήματα από πλευράς θεραπευτικής και δημόσιας υγείας υπερτερούν των κινδύνων που αυτή συνεπάγεται.

Η δεύτερη προϋπόθεση είναι ότι ο συμμετέχων θα πρέπει να δώσει τη συναίνεσή του, αφού προηγουμένως ενημερωθεί ώστε να κατανοήσει τους στόχους της δοκιμής, τα μειονεκτήματα και τους κινδύνους, τις συνθήκες υπό τις οποίες θα πραγματοποιηθεί και το δικαίωμά του για την ανά πάσα στιγμή αποχώρηση.

Η τρίτη προϋπόθεση είναι ότι η διεξαγωγή της κλινικής μελέτης θα διενεργείται κατά τρόπο, ώστε να διασφαλίζεται το δικαίωμα του συμμετέχοντος για σεβασμό της σωματικής και ψυχικής του ακεραιότητας και προστασία των προσωπικών του δεδομένων και

Η τέταρτη προϋπόθεση αφορά στην πρόβλεψη σχετικά με την ασφάλιση ή την αποζημίωση για την κάλυψη της ευθύνης του ερευνητή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

Ένδικη προστασία των Δικαιωμάτων

Η απονομή της δικαιοσύνης γίνεται από τριών ειδών δικαστήρια, που δικάζουν ανάλογα με το αντικείμενο της διαφοράς. Υπάρχουν τα αστικά (πολιτικά) Δικαστήρια, που δικάζουν διαφορές ιδιωτικού δικαίου, δηλαδή διαφορές μεταξύ ιδιωτών, τα ποινικά, που δικάζουν υποθέσεις του ποινικού δικαίου και τα διοικητικά, που δικάζουν διαφορές του δημοσίου δικαίου, δηλαδή διαφορές μεταξύ Δημοσίου και ιδιωτών-διοικουμένων.

Τα πρωτοβάθμια πολιτικά δικαστήρια είναι τα Ειρηνοδικεία και τα Πρωτοδικεία (μονομελή και πολυμελή). Οι εφέσεις συζητούνται από τα Εφετεία, που είναι δευτεροβάθμια πολιτικά δικαστήρια. Κατά της απόφασης του Εφετείου μπορεί να ασκηθεί αναίρεση, η οποία θα συζητηθεί από τον Άρειο Πάγο, που είναι το ανώτατο πολιτικό δικαστήριο.

Τα πρωτοβάθμια ποινικά δικαστήρια είναι τα Πταισματοδικεία, τα Πλημμελειοδικεία και τα Κακουργιοδικεία. Η αρχή της ποινικής διαδικασίας γίνεται με άσκηση ποινικής δίωξης από τον εισαγγελέα ύστερα από έγκληση του παθόντος ή ύστερα από μήνυση πολίτη που αντελήφθη να διαπράττεται κάποιο αδίκημα ή αυτεπαγγέλτως από τον ίδιο τον εισαγγελέα. Δευτεροβάθμια ποινικά δικαστήρια είναι τα Εφετεία και το ανώτατο ποινικό δικαστήριο είναι ο Άρειος Πάγος.

Τέλος, τα πρωτοβάθμια διοικητικά δικαστήρια είναι τα Διοικητικά Πρωτοδικεία (Μονομελή ή Τριμελή), τα δευτεροβάθμια είναι τα Διοικητικά Εφετεία και το ανώτατο διοικητικό δικαστήριο είναι το Συμβούλιο της Επικρατείας. Τα δικόγραφα που χρησιμοποιούνται είναι η προσφυγή, η αγωγή, η αίτηση ακυρώσεως, η έφεση και η αναίρεση⁴⁵.

Τα στάδια της ποινικής διαδικασίας: Στάδια της εισαγγελικής και Δικαστικής κρίσης, εισαγγελέας πρωτοδικών, εισαγγελέας εφετών, συμβούλιο πλημμελειοδικών, Μονομελές και Τριμελές Πλημμελειοδικείο, Τριμελές Εφετείο και Άρειος Πάγος.

Εισαγγελική παρέμβαση, Προκαταρκτική εξέταση και Μυστικότητα προδικασίας: Σε ένα ιατρικό περιστατικό με ατυχές αποτέλεσμα η εισαγγελική παρέμβαση

⁴⁵ (Φεφές Μ.,2004: σελ. 34-35).

εκδηλώνεται με την παραγγελία για τη διενέργεια προκαταρκτικής εξέτασης (31ΚΠΔ), κατόπιν εγκλήσεως (47 ΚΠΔ), μήνυσης (42 ΚΠΔ), ή και αυτεπαγγέλτως (36 ΚΠΔ), προκειμένου να διακριβωθεί, αν συντρέχει περίπτωση κίνησης ποινικής δίωξης εναντίον του ιατρού ή των ιατρών για το πλημμέλημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια (302 ΚΠΔ) ή της σωματικής βλάβης από αμέλεια (314 ΠΚ).

