



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΟΜΕΑ Α' ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ  
ΔΙΚΑΙΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2015-2016

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της Χρυσούλας Π. Παπαπαναγιώτου

ΑΜ: 1371

«Το ιατρικό σφάλμα ως προϋπόθεση της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού:  
εξέταση του ζητήματος μέσω τυπολογίας περιπτώσεων»

**Επιβλέποντες:**

Λέκτορας Παναγιωτόπουλος Βάγιας

Καθηγητής Αυγουστιανάκης Μιχάλης

Λέκτορας Λύτρας Θεόδωρος

Αθήνα, 2018

Copyright © [*Χρυσούλα Παπαπαναγιώτου,15-05-2018*]

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.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

*«Ὁ βίος βραχὺς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὀξὺς,  
ἡ δὲ πεῖρα σφαλερὴ, ἡ δὲ κρίσις χαλεπὴ».*

**Ἱπποκράτης**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|                                                                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....</b>                                                                                    | <b>4</b>  |
| <b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....</b>                                                                                          | <b>6</b>  |
| <b>A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>                                                                                            | <b>1</b>  |
| I. Το ιατρικό σφάλμα ως πρόκληση για την κοινωνία και το δίκαιο .....                                               | 1         |
| II. Στόχος και πορεία της εργασίας .....                                                                            | 5         |
| III. Ιστορική επισκόπηση της ιατρικής ευθύνης.....                                                                  | 7         |
| IV. Θεωρίες σχετικά με την ιατρική ευθύνη .....                                                                     | 12        |
| <b>B. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ.....</b>                                                                                    | <b>14</b> |
| I. Η έννοια του ιατρικού σφάλματος .....                                                                            | 14        |
| II. Το ιατρικό σφάλμα ως νόμιμος λόγος της αστικής ευθύνης του ιατρού.....                                          | 19        |
| III. Ιατρικό σφάλμα και παραβίαση της υποχρέωσης ενημέρωσης .....                                                   | 22        |
| IV. Το ιατρικό σφάλμα ως κεντρική έννοια της ιατρικής αστικής ευθύνης.....                                          | 24        |
| V. Προσεγγίσεις του ιατρικού σφάλματος στη θεωρία και τη νομολογία: .....                                           | 25        |
| 1. Η de lege artis εκτέλεση ιατρικών πράξεων .....                                                                  | 26        |
| 2. Αναγωγή στα πρότυπα ποιότητας (standards) του ιατρικού επαγγέλματος..                                            | 29        |
| 3. Το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς .....                                                                     | 33        |
| 4. Σύνθεση των προσεγγίσεων.....                                                                                    | 34        |
| <b>Γ. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΑΔΙΚΟΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ.....</b>                                           | <b>35</b> |
| I. Αδικοπραξία: Η συχνότερη νομική βάση των αγωγών αποζημίωσης.....                                                 | 35        |
| II. Το ιατρικό σφάλμα ως στοιχείο της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς του ιατρού.....                           | 36        |
| 1. Η προϋπόθεση του παρανόμου.....                                                                                  | 36        |
| 2. Η προϋπόθεση της υπαιτιότητας.....                                                                               | 43        |
| III. Ιατρική αμέλεια: στοιχείο της υπαιτιότητας ή στοιχείο της παρανομίας; .....                                    | 48        |
| IV. Η προϋπόθεση του αιτιώδους συνδέσμου .....                                                                      | 52        |
| V. Ευθύνη του ιατρού ως παρέχοντος υπηρεσίες κατά το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας του καταναλωτή»..... | 55        |
| VI. Η αστική (αδικοπρακτική) ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου.....                                                   | 58        |
| <b>Δ. ΕΙΔΙΚΟΙ ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑΣ.....</b>                                             | <b>61</b> |
| I. Η αυξημένη επιμέλεια του ιατρού .....                                                                            | 61        |
| II. Οι ιδιαίτερες ικανότητες του ιατρού .....                                                                       | 62        |
| III. Αντικειμενικές συνθήκες παροχής της υπηρεσίας.....                                                             | 71        |

|                                                                                                                                          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. Αντικειμενικές και απρόβλεπτες συνθήκες.....                                                                                          | 71         |
| 2. Το πρότυπο ποιότητας στη δημόσια περίθαλψη – Οικονομικές παράμετροι..                                                                 | 72         |
| IV. Η βαρύτητα της κατάστασης ή η ευπάθεια του ασθενή .....                                                                              | 75         |
| V. Η απουσία θεραπευτικού σκοπού της ιατρικής πράξης .....                                                                               | 76         |
| <b>E. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ .....</b>                                                                                            | <b>77</b>  |
| I. Γενικά.....                                                                                                                           | 77         |
| II. Διαγνωστικά σφάλματα.....                                                                                                            | 79         |
| III. Σφάλμα περί τη θεραπεία.....                                                                                                        | 85         |
| 1. Εσφαλμένος χειρισμός.....                                                                                                             | 86         |
| 2. <i>Ημιτελής ή ανεπιτυχής ιατρική ενέργεια, ενδεχομένως λόγω καθυστερημένης λήψης απόφασης για τη διενέργειά της</i> .....             | 88         |
| 3. Εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής μεθόδου.....                                                                                           | 89         |
| 4. <i>Σφάλμα κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όπως λ.χ η υπερδοσολογία, η μη χορήγηση ή η χορήγηση ακατάλληλου φαρμάκου.</i> ..... | 90         |
| 5. Παράλειψη «θεραπευτικής» ενημέρωσης ή «ενημέρωση ασφαλείας».....                                                                      | 91         |
| 6. Μη παρακολούθηση των ανεπιθύμητων παρενεργειών μιας θεραπείας που υποχρεωτικά εφαρμόστηκε.....                                        | 92         |
| IV. Σφάλμα ανάληψης.....                                                                                                                 | 93         |
| V. Σφάλμα οργάνωσης .....                                                                                                                | 96         |
| <b>ΣΤ. ΜΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ.....</b>                                                                        | <b>98</b>  |
| I. Ιατρικό σφάλμα. Σφάλμα του ιατρού ή σφάλμα του συστήματος; .....                                                                      | 98         |
| II. Σύστημα «ιατρικής ευθύνης χωρίς σφάλμα» (no fault system) .....                                                                      | 100        |
| <b>Z. ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>                                                                                         | <b>102</b> |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>                                                                                                     | <b>107</b> |

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

|           |                                                                |
|-----------|----------------------------------------------------------------|
| ΑΚ        | Αστικός Κώδικας                                                |
| ΑΠ        | Άρειος Πάγος                                                   |
| ΑΠ (Ποιν) | Άρειος Πάγος (Ποινική)                                         |
| αρθρ.     | Άρθρο/άρθρου                                                   |
| Αρμ       | Αρμενόπουλος (περιοδικό)                                       |
| ΑρχΝ      | Αρχείο Νομολογίας (περιοδικό)                                  |
| Βλ.       | Βλέπε                                                          |
| ΔΕΕ       | Δίκαιο Επιχειρήσεων και Εταιριών (περιοδικό)                   |
| ΔΕφΘεσσαλ | Διοικητικό Εφετείο Θεσσαλονίκης                                |
| ΔΕφΠειρ   | Διοικητικό Εφετείο Πειραιά                                     |
| ΔΠρΑθ     | Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών                                  |
| ΔΠρΚαλ    | Διοικητικό Πρωτοδικείο Καλαμάτας                               |
| εδ.       | εδάφιο                                                         |
| Ε.Ε       | Ευρωπαϊκή Ένωση                                                |
| ΕΕΝ       | Εφημερίς των Ελλήνων Νομικών (περιοδικό)                       |
| ΕΙΔ       | Επιθεώρηση Ιατρικού Δικαίου (περιοδικό)                        |
| εκδ.      | εκδόσεις                                                       |
| επ.       | επόμενα                                                        |
| ΕπισκΕΔ   | Επισκόπηση Εμπορικού Δικαίου (περιοδικό)                       |
| ΕφΑΔΠολΔ  | Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας (περιοδικό) |
| ΕφΑθ      | Εφετείο Αθηνών                                                 |
| ΕφΔΔ      | Εφημερίδα Διοικητικού Δικαίου (περιοδικό)                      |
| ΕφΘεσσαλ  | Εφετείο Θεσσαλονίκης                                           |
| ΕφΛαρ     | Εφετείο Λάρισας                                                |
| ΕφΠειρ    | Εφετείο Πειραιά                                                |

|           |                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------|
| ΘΠΔΔ      | Θεωρία και Πράξη Διοικητικού Δικαίου (περιοδικό) |
| ΚΙΔ       | Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005)     |
| κ.ο.κ     | και ούτω καθεξής                                 |
| λ.χ       | λόγου χάριν                                      |
| ΜΠρΑθ     | Μονομελές Πρωτοδικείο Αθηνών                     |
| ΜΠρΚω     | Μονομελές Πρωτοδικείο Κω                         |
| ΜΠρΛαρ    | Μονομελές Πρωτοδικείο Λάρισας                    |
| Ν.        | Νόμος                                            |
| ΝοΒ       | Νομικό Βήμα (περιοδικό)                          |
| ΠΚ        | Ποινικός Κώδικας                                 |
| παρ.      | παράγραφος                                       |
| ΠειρΝ     | Πειραϊκή Νομολογία (περιοδικό)                   |
| ΠΠρΑθ     | Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών                     |
| ΠΠρΘεσσαλ | Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης               |
| ΠΠρΛαρ    | Πολυμελές Πρωτοδικείο Λάρισας                    |
| ΠοινΛογ   | Ποινικός Λόγος (περιοδικό)                       |
| ΠοινΧρ    | Ποινικά Χρονικά (περιοδικό)                      |
| ΣτΕ       | Συμβούλιο της Επικρατείας                        |
| ΤΝΠ ΔΣΑ   | Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΔΣΑ                  |
| ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ | Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ                |
| Τιμ Τόμ.  | Τιμητικός Τόμος                                  |
| Τόμ.      | Τόμος                                            |
| ΤρΔΠρΑθ   | Τριμελές Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών           |
| ΤρΠλημΚορ | Τριμελές Πλημμελειοδικείο Κορίνθου               |
| ο.π       | όπως παραπάνω                                    |
| Σ         | Σύνταγμα                                         |
| σ.        | σελίδα                                           |
| σημ.      | σημείωση                                         |
| υποσημ.   | υποσημείωση                                      |

ΧρΙΔ

Χρονικά Ιδιωτικού Δικαίου (περιοδικό)



## A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### I. Το ιατρικό σφάλμα ως πρόκληση για την κοινωνία και το δίκαιο

Κατά τη γνωστή ρήση του Σενέκα, «*errare humanum est = το σφάλλιν ανθρώπινον*». Όπως σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, έτσι και στο χώρο της παροχής ιατρικών υπηρεσιών -τόσο σε επίπεδο ιδιωτικής όσο και σε επίπεδο δημόσιας περίθαλψης- τα λάθη είναι, δυστυχώς, αναπόφευκτα. Κατά το διάσημο αφορισμό του Ιπποκράτη, «*Ὁ βίος βραχύς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὀξύς, ἡ δὲ πείρα σφαλερὴ, ἡ δὲ κρίσις χαλεπὴ = ἡ ζωὴ εἶναι σύντομη, ἡ δὲ ιατρικὴ μακρόχρονη, ἡ ευκαιρία φευγαλέα, ἡ πείρα απατηλὴ ἡ ορθὴ κρίσις δύσκολη*».