Εισαγγελική κρίση για την κίνηση ποινικής δίωξης, Ολοκλήρωση της προδικασίας, Παραπομπή ή μη του κατηγορουμένου στο ακροατήριο και Επαρκείς ενδείξεις: Εάν κατά την κρίση του αποδεικτικού υλικού της δικογραφίας της προκαταρκτικής εξέτασης ο Εισαγγελέας κρίνει ότι δεν προκύπτουν επαρκείς ενδείξεις για την κίνηση ποινικής δίωξης, θα προχωρήσει σε έκδοση απορριπτικής διάταξης (47 ΚΠΔ) ή θα προβεί στην αρχειοθέτηση (43 ΚΠΔ). Έτσι ο εγκαλούμενος ιατρός δεν θα καταστεί κατηγορούμενος. Στην αντίθετη περίπτωση οι επαρκείς ενδείξεις οδηγούν τον Εισαγγελέα στην κίνηση ποινικής δίωξης. Θα παραγγείλει προανάκριση (244 ΚΠΔ), και θα αποφασίσει για την με απευθείας κλήση παραπομπή του κατηγορούμενου ιατρού στο ακροατήριο⁴⁶.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι εισαγγελικό χρέος αποτελεί να μην παραπεμφθεί στο ακροατήριο κατηγορούμενος χωρίς επαρκείς ενδείξεις ενοχής. Ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών αποφασίζει την με απευθείας κλήση παραπομπή του κατηγορούμενου ιατρού στο ακροατήριο. Ο κατηγορούμενος έχει τη δυνατότητα να ασκήσει προσφυγή (322 ΚΠΔ), ενώπιον του Εισαγγελέα Εφετών. Εάν ευδοκιμήσει η προσφυγή, η παραπομπή ή η απαλλαγή κρίνεται από το τριμελές Δικαστικό Συμβούλιο, που θα αποφανθεί εκδίδοντας βούλευμα. Παρέχεται έτσι στον κατηγορούμενο η εγγύηση της δευτεροβάθμιας εισαγγελικής κρίσης και ενδεχόμενα, της κρίσης πολυμελούς δικαστικού οργάνου.

Η εκτέλεση όλων των ποινών αναστέλλεται επί τριετία και έτσι αποφεύγεται η έκτιση των στερητικών της ελευθερίας ποινών στη φυλακή. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα ποινικά δικαστήρια επιβάλλουν ποινές κατώτερες του ορίου των δύο ετών, με αποτέλεσμα και εφόσον συντρέχουν και οι υπόλοιπες προϋποθέσεις του άρθρου 99 ΠΚ, η αναστολή της ποινής να είναι υποχρεωτική.

⁴⁶ (Χατζάκος Ι., 1986: σ. 78).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία επομένως σαν αγαθό πέραν από την αντικειμενική ευεξία πρέπει να συνεκτιμάται με το τι το άτομο κρίνει σαν υγιές. Το τι είναι υγιές δεν μπορεί να αποδοθεί με αντικειμενικά και μόνο κριτήρια αλλά μόνο μετά από στάθμιση της επιθυμίας του ατόμου. Η διατύπωση αυτή συνδέεται με τη δύναμη του ατόμου να συνεχίζει να ζει με τις δυσλειτουργίες του.

Η υγεία σαν ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα είναι αντικείμενο μελέτης τόσο της ιατρικής όσο και της νομικής επιστήμης. Αποκλίνουσες απόψεις σχετικά με τη διασφάλιση του ατομικού και κοινωνικού δικαιώματος προστασίας της υγείας παραπέμπονται συνήθως για δικαστική επίλυση. Η αποτελεσματικότερη διασφάλιση των δικαιωμάτων ιατρών και ασθενών μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη γνώση από τους ιατρούς κυρίως, των γενικών κανόνων που διέπουν το δημόσιο δίκαιο της υγείας. Η νομοθεσία, η νομολογία και η βιβλιογραφία εμπλουτίζονται σε θέματα βιοηθικής, προστασίας της δημόσιας υγείας, στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας για το σύνολο του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, τα δικαιώματα των ασθενών κατά κανόνα εξετάζονται από πλευράς αστικού δικαίου, δηλαδή με βάση τη συμβατική σχέση του ιατρού με τον ασθενή. Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σημειώνεται μετάθεση του κέντρου βάρους του δικαίου της υγείας από τον ιατρό στον ασθενή και από τη νοσοκομειακή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το κοινοτικό δίκαιο θέτει στόχους για την προαγωγή της προστασίας της υγείας των ευρωπαϊκών πολιτών, συνδυάζοντας νομικά, δεσμευτικά και μη μέσα. Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων σηματοδοτεί την αναγνώριση κοινωνικών δικαιωμάτων και τα τοποθετεί στο ίδιο επίπεδο με τα ατομικά και τα πολιτικά δικαιώματα σαν θεμελιώδεις αξίες του ευρωπαϊκού πολιτισμού. Πρέπει να σημειώσουμε ότι κατά το ευρωπαϊκό δίκαιο τα δικαιώματα για την προστασία της υγείας, του περιβάλλοντος και του καταναλωτή αλληλοεπηρεάζονται με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται σε κάποιο βαθμό κοινές αρχές και να ρυθμίζονται κατά παρόμοιο τρόπο.

Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, Ν 1397/1983, κατοχυρώθηκε η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των πολιτών, ανεξάρτητα από το εάν είναι εργαζόμενοι και εάν συμπληρώνουν ορισμένες προϋποθέσεις ή όχι. Πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 1, ορίζεται ότι: το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη,

ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας. Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οργανώνεται σε κρατικές υπηρεσίες ή σε δημόσια νομικά πρόσωπα ή και σε ιδιωτικά νομικά πρόσωπα που ελέγχονται από το κράτος (Ν 3293/2004, Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού. Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις).

Το ευρωπαϊκό δίκαιο έχει συμβάλλει στην καθιέρωση του αυτοτελούς δικαιώματος στην προστασία της υγείας και έχει επιτύχει την καθιέρωση της ενιαίας αγοράς αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Τα κράτη μέλη είναι υπεύθυνα για την οργάνωση των εθνικών τους συστημάτων, ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση φροντίζει για τη σύγκλιση, το συντονισμό και την εναρμόνιση των διατάξεων που αναφέρονται στην προστασία της υγείας των ευρωπαϊών πολιτών. Οι γενικές αρχές του ευρωπαϊκού δικαίου μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των παροχών υγείας των ευρωπαϊών πολιτών, εφόσον η οργάνωση και η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας ακολουθήσει τις γενικές αρχές του ευρωπαϊκού δικαίου. Πάντως θεωρούμε σκόπιμο να επαναλάβουμε ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση διατηρεί επικουρική και μόνο αρμοδιότητα στον τομέα της υγείας.

Το δικαίωμα του χρήστη να πληροφορείται την κατάσταση της υγείας του έχει σκοπό την ενεργό συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, ώστε να μην καταλήξει παθητικός δέκτης των αποφάσεων των επαγγελματιών υγείας. Η ενημέρωση αποτελεί μία συνεχή διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη διενέργεια των ιατρικών πράξεων. Η ενημέρωση προηγείται και αποτελεί προϋπόθεση της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας του ανθρώπου. Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας η ενημέρωση καλείται «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» (Ν 3418/2005). Ερμηνευτικά η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη των αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα πορεία της υγείας του.

Η «αμυντική ιατρική» πέραν του υψηλού κόστους, υποβαθμίζει τελικά το επίπεδο περίθαλψης. Το ιατρικό σφάλμα αντιστοιχεί σε συμπεριφορά του ιατρού που αξιολογείται σαν υπολειπόμενη έναντι προτύπου που προβλέπει τη τήρηση όλων των κανόνων ιατρικής, κάτι που άλλωστε αποτελεί υποχρέωση του μέσου επιμελούς και

συνετού ιατρού. Ο ασθενής φέρει τον κίνδυνο ανυπαίτιων σφαλμάτων, δεδομένου ότι η ιατρική επιστήμη δεν έχει εξασφαλίσει σαν βέβαια πρόγνωση τα ευνοϊκά αποτελέσματα μίας θεραπείας, ο δε ιατρός δεν εγγυάται το αποτέλεσμα της θεραπείας, αλλά μόνον την ορθή θεραπευτική αγωγή.

Οι αγωγές που αφορούν στην καταβολή αποζημιώσεων λόγω ιατρικής αμέλειας, δικάζονται από το Μονομελές ή Πολυμελές Πρωτοδικείο, σε περιπτώσεις που αφορούν παράνομες πράξεις ή παραλείψεις ιατρών και στρέφονται κατά των ιδιωτών ιατρών ατομικά ή κατ' αυτών και των ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Όταν οι ιατροί απασχολούνται σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα ή σε ιδρύματα του ευρύτερου δημόσιου τομέα, τότε αρμόδια δικαστήρια για τη εκδίκαση των αγωγών αποζημίωσης είναι τα διοικητικά δικαστήρια (άρθρα 105 και 106 ΕισΝΑΚ).