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Johns Hopkins της Βαλτιμόρης, με επικεφαλής τον καθηγητή χειρουργικής Martin A. Makary, δημοσιευμένη στο βρετανικό ιατρικό περιοδικό "*British Medical Journal*", τα ιατρικά λάθη αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ, μετά τον καρκίνο και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, και υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 250.000 άνθρωποι κάθε χρόνο χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας αυτών των λαθών<sup>1</sup>. Σύμφωνα δε με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 23% των πολιτών της Ε.Ε ισχυρίζεται ότι έχει υποστεί ιατρικό σφάλμα, το 18% ότι είχε την εμπειρία ιατρικού σφάλματος κατά τη διάρκεια νοσηλείας του σε νοσοκομείο και το 11% ότι του χορηγήθηκε εσφαλμένη φαρμακευτική θεραπεία<sup>2</sup>.

Στη χώρα μας δεν υπάρχει επίσημο σύστημα καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων. Σύμφωνα, όμως, με το Ευρωβαρόμετρο για τα ιατρικά λάθη (στοιχεία του 2006), το 13% των Ελλήνων έχουν υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο<sup>3</sup>. Επιπλέον, σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος με τίτλο «*Organisational Culture and Patient Safety*», όπου μελετήθηκαν συστηματικά οι παράγοντες πρόκλησης ιατρικών λαθών σε τρεις ειδικότητες: τη χειρουργική, την παιδιατρική και την παθολογική, και στην οποία συμμετείχαν 325 ειδικοί ιατροί, εργαζόμενοι στα νοσοκομεία της Ελλάδας, 47%-51%

---

<sup>1</sup> Martin A Makary (professor), Michael Daniel (research fellow), Analysis: Medical error-the third leading cause of death in the US, 3.5.2016 διαθέσιμο στο: <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139> (τελευταία πρόσβαση: 18.8.2017).

<sup>2</sup> Στοιχεία του World Health Organization, διαθέσιμα στο: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> (τελευταία πρόσβαση: 20.8.2017).

<sup>3</sup> EUROPEAN COMMISSION Special Eurobarometer 241-Medical errors. European Commission, 2006.

των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έκαναν τουλάχιστον ένα λάθος τον τελευταίο μήνα. Μάλιστα, σε ποσοστό 4%-5% ανέφεραν ότι τα λάθη ήταν περισσότερα από τέσσερα<sup>4</sup>.

Ο τρόπος αντίδρασης της κοινωνίας και των ασθενών απέναντι στο ιατρικό σφάλμα έχει μεταβληθεί σημαντικά μέσα στον χρόνο. Σε αντίθεση με παλαιότερες εποχές, όπου οι ασθενείς ήταν σχεδόν αδύνατο να προσφύγουν στα δικαστήρια λόγω υποψίας τους για διάπραξη ιατρικού σφάλματος, τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται, σε παγκόσμιο επίπεδο, μια ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των αγωγών (και μηνύσεων) κατά των ιατρών<sup>5</sup>. Κι ενώ η ιατρική ευθύνη ξεκίνησε ιστορικά ως ποινική, τις τελευταίες δεκαετίες στις περισσότερες έννομες τάξεις το κέντρο βάρους έχει μετατεθεί στην αστική ευθύνη, αφού ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται τόσο για την τιμωρία του ιατρού αλλά για την για την αποκατάσταση των ζημιών που υπέστη λόγω της πλημμελούς ιατρικής πράξης.

Ήδη, στα μέσα της δεκαετίας του '70, στις ΗΠΑ, έγινε λόγος για κρίση της ιατρικής ευθύνης ("*malpractice crisis*"). Η κρίση αυτή συνίστατο -με λίγα λόγια- στο εξής<sup>6</sup>: οι ιατροί, προκειμένου να αποφύγουν την καταβολή αποζημιώσεων, προχωρούσαν σε ασφάλιση για το ενδεχόμενο ιατρικού ατυχήματος. Τα δικαστήρια, γνωρίζοντας πως στις περιπτώσεις ζημίας λόγω ιατρικού σφάλματος δεν πληρώνει ο ίδιος ο ιατρός αλλά οι ασφαλιστικές εταιρείες, άρχισαν με την πάροδο του χρόνου να επιδικάζουν όλο και υψηλότερες αποζημιώσεις. Οι ασφαλιστικές εταιρείες τότε αντέδρασαν με αύξηση των ασφαλίσεων σε βαθμό που οι ιατροί δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στην καταβολή τους. Σήμερα, λίγες δεκαετίες μετά, το ιατρικό σφάλμα έχει εξελιχθεί παγκοσμίως, τουλάχιστον για τους ιατρούς και τους νομικούς, σε έντονα συζητούμενο πρόβλημα διαχείρισης επαγγελματικού κινδύνου, με τέτοιες επιπτώσεις για το κοινωνικό σύνολο που σε ορισμένες χώρες αποκτά διαστάσεις μακροοικονομικού μεγέθους<sup>7</sup>.