Απαραίτητα στοιχεία για την κατάφαση της αντικειμενικής υπόστασης των αδικημάτων της ανθρωποκτονίας και της σωματικής βλάβης είναι:

1. Ανθρώπινη συμπεριφορά (πράξη ή παράλειψη) που συνιστά την εξωτερική αμέλεια
2. Αξιόποινο αποτέλεσμα
3. Αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της εξωτερικά αμελούς πράξης και του αποτελέσματος

Στις περισσότερες αποφάσεις ιατρικής αμέλειας ανευρίσκεται το ακόλουθο κείμενο:

Από το συνδυασμό των διατάξεων των άρθρων 28 και 302 του ΠΚ προκύπτει ότι για τη θεμελίωση του προβλεπόμενου από αυτές πλημμελήματος της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, απαιτείται:

- Να μην καταβλήθηκε από το δράστη η επιβαλλόμενη κατ' αντικειμενική κρίση προσοχή, την οποία κάθε μετρίως συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος οφείλει υπό τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις να καταβάλλει, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν στις συναλλαγές και την κοινή, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, πείρα και λογική,
- Να μπορούσε αυτός, με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες και κυρίως εξαιτίας της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματός του, να προβλέψει και αποφύγει το αξιόποινο αποτέλεσμα, το

οποίο από έλλειψη της προαναφερόμενης προσοχής, είτε δεν προέβλεψε, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ότι δεν θα επερχόταν,

- Να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παράλειψης του δράστη και του αποτελέσματος που επήλθε,

Ενόψει αυτών, υπάρχει ποινική ευθύνη του ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, στις περιπτώσεις εκείνες που το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται σε παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και η ενέργειά του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας.

Η κατάφαση της αμέλειας προκύπτει από αυτήν την ίδια την ιατρική ιδιότητα. Σε αποφάσεις υπάρχει έτσι η διατύπωση ότι: Ο κατηγορούμενος, παρόλο που είχε τη δυνατότητα, με βάση τις προσωπικές του ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες, και κυρίως λόγω του επαγγέλματός του ως ιατρού, να προβλέψει ώστε να αποφευχθεί το αξιόποιο αποτέλεσμα, δεν κατέβαλε την κατ' αντικειμενική κρίση επιβαλλόμενη προσοχή .

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το ιατρικό σφάλμα εκδηλώνεται με εξωτερικά αμελή παράλειψη ή με συνδυασμό πράξης και παράλειψης. Στο άρθρο 15 ΠΚ, προϋπόθεση για την τέλεση εγκλήματος με παράλειψη είναι η παραβίαση, από το δράστη, μία ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης, που κατατείνει στην τέλεση ενέργειας προς αποτροπή βλαπτικού αποτελέσματος. Βαρύνει πρόσωπα που φέρουν ιδιαίτερες ιδιότητες . Πρέπει πάντοτε να ερευνώνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 15 ΠΚ κατά κύριο λόγο η ύπαρξη ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης στο πρόσωπο του δράστη, ειδάλλως μπορεί να προκύψει υπέρμετρη διεύρυνση του αξιοποίνου.

Ποινική ευθύνη ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, υπάρχει στις περιπτώσεις εκείνες που το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται σε παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και που η ενέργειά του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικώς επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας. Σύμφωνα με την έννοια της διάταξης του άρθρου 28 ΠΚ, η αμέλεια διακρίνεται σε μη συνειδητή, κατά την οποία ο δράστης από έλλειψη της προσήκουσας προσοχής δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, και σε ενσυνείδητη, κατά την οποία προέβλεψε μεν ότι από τη συμπεριφορά του μπορεί να επέλθει το αποτέλεσμα αυτό, πίστευε όμως ότι θα το απέφευγε. Το δικαστήριο οφείλει να εκθέτει

στην απόφασή του με σαφήνεια ποιο από τα ανωτέρω δύο είδη της αμέλειας συνέτρεξε στη συγκεκριμένη περίπτωση, διότι αν δεν εκθέτει τούτο σαφώς ή δέχεται και τα δύο είδη δημιουργείται ασάφεια, η οποία καθιστά ανέφικτο τον αναιρετικό έλεγχο και ιδρύεται λόγος αναιρέσεως για έλλειψη νόμιμης βάσης (άρθρο 510, παρ. 1, στοιχ Ε΄ του ΚΠοινΔ).

Η ευθύνη του επιχειρηματία της κλινικής από τη σχέση πρόσθησης με συνεργαζόμενο με την κλινική ιατρό δημιουργείται από την αμελή συμπεριφορά του ιατρού τόσο κατά την παροχή του ιατρικού του έργου εντός της κλινικής όσο και εκτός αυτής, εφόσον πρόκειται για ιατρικές οδηγίες συναφείς και αμέσως συνεχόμενες με επέμβαση ή θεραπεία που προηγήθηκαν στο χώρο της κλινικής, δηλαδή η ευθύνη από την πρόσθηση καλύπτει και το απόλυτα αναγκαίο στάδιο της αποθεραπείας, όπως είναι και το μετεγχειρητικό στάδιο χειρουργικής επέμβασης.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιδίκαση αποζημίωσης είναι η ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της παράνομης πράξης ή παράλειψης ή υλικής ενέργειας ή παράλειψης υλικής ενέργειας του οργάνου και της επελθούσας ζημίας. Αιτιώδης σύνδεσμος υπάρχει, όταν, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας, η πράξη ή η παράλειψη είναι επαρκώς ικανή και μπορεί αντικειμενικά κατά τα συνήθη και κανονική πορεία των πραγμάτων να επιφέρει ζημία την οποία και επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση (ΣτΕ 332/2009). Ανεξάρτητα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το δικαστήριο μπορεί, κατ' εφαρμογή της διάταξης του άρθρου 932 του ΑΚ, να επιδικάσει εύλογη κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης, ή, σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου, λόγω ψυχικής οδύνης. Η κρίση του δικαστηρίου της ουσίας ότι επήλθε στη συγκεκριμένη περίπτωση ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη, καθώς και ο προσδιορισμός από αυτό του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης δεν υπόκειται σε αναιρετικό έλεγχο. Ελέγχεται όμως κατ' αναίρεση η κρίση του δικαστηρίου της ουσίας αν, κατά τον προσδιορισμό του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης λήφθηκαν υπόψη πραγματικά περιστατικά που δεν ήταν επιτρεπτό να συνεκτιμηθούν για το σχηματισμό της κρίσης αυτής ή εάν το δικαστήριο της ουσίας παρέλειψε να συνεκτιμήσει πραγματικά περιστατικά που είχαν τεθεί υπόψη του, τα οποία επιδρούν στον προσδιορισμό του ύψους της χρηματικής ικανοποίησης. Συνολικά, η κρίση για το ύψος της χρηματικής ικανοποίησης που καθορίζεται από το δικαστήριο ουσίας, υπόκειται σε αναιρετικό έλεγχο για παράβαση της διάταξης του άρθρου 932

ΑΚ, μόνο εάν διαπιστωθεί ότι το δικαστήριο αυτό υπερέβη τα άκρα όρια της διαγραφόμενης από τη διάταξη αυτή εξουσίας του (ΣτΕ 4133/2011).

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 929 ΑΚ, η οποία είναι γενική υπό την έννοια ότι η εφαρμογή της δεν περιορίζεται στις αδικοπραξίες του άρθρου 914 ΑΚ, αλλά επεκτείνεται και στις περιπτώσεις άλλων ειδικών νόμων που θεμελιώνουν επίσης υποχρέωση αποζημίωσης, σε περίπτωση βλάβης του σώματος ή της υγείας προσώπου η αποζημίωση περιλαμβάνει εκτός από τα νοσήλια και τη ζημία που έχει ήδη επέλθει, οτιδήποτε ο παθών θα στερείται στο μέλλον ή θα ξοδεύει επιπλέον εξαιτίας της αύξησης των δαπανών του. Τα νοσήλια έχουν ευρύ περιεχόμενο και περιλαμβάνουν κάθε δαπάνη που έγινε ή κρίθηκε αναγκαία να γίνει για την αποκατάσταση της υγείας του θύματος. Σε αυτά περιλαμβάνονται η δαπάνη αγοράς φαρμάκων, αμοιβής ιατρών, παραμονής στο νοσοκομείο ή στην κλινική, πρόσληψης αποκλειστικής νοσοκόμας είτε στο νοσοκομείο είτε στο σπίτι, καθώς και δαπάνη ειδικής βελτιωμένης τροφής, όταν αυτό επιβάλλεται στη συγκεκριμένη περίπτωση και όχι σε κάθε περίπτωση σωματικής κάκωσης.

Η ευθύνη που πηγάζει από την παροχή υπηρεσιών υγείας, εφόσον αυτή λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο άσκησης δημόσιας εξουσίας, όπου βρίσκουν εφαρμογή τα άρθρα 105-106 ΕισΝΑΚ. Η ευθύνη δεν βαρύνει το κράτος γενικά, αλλά τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Σαν δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα νοούνται τα νοσοκομεία που εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ν 1397/1983, τα στρατιωτικά νοσοκομεία και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Βάσει των παραπάνω άρθρων για να στοιχειοθετηθεί ευθύνη των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων προς αποζημίωση, απαιτούνται τρεις αντικειμενικές προϋποθέσεις.