Στο παρελθόν, σε περίπτωση αρνητικής έκβασης της ιατρικής πράξης, οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους σπάνια θα στρέφονταν κατά του ιατρού, διεκδικώντας αποζημίωση λόγω σφάλματος του. Η στάση της κοινωνίας ωστόσο έναντι του ιατρικού σφάλματος

---

<sup>4</sup> «Τα ιατρικά λάθη πληγώνουν ασθενείς και ΕΣΥ», 14.12.2016, διαθέσιμο στο: <http://www.tanea.gr/news/greece/article/5414243/plhqwnoyn-esy-kai-astheneis-ta-iatrika-lathh> (τελευταία πρόσβαση: 27.8.2017).

<sup>5</sup> Πολίτης, Η ιατρική ευθύνη. Πρόβλημα ιατρικό και νομικό. Νομικές Παράμετροι (Ι), ΕΙΔ 9/2009, 745.

<sup>6</sup> Πολίτης, Σύνδρομο «Μούσα», Σύνδρομο «Γλαυκία». Ιατρική αμέλεια, ιατρική ευθύνη, αμυντική ιατρική, ΕΙΔ 11/2010, 986.

<sup>7</sup> Κουτσουράδης, Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής, σε Τιμ. Τόμ. Γ.Δ. Καλλιμόπουλου, 2010, σ. 322.

έχει αλλάξει και τα αίτια είναι πολλά. Η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή είναι πια διαφορετική. Ο παραδοσιακός σεβασμός και η εμπιστοσύνη της κοινωνίας προς τους ιατρούς έχει μειωθεί. Σήμερα, ο ασθενής ή οι οικείοι του, απαλλαγμένοι από την παλαιά θεώρηση του ιατρού ως σωτήρα, είναι περισσότερο έτοιμοι να στραφούν εναντίον του, εάν έχουν την υποψία ότι υπέπεσε σε σφάλμα. Επιπλέον, η επιστημονική πρόοδος έχει οδηγήσει το κοινωνικό σύνολο σε μεγαλύτερες προσδοκίες σχετικά με την υγεία του. Ο σύγχρονος δυτικός άνθρωπος δεν είναι καθόλου έτοιμος να δεχτεί την αρνητική εξέλιξη της δικής του υγείας ή της υγείας των οικείων του ως «μοιραίο» και αναπόφευκτο γεγονός, που πρέπει να υπομείνει με εγκαρτέρηση<sup>8</sup>. Ο θεσμός της ασφάλισης, που κατέστησε την καταβολή αποζημίωσης δυνατή, σε περίπτωση διαπίστωσης ιατρικής ευθύνης, έχει επίσης συμβάλει στην αύξηση των αγωγών κατά των ιατρών<sup>9</sup>. Τέλος, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, υπάρχει μια δυσαρέσκεια των πολιτών απέναντι στα κρατικά νοσοκομεία (ανεπαρκείς υποδομές, συνωστισμός στις εφημερίες κλπ), την οποία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων εισπράττουν οι ιατροί, με αποτέλεσμα να οδηγούνται συχνά ενώπιον των δικαστηρίων<sup>10</sup>.

Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης είναι λεπτό και η εύρεση της «χρυσής τομής» ανάμεσα στο συμφέρον του ιατρού και στο συμφέρον του ασθενούς δυσχερής ενώ συχνά ο ορισμός του ιατρικού σφάλματος και η απόδειξή του αποτελούν αιτία έριδος μεταξύ ιατρών και νομικών. Κατά μια εύστοχη επισήμανση, «...η ιατρική και η νομική επιστήμη ευρίσκονται εις πολύ δύσκολον θέσις, όταν πρόκειται να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της της επαγγελματικής ευθύνης του ιατρού<sup>11</sup>». Η υποστηριχθείσα, κατά το παρελθόν, άποψη περί του ανεύθυνου του ιατρών έχει σήμερα εγκαταλειφθεί και ορθώς, αφού καμιά ιδιαιτερότητα της ιατρικής επιστήμης δεν δικαιολογεί αυτή την μεταχείριση. Από την άλλη πλευρά, μια υπέρμετρη και ανεξέλεγκτη διεύρυνση της (αστικής) ευθύνης τους μπορεί να έχει εξαιρετικά αρνητικές επιπτώσεις για το κοινωνικό σύνολο. Το δύσκολο έργο της χάραξης των ορίων της ιατρικής ευθύνης με τρόπο ώστε να διασφαλίζονται τα δικαιώματα τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή επωμίζονται ο νομοθέτης, η νομική θεωρία και η νομολογία<sup>12</sup>. Εάν δεν τεθούν όρια σε

<sup>8</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 40.

<sup>9</sup> Ομπέση, Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο: επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ 1993, 401.

<sup>10</sup> Πολίτης, Σύνδρομο «Μούσα», Σύνδρομο «Γλαυκία». Ιατρική αμέλεια, ιατρική ευθύνη, αμυντική ιατρική, ΕΙΔ 11/2010, 986.

<sup>11</sup> Ζέπος, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ (21) 1973, 1.

<sup>12</sup> Πολίτης, «Οι δικαστές κρατούν στα χέρια τους το μέλλον της ιατρικής». Προβληματισμοί για την ιατρική ευθύνη, ΕΙΔ 4/2011, 201.

αυτή, υπάρχει ο κίνδυνος όχι μόνο να καταστεί δυσχερέστερη η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος αλλά και να ανακοπεί η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης. Λέγεται χαρακτηριστικά, ίσως με κάποια δόση υπερβολής, ότι «οι δικαστές κρατούν στα χέρια τους το μέλλον της Ιατρικής», αφού ενδεχόμενη καταδίκη ιατρού για την εφαρμογή συγκεκριμένης μεθόδου, θα αποτελούσε ουσιαστικά καταδίκη όλης της μεθόδου<sup>13</sup>. Όμως αυτή δεν είναι η μόνη αρνητική συνέπεια που μπορεί να προκύψει από την αυστηρή αντιμετώπιση της ιατρικής αστοχίας.

Η υπερβολική νομική απειλή προς τον ιατρό οδηγεί στη λεγόμενη «**αμυντική ιατρική**» (*defensive medicine*). Ο ιατρός, νιώθοντας διαρκή φόβο για το ενδεχόμενο δικαστικής εμπλοκής του, με όσες αρνητικές συνέπειες αυτή συνεπάγεται, κάνει περισσότερα (*θετική αμυντική ιατρική*) ή λιγότερα (*αρνητική αμυντική ιατρική*) από όσα επιβάλλει η σύγχρονη ιατρική που βασίζεται σε ενδείξεις (*evidence based medicine*)<sup>14</sup>. Τα όρια μεταξύ αμυντικής και ορθής ιατρικής είναι ρευστά και δυσδιάκριτα, καθώς στην περίπτωση της θετικής αμυντικής ιατρικής ο ιατρός τις περισσότερες φορές ενεργεί *lege artis* (και μάλιστα με το παραπάνω). Επί αυτού θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η αμυντική ιατρική «υποκρίνεται» τη *lege artis* συμπεριφορά ή προσπαθεί να επιδείξει ιδιαίτερο ζήλο και αφοσίωση, όχι όμως για το καλό του ασθενούς αλλά για να μην κατηγορηθεί ο ιατρός<sup>15</sup>.

Στην **θετική αμυντική ιατρική** ο ιατρός υποβάλλει τον ασθενή σε σωρεία εξετάσεων (προκειμένου να αποφύγει ακόμη και απίθανες περιπτώσεις κακής διάγνωσης ή παρενεργειών της θεραπείας), εκτελεί περισσότερες ιατρικές πράξεις, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, καταφεύγει σε εφαρμογή μη αναγκαίων επεμβάσεων (επιλέγει λ.χ την καισαρική τομή αντί του φυσιολογικού τοκετού), συνταγογραφεί περισσότερο από τα επιτρεπτά όρια, αποφασίζει εισαγωγές στα νοσοκομεία που δεν ήταν όντως αναγκαίες κλπ. Η υπερβολή σε διαγνωστικές εξετάσεις (υπερδιάγνωση) δεν συνιστά μόνο οικονομική επιβάρυνση για τον ασθενή ή τον ασφαλιστικό του φορέα αλλά μπορεί να βλάπτει και την υγεία του ασθενούς, αφού αυτές δεν είναι πάντοτε ακίνδυνες (λ.χ ακτινολογικές εξετάσεις)<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> Πολίτης, Οι δικαστές κρατούν στα χέρια τους το μέλλον της ιατρικής». Προβληματισμοί για την ιατρική ευθύνη, ΕΙΔ 4/2011, 201.

<sup>14</sup> «Τα φοβικά σύνδρομα της ιατρικής», άρθρο του Γ.Α. Ανδρουλάκη, καθηγητή Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 11.12.2011, διαθέσιμο στο: <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=434310> (τελευταία επίσκεψη 29.7.2017).

<sup>15</sup> Πολίτης, Σύνδρομο «Μούσα», Σύνδρομο «Γλαυκία». Ιατρική αμέλεια, ιατρική ευθύνη, αμυντική ιατρική, ΕΙΔ 11/2010, 990.

<sup>16</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 40.

Στην *αρνητική αμυντική ιατρική*, ο ιατρός πράττει λιγότερα από ό,τι επιβάλλουν οι κανόνες της σύγχρονης ιατρικής, κυρίως όταν έχει να διαχειριστεί ασθενείς υψηλού κινδύνου, φοβούμενος και πάλι την ενδεχόμενη νομική εμπλοκή του. Έτσι, αποφεύγει να αναλάβει περιπτώσεις με μικρές πιθανότητες επιτυχίας ή τις αναλαμβάνει με πολύ υψηλή αμοιβή. Γενικότερα, ο ιατρός, στο πλαίσιο της αμυντικής ιατρικής, διστάζει να λάβει αποφάσεις και να δράσει πιο ενεργά σε ορισμένες δύσκολες και οριακές περιπτώσεις. Επιπλέον, οι ιατροί συχνά αποφεύγουν να επιλέξουν ορισμένες ειδικότητες «υψηλού κινδύνου αστικής ευθύνης» όπως η μαιευτική ή η αναισθησιολογία<sup>17</sup>. Στο περιοδικό JAMA του 2005 αναφέρεται ότι πλέον του 90% των ερωτηθέντων, στο πλαίσιο της έρευνας ιατρών, είχαν εκτελέσει αμυντική ιατρική, ποσοστό αντιπροσωπευτικό της της έκτασης της αμυντικής ιατρικής σε πολλές χώρες<sup>18</sup>.

Συνεπώς, η αναζήτηση της «χρυσής τομής» ανάμεσα στα συμφέροντα ιατρού και ασθενούς, με επιπτώσεις στο πολύτιμο αγαθό της υγείας, αποτελεί για τον νομικό όχι μόνο πρόκληση αλλά και ένα πολύ απαιτητικό εγχείρημα. Στην προσπάθεια αυτή, η προσέγγιση και η οριοθέτηση του ιατρικού σφάλματος, ως δικαιολογητικού λόγου της ιατρικής ευθύνης, αποτελεί το πολυτιμότερο εργαλείο.