Ύπαρξη πράξης ή παράλειψης ή υλικής ενέργειας. Σαν όργανα από τα οποία προέρχονται οι υλικές ενέργειες ή οι παραλείψεις υλικών ενεργειών νοείται το σύνολο των οργάνων των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δηλαδή όχι μόνο οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά το σύνολο των φυσικών προσώπων που προσφέρουν την εργασία τους στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας, ακόμη και αυτών που προβαίνουν σε απλές διεκπεραιωτικές εργασίες. Στο προσωπικό του νοσοκομείου περιλαμβάνεται το τεχνικό προσωπικό, που είναι επιφορτισμένο με τη συντήρηση του

νοσοκομειακού εξοπλισμού, καθώς και το λοιπό βοηθητικό προσωπικό, όπως οι εργαζόμενοι στην κουζίνα και στην καθαριότητα.

Κατά κανόνα, η αποκατάσταση της θετικής και της αποθετικής ζημίας είναι χρηματική και αποσκοπεί στην αποκατάσταση της ζημίας που δεν θα επερχόταν εάν δεν μεσολαβούσε το ζημιογόνο γεγονός. Σε ότι αφορά, στην ηθική βλάβη, είναι αποτιμητέα σε χρήμα και το ύψος της είναι εύλογο κατά την κρίση του Δικαστηρίου, στις συγκεκριμένες περιστάσεις για την αποκατάσταση του ψυχικού πόνου του παθόντα ή των συγγενών του.

Κάθε ιατρική πράξη κρίνεται, αποκλειστικά και μόνο κατά τους κανόνες και τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης. Δεν θεωρείται παράνομη η ιατρική πράξη ή δεν θεωρείται ότι υπήρξε παράλειψη της ενδεδειγμένης ιατρικής πράξης, όταν η αντιμετώπιση του συγκεκριμένου περιστατικού από τον ιατρό είναι σύμφωνη με τους κανόνες και διδάγματα της ιατρικής επιστήμης, αλλά παρά την αντιμετώπιση αυτή, το περιστατικό δεν είχε καλή έκβαση. Κάθε ατυχής έκβαση περιστατικού δεν αποτελεί παράνομη πράξη ή παράλειψη ιατρού.

Η παραβίαση της υποχρέωσης του ιατρού να ενημερώσει τον ασθενή συνιστά ιατρικό σφάλμα, αυτοτελώς επικίνδυνο για την ζωή ή την υγεία του ασθενούς. Στις υποχρεώσεις ενημέρωσης του ασθενούς συγκαταλέγεται και η ενημέρωση για την έκβαση της διενεργηθείσας ιατρικής πράξης. Η υποχρέωση αυτή είναι ακόμη πλέον επιτακτική όταν η έκβαση δεν υπήρξε καλή ή η αναμενόμενη, διότι τότε εγείρονται ζητήματα διορθωτικών επεμβάσεων ή εντατικής μετεγχειρητικής παρακολούθησης (άρθρο 8, παρ. 7 ΚΙΔ).

Στην εξέταση της ποινικής ιατρικής ευθύνης από αμέλεια, το Δικαστήριο συναντά δυσκολίες στο έργο του εξετάζοντας την εξωτερική αμέλεια, τον αιτιώδη σύνδεσμο, την αρχή της επιτρεπόμενης κινδυνώδους δράσης. Η αποδεικτική διαδικασία πρέπει να δημιουργήσει πλήρη βεβαιότητα για την αλήθεια της κατηγορίας προκειμένου ο κατηγορούμενος να αποχωρήσει από το ποινικό δικαστήριο με καταδίκη σε βάρος του.

Με βάση όσα περιγράφηκαν παραπάνω πιστεύουμε ότι απαντάται το σύνολο των ερωτημάτων της «Εισαγωγής» της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας. Η εργασία αυτή απευθύνεται σε μη νομικούς, και στοχεύει στη διευκρίνιση βασικών νομικών όρων και αρχών. Πιστεύουμε ότι αποτελεί ευθύνη των Ιατρικών Σχολών της χώρας να εισάγουν επιλεγόμενο, τουλάχιστον, μάθημα «Ιατρικής Δεοντολογίας», με