## II. Στόχος και πορεία της εργασίας

Κύριο στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η μελέτη της έννοιας του ιατρικού σφάλματος, όπως αυτή προσεγγίζεται από τη θεωρία και τη νομολογία, η ένταξή του στο σύστημα της αδικοπρακτικής ευθύνης και η ανάδειξη της τυπολογίας που εμφανίζει. Περαιτέρω, έχοντας εξετάσει τη λειτουργία του ισχύοντος νομικού συστήματος αστικής ιατρικής ευθύνης, θα αναρωτηθούμε αν αυτό αποτελεί τη βέλτιστη δυνατή λύση στο δύσκολο «πρόβλημα» της ιατρικής ευθύνης ή αν καθίσταται αναγκαία η αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων και συστημάτων.

Στην προσπάθεια αυτή θα γίνει χρήση της σχετικής βιβλιογραφίας, αρθρογραφίας και νομολογίας και καταγραφή των αντικρουόμενων απόψεων που έχουν υποστηριχθεί σε σειρά ζητημάτων.

Αφού προηγηθεί, στο πρώτο (Α') μέρος της εργασίας, μια σύντομη ιστορική επισκόπηση της ιατρικής ευθύνης και παράθεση των θεωριών που διατυπώθηκαν για

<sup>17</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 40

<sup>18</sup> Ψαρούλης-Βαλτούτσος, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 250.

αυτήν, επιχειρείται στο δεύτερο (Β') μια πρώτη προσέγγιση της έννοιας ιατρικού σφάλματος. Στη συνέχεια, το ιατρικό σφάλμα θα εξεταστεί ως νόμιμος λόγος της αστικής ιατρικής ευθύνης<sup>19</sup>, ως λόγος, δηλαδή, που γεννά υποχρέωση αποζημίωσης του ιατρού προς τον ασθενή. Στο πλαίσιο αυτής της εξέτασης θα γίνει προσπάθεια διάκρισης και, συγχρόνως, συσχετισμού του με τον δεύτερο σημαντικό νόμιμο λόγο αστικής ιατρικής ευθύνης, ήτοι τη διενέργεια αυθαίρετης ιατρικής πράξης, λόγω έλλειψης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς, και θα αναλυθούν οι λόγοι για τους οποίους το ιατρικό σφάλμα αποτελεί «έννοια-κλειδί» για την αστική ευθύνη του ιατρού. Μετά την προκατανόηση του ιατρικού σφάλματος και τη θέση του στο σύστημα της αστικής ευθύνης, θα αναλυθούν οι προσεγγίσεις-κριτήρια που έχουν προταθεί από τη θεωρία καθώς και η θέση της νομολογίας. Στόχος αυτής της διαδικασίας είναι η απόκτηση μιας πληρέστερης εικόνας της έννοιας του ιατρικού σφάλματος.

Στο τρίτο (Γ') μέρος της εργασίας επιχειρείται η εξέταση του ιατρικού σφάλματος υπό το φως των προϋποθέσεων της αδικοπρακτικής ευθύνης (άρθρ. 914 ΑΚ) καθώς και του άρθρ. 8 Ν. 2252/1994 «περί προστασίας καταναλωτή», στο πεδίο του οποίου εμπίπτει, κατά πάγια νομολογία, και η παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Στο πλαίσιο διερεύνησης της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού, λόγω διάπραξης ιατρικού σφάλματος, δεν θα μπορούσε να αποφευχθεί μια σύντομη -έστω- αναφορά στην (αστική) ευθύνη των δημοσίων νοσοκομείων για πράξεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρικών σφαλμάτων εντοπίζεται στο πλαίσιο νοσηλείας εντός των δημοσίων νοσοκομείων.

Στο τέταρτο (Δ') μέρος της εργασίας καταβάλλεται προσπάθεια να απαντηθεί το ερώτημα αν ο ιατρός, λόγω της ιδιότητάς του, υπέχει υποχρέωση αυξημένης επιμέλειας σε σχέση με το γενικό μέτρο επιμέλειας και εξετάζεται το ζήτημα αν συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν να ληφθούν υπόψη και να διαφοροποιήσουν το μέτρο επιμέλειας του ιατρού άλλοτε «προς τα πάνω» και άλλοτε «προς τα κάτω». Δικαιολογούν λ.χ οι ιδιαίτερες ικανότητες του ιατρού αυξημένη ευθύνη του σε σχέση με τον μέσο ιατρό, που στερείται αυτών των εξαιρετικών προσόντων; Μπορούν οι αντικειμενικές συνθήκες παροχής ιατρικής φροντίδας, όπως λ.χ τα διαθέσιμα μέσα, οι εγκαταστάσεις, οι έκτακτες καταστάσεις ή η βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς

---

<sup>19</sup> Η ιατρική ευθύνη διακρίνεται σε αστική, ποινική και πειθαρχική. Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι μόνο η πρώτη και ειδικότερα η αδικοπρακτική ιατρική ευθύνη.

να διαφοροποιήσουν το μέτρο της επιβαλλόμενης επιμέλειας; Επηρεάζει το ζητούμενο πρότυπο επιμέλειας η απουσία θεραπευτικού σκοπού της ιατρικής πράξης; Πρόκειται, όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, για κρίσιμα ερωτήματα και ο τρόπος απάντησής τους συνδέεται με σοβαρές συνέπειες στη διαμόρφωση του μέτρου της ευθύνης του ιατρού.