περιεχόμενο το σύνολο των κεφαλαίων που αναπτύχθηκαν. Η εισαγωγή ενός τέτοιου μαθήματος θα αποτελούσε προσφορά ανεκτίμητης αξίας τόσο προς το ιατρικό σώμα όσο και προς το σύνολο των μελλοντικών ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αμίτσης Γ., Η θεσμική κατοχύρωση των ελαχίστων ορίων διαβίωσης στην ελληνική και διεθνή έννομη τάξη, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2001, σελ. 506
- Ανθόπουλος Χ., «Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα», ΤοΣ 4/1993, σ. 741-783.
- Αρχανιωτάκης, Η αστική ευθύνη του νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, 1989, σ. 28 και σ. 31
- Βαθιώτης Κ., Στοιχεία Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος. 2007, σ. 264
- Δαγτόγλου Πρ., Ατομικά δικαιώματα, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1991, σ. 210
- Δίλιντας Α., Σεβαστάκη Ε., Νεονάκης Ι., « Η αναζήτηση της ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία», Επιθεώρηση Υγείας 4/2006, σ. 43-47
- Δωρής Φ., Θεμελιώδη ζητήματα της αστικής ευθύνης των ιατρών στο ελληνικό δίκαιο, σ. 38
- Κανελλοπούλου-Μπότη Μ., Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και αγγλοσαξονικό δίκαιο, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1999, σ. 151
- Κουτσελίνης Αντώνιος, Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης, Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», 1999, σ. 29
- Κουτσελίνης Αντώνιος, Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης, Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», 1999, σ.46
- Κουτσελίνης Αντώνιος, Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης, Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», 1999, σ. 44
- Κουτσελίνης Αντώνιος, Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης, Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», 1999, σ. 63
- Κρεμαλής Κ., Σύνθετες παροχές κοινωνικής ασφάλειας, Αθήνα 1984, σ. 15
- Κυριόπουλος Γ. και Νιάκας Δ., Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991, σ. 21
- Κωστάρας Αλέξανδρος, Ποινικό Δίκαιο. Σύνοψη Γενικού Μέρους. Σάκκουλας, 2004, σ. 223
- Κωστάρας Αλέξανδρος, Ποινικό Δίκαιο. Σύνοψη Γενικού Μέρους. Σάκκουλας, 2004, σ. 225

- Κωστάρας Αλέξανδρος, Ποινικό Δίκαιο. Σύνοψη Γενικού Μέρους, Σάκκουλας, 2004, σ. 226
- Λύτρας Σ., «Η οργάνωση της δημόσιας διοίκησης», στο Γέροντας Α., Λύτρας Σ., Παυλόπουλος Πρ., Σιούτη ΓΛ., Φλογαίτης Σπ., Διοικητικό δίκαιο, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2004, σ. 158
- Μαθιουδάκη Ι. (μονογραφία), Η αστική ευθύνη του κράτους από υλικές ενέργειες των οργάνων του κατά τα άρθρα 105-106 ΕισΝΑΚ, 2006, σ. 317
- Παρασκευόπουλος Ν., Τα θεμέλια του Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος: Το έγκλημα, 2008, σ. 248
- Πελένη-Παπαγεωργίου Α., «Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά», ΝοΒ 10/2007, σ. 2311-2323
- Πρεβεδούρου Ε., στο Σκουρής Β. (επιμ.) Ερμηνεία των Συνθηκών για την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, Κέντρο Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Δικαίου, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2003, σ. 205-217.
- Σκανδάμης Ν., Ευρωπαϊκό δίκαιο. Θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2003, σ. 47
- Σκανδάμης Ν., Ευρωπαϊκό δίκαιο. Θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2003, σ. 105
- Σπηλιωτόπουλος Επ., Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου Ι, 2007, 12^η έκδοση, σ. 240
- Σπηλιωτόπουλος Επ., Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου Ι, 2007, 12^η έκδοση, σ. 241
- Σπηλιωτόπουλος Επ., Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου Ι, 2007, 12^η έκδοση, σ. 248
- Σπηλιωτόπουλος Επ., Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2001, σ. 28
- Σπηλιωτόπουλος επ., Εγχειρίδιο Διοικητικού δικαίου, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2001, σ. 20
- Τοπάλης Στ. και Χοβαρδά Χ., Η ποινική ιατρική ευθύνη μέσα από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων – Τάσεις τελευταίας δεκαετίας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2010, σ. 14.
- Τοπάλης Στ. και Χοβαρδά Χ., Η ποινική ιατρική ευθύνη μέσα από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων – Τάσεις τελευταίας δεκαετίας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2010, σ. 15.
- Τσολακίδης Ζ., Ευθύνη για ενέργειες βοηθών εκπλήρωσης και προστηθέντων, Σάκκουλας, 2008, σ. 281
- Φεφές Μιχάλης, Εισαγωγή στο Δίκαιο, Νομική Βιβλιοθήκη, 2004, σ. 34-35