Στο πέμπτο (Ε') μέρος της εργασίας, επιχειρείται η παρουσίαση της τυπολογίας του ιατρικού σφάλματος έτσι όπως αυτή έχει διαμορφωθεί σε επίπεδο θεωρίας και, κυρίως, νομολογίας. Πολύτιμο εργαλείο σε αυτή την κατηγοριοποίηση αποτέλεσε η σταχυολόγηση δικαστικών αποφάσεων πολιτικών, διοικητικών και ποινικών δικαστηρίων. Μέσα από την καταγραφή των αποφάσεων αυτών και την ταξινόμηση του ιατρικού σφάλματος, η έννοια του ιατρικού σφάλματος καθίσταται σαφέστερη.

Στο έκτο (ΣΤ') μέρος της εργασίας, αμφισβητείται η ορθότητα του ισχύοντος νομικού συστήματος ιατρικής ευθύνης και παρουσιάζεται μια εναλλακτική προσέγγιση στον τρόπο αντιμετώπισης του ιατρικού σφάλματος, κατά την οποία η «ρίζα του κακού» βρίσκεται όχι στη συμπεριφορά του εκάστοτε ευθυνόμενου ιατρού αλλά στο ίδιο το σύστημα παροχής ιατρικής φροντίδας. Συγχρόνως, τίθεται το ερώτημα αν ένα άλλο διαφορετικό σύστημα «αντικειμενικής ευθύνης» θα έλυνε τα προβλήματα του υπάρχοντος νομικού συστήματος.

Τέλος, παρατίθενται οι τελικές παρατηρήσεις και τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας.

### **III. Ιστορική επισκόπηση της ιατρικής ευθύνης**

Ανατρέχοντας στο απώτερο παρελθόν, στις πρωτόγονες κοινωνίες, διαπιστώνουμε την πλήρη απουσία πλαισίου ιατρικής δεοντολογίας. Στις κοινωνίες αυτές, η άσκηση της ιατρικής στηριζόταν στη μαγεία. Ο μάγος-ιατρός επικαλούταν τα πνεύματα προκειμένου να εκτελέσει το έργο του κι εκείνα «ενεργούσαν» ανάλογα με την πίστη του πάσχοντα ανθρώπου στους δαίμονες. Σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας, ο ιατρός δεν έφερε καμία ευθύνη, αφού αιτία της δυσμενούς εξέλιξης θεωρούταν το έλλειμα πίστης του ασθενούς<sup>20</sup>.

Κατά το 2400 π.Χ η ιατρική επιστήμη γνώρισε άνθιση στις χώρες της Μεσοποταμίας και ιδιαίτερα στη Βαβυλωνία, η οποία αποτέλεσε κέντρο ανάπτυξης της Ιατρικής. Εκεί, κατά το έτος 1900 π.Χ, ο Hammurabi, γνωστός βασιλιάς της

---

<sup>20</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 203-204.

Βαβυλωνίας, θέσπισε σε ένα από τα σπουδαιότερα νομοθετήματα της συλλογής του, τον «Κώδικα του Hammurabi»<sup>21</sup>, διατάξεις που καθιέρωσαν τόσο την ιατρική αμοιβή όσο και την ιατρική ευθύνη. Οι προβλεπόμενες στον Κώδικα ποινές στηρίζονταν στην αρχή της ανταπόδοσης<sup>22</sup> και ήταν ιδιαίτερα αυστηρές. Έτσι κατά το άρθρο 218 του Κώδικα<sup>23</sup>:

1) *Εάν ένας ιατρός προκαλέσει τομή ή με χειρουργικό μαχαίρι από χαλκό και θεραπεύσει τον ασθενή ή εάν ανοίξει ένα απόστημα με χειρουργικό μαχαίρι και σώσει το μάτι του ασθενή, θα πάρει δέκα σέκελς - μοίρες αργύρου. Εάν, όμως, πρόκειται για δούλο, ο κύριός του θα πληρώσει δύο μοίρες αργύρου στον ιατρό.*

2) *Αντίθετα, αν ο ιατρός προκαλέσει σοβαρό τραύμα με χειρουργικό μαχαίρι και ο ασθενής πεθάνει ή εάν ανοίξει ένα απόστημα με χειρουργικό μαχαίρι και καταστρέψει το μάτι, τότε τα χέρια του θα του κοπούν.*

3) *Εάν ο ιατρός προκαλέσει ένα σοβαρό τραύμα με χάλκινο χειρουργικό μαχαίρι σε δούλο ενός ελεύθερου ανθρώπου και ο δούλος πεθάνει, πρέπει τότε ο ιατρός να αντικαταστήσει το δούλο με άλλο δούλο. Εάν, όμως, αυτός ανοίξει ένα απόστημα με χάλκινο χειρουργικό μαχαίρι και καταστρέψει το μάτι, θα πληρώσει τη μισή αξία του δούλου.*