- Φεφές Μιχάλης, Εισαγωγή στο Δίκαιο, Νομική Βιβλιοθήκη, 2004, σ. 58
- Φεφές Μιχάλης, Εισαγωγή στο Δίκαιο, Νομική Βιβλιοθήκη, 2004, σ. 65-66
- Φεφές Μιχάλης, Εισαγωγή στο Δίκαιο, Νομική Βιβλιοθήκη, 2004, σ. 89
- Φεφές Μιχάλης, Εισαγωγή στο Δίκαιο, Νομική Βιβλιοθήκη, 2004, σ. 88
- Φουντεδάκη Κ., Η ιατρική αστική ευθύνη, Σάκκουλας, Αθήνα, 2003, σ. 108-111
- Φουντεδάκη Κ., Η ιατρική αστική ευθύνη, Σάκκουλας, Αθήνα, 2003, σελ. 6
- Φουντεδάκη Κ., Η ιατρική αστική ευθύνη, Σάκκουλας Αθήνα, 2003, σ. 418
- Φουντεδάκη Κ., Η ιατρική αστική ευθύνη, Σάκκουλας, Αθήνα, 2003, σ. 339
- Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν 3418/2005, σε δημοσιεύματα ιατρικού δικαίου και βιοηθικής 1- Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2006, σελ. 15 και σελ.16
- Χατζάκος Ι., Η περάτωση της τακτικής προανακρίσεως, Σάκκουλας, 1986, σ. 78
- Klein R., The Politics in the National Health Service, εκδ. Longman, 1983, σ. 33
- Leca A., “Un siecle de droit medical en France (1902-2002)” RGDM 2004, σ. 65-90
- Volovitch P., “Egalite devant les soins, egalite devant la sante: quel role pour l’assurance maladie?” , Revue de l’ IRES 2/1999, σ. 157-158

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αποκάλυψη των ιατρικών σφαλμάτων και η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών είναι θέματα άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους, και προβάλλουν έναν από τους βασικότερους λόγους της αποκάλυψης και αναφοράς σφαλμάτων. Ο ιατρός που διαπράττει ιατρικό σφάλμα, νοιώθει ντροπή, ενοχή και αίσθηση αποτυχίας. Οι ιατροί πιστεύουν ότι η αποκάλυψη ιατρικών σφαλμάτων δημιουργούν βλάβη στη σχέση ιατρού και ασθενή. Οι ιατροί λαμβάνουν ελάχιστη εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο της κοινοποίησης στους ασθενείς τους ιατρικών σφαλμάτων. Τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν πολύμορφο πρόβλημα που μπορούν να συμβούν τόσο στο ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο χώρο της υγείας. Κύρια αιτία ιατρικού σφάλματος, θεωρείται η μη επαγγελματική επάρκεια του ιατρού. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορούν καθυστερήσεις ή μη πραγματοποίηση ιατρικών επεμβάσεων ή μη χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων, χρήση ακατάλληλων εργαστηριακών εξετάσεων, μη σκόπιμες διαδικασίες, χορήγηση λανθασμένων αγωγών και μη λειτουργών εξοπλισμός. Οι ιατροί δεν θα πρέπει να αποφεύγουν την αναζήτηση ιατρικής συμβουλής. Επιπλέον οι οργανισμοί παροχής υγείας οφείλουν να προσανατολίσουν το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό στην ανάπτυξη οδηγιών και διαδικασιών, όπως επίσης οφείλουν να προσφέρουν ευκαιρίες συνεχούς εκπαίδευσης σε αυτούς. Είναι απαραίτητο ότι οι κανόνες και οι αρχές να αντιστοιχούν στην τρέχουσα πρακτική και στο σύγχρονο τεχνολογικό περιβάλλον, ενώ τα κατάλληλα νομικά μέτρα οφείλονται να εφαρμόζονται ώστε να αντιμετωπίζονται τα ιατρικά σφάλματα. Η φύση του προβλήματος απαιτεί μία συστηματική προσέγγιση προκειμένου να επιτευχθεί μείωση των ιατρικών σφαλμάτων. Είναι σημαντικό, η νομοθετική εξουσία να περιγράφει, να αντιμετωπίζει και να διορθώνει τα ιατρικά σφάλματα.

Λέξεις κλειδιά:

Ιατρικά, σφάλματα, ασφάλεια, ιατρική εκπαίδευση, πολιτικές, διαδικασίες

ABSTRACT

Disclosure of medical errors and improvement in patient safety are closely linked, and provide one of the strongest reasons to report and disclose errors. The physician who commits a medical error may feel shame, guilt and a sense of failure. Physicians believe that disclosing medical errors will cause damage to the physician-patient relationship. Physicians receive hardly any training in how to communicate with patients about medical errors. Medical errors are a multifaceted problem which may occur in any private or public health care setting. Professional competence has been targeted as the main source of physicians' errors. The majority of error reports involved delays or omissions of surgical interventions or medications, inappropriate diagnostic tests, unnecessary procedures, medication errors and malfunctioning equipment. Physicians should not be reluctant to seek out and utilise each other as resources. In addition health care organizations have the responsibility to develop thorough orientation for all health care professionals and technicians, in order to develop policies and procedures and offer opportunities for continuous staff training. It is imperative that rules and laws are relevant to current practice and technology environment and that appropriate legal steps are followed in order to address medical errors. The nature of the problem needs a comprehensive approach in reducing medical errors. It is vital that legislature identifies, addresses, and acts to eliminate medical errors.

Key words:

medical, errors, safety, medical training, policies, procedures