Στην Αίγυπτο, την ιατρική της οποίας ο Όμηρος επαινεί ως την καλύτερη, η αρχή της ιατρικής ευθύνης καθιερώθηκε με την περιώνυμη *Ιερά Βίβλο*, την οποία μνημονεύουν τόσο ο Ηρόδοτος όσο και ο Διόδωρος ο Σικελιώτης. Σύμφωνα με διάταξη της Ιεράς Βίβλου, ο ιατρός αναλάμβανε τη θεραπεία του ασθενή, με ευθύνη του δεύτερου, για τις τρεις πρώτες ημέρες. Μετά την παρέλευση των τριών ημερών, συνεχιζόταν η θεραπεία αλλά πλέον με ευθύνη του ιατρού<sup>24</sup>. Σύμφωνα με άλλη διάταξη της Βίβλου, οι ιατροί όφειλαν να ακολουθούν απαρέγκλιτα τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Σε περίπτωση που ο ιατρός, παρότι είχε ακολουθήσει τους κανόνες των ιερών βιβλίων, δεν κατάφερνε να σώσει τον ασθενή, απαλλασσόταν από κάθε κατηγορία. Εάν όμως είχε ενεργήσει αντίθετα σε όσα ήταν γραμμένα, τότε τιμωρούνταν με θάνατο<sup>25</sup>, και αυτό γιατί ο νομοθέτης πίστευε πως πολλοί λίγοι

---

<sup>21</sup> Ο κώδικας αυτός ανευρέθη το 1902 στα Σούσα από τον J. De Morgan, αποτελείται από 250 άρθρα και θεωρείται το παλαιότερο διεθνές κείμενο κωδικοποίησης της ιατρικής δεοντολογίας (Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 204).

<sup>22</sup> Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, σ. 4 με παραπομπές σε περαιτέρω βιβλιογραφία.

<sup>23</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 9-10.

<sup>24</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 10

<sup>25</sup> Κότσιανος, ό.π.



άνθρωποι είχαν τέτοιο βαθμό γνώσης που τους επέτρεπε να παρακάμψουν μια μέθοδο θεραπείας που εφαρμοζόταν για μακρό χρονικό διάστημα και την οποία συνιστούσαν άριστοι ιατροί<sup>26</sup>.

Οι αρχαίοι Έλληνες ξεπέρασαν τα όρια της πρωτόγονης ιατρικής και πραγματοποίησαν σημαντικές προόδους. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε συστηματικά την Ιατρική Επιστήμη, καθιερώνοντας διάφορους τρόπους για τη θεραπεία των ασθενειών κατά τέτοιο τρόπο, ώστε σήμερα να αναγνωρίζεται ο ίδιος ως πατέρας της ιατρικής και η Ελλάδα ως κοιτίδα της επιστημονικής ιατρικής<sup>27</sup>. Στην αρχαία Ελλάδα φαίνεται πως επικρατούσε η άποψη περί ανεύθυνου των ιατρών. Ο Πλάτων αρνείται την ευθύνη του ιατρού, εάν αυτός ενήργησε καλόπιστα ενώ, όπως και ο Αριστοτέλης, αναγνωρίζουν την υποχρέωση ενημέρωσης από τον ιατρό και την ανάγκη συγκαταθέσεώς του ασθενούς, εάν πρόκειται για ελεύθερο πολίτη<sup>28</sup>. Η άρνηση της ιατρικής ευθύνης παρατηρείται, επίσης, στον Αντιφώντα<sup>29</sup>. Ο Ιπποκράτης, αντίθετα, αν και ιατρός, δέχεται την ιατρική ευθύνη και λυπάται όταν αυτή εκλείπει<sup>30</sup>. Επίσης, σε ένα απόσπασμα από τη βιβλιογραφία του Πλούταρχου, αναφέρεται ότι ο Μέγας Αλέξανδρος τιμώρησε με θανατική ποινή τον ιατρό Γλαύκο, διότι εγκατέλειψε τον προσωπικό του φίλο, Ηφαιστίωνα, κλινήρη για να παρακολουθήσει θεατρική παράσταση με αποτέλεσμα ο ασθενής να διαπράξει “διαιτητική παρεκτροπή” και να πεθάνει<sup>31</sup>. Την πράξη αυτή του Μεγάλου Αλεξάνδρου χαρακτήρισε ο γνωστός Ιταλός ιατροδικαστής της Αναγέννησης Παύλος Ζακκία αυστηρή αλλά και δίκαιη, καθώς είναι ανεπίτρεπτη η εγκατάλειψη του ασθενούς από τον ιατρό<sup>32</sup>.

---

<sup>26</sup> Σχετικά με την ιατρική ευθύνη στην αρχαία Αίγυπτο, μπορούν να γίνουν δύο παρατηρήσεις: πρώτον, ότι η διάταξη της *Iεράς Βίβλου* σχετικά με το χρονικό όριο των τριών ημερών, εντός του οποίου δεν ευθυνόταν ο ιατρός για τυχόν δυσμενή εξέλιξη της πορείας του ασθενούς, αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια καταμερισμού του θεραπευτικού κινδύνου· δεύτερον, ότι ήδη από την εποχή εκείνη υπήρχε κάποιου είδους συσχετισμός μεταξύ της *lege artis* συμπεριφοράς του ιατρού και της ευθύνης του. Η τήρηση ή μη των θεμελιωδών αρχών της ιατρικής επιστήμης από τον ιατρό, αποτελεί έως και σήμερα το βασικότερο κριτήριο για την κατάφαση της ευθύνης του.

<sup>27</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 11-12.

<sup>28</sup> Πλεύρης, Η Ποινική Ευθύνη στην Ιατρική Πράξη, σ. 6.

<sup>29</sup> Τετραλογία Γ, 3.5 «Ο μεν ιατρός ου φονεύς αυτού εστί, ο γαρ νόμος απολύει τον ιατρόν».

<sup>30</sup> «*Ιητρική τεχνέων μὲν πασέων ἐστὶν ἐπιφανεστάτη· διὰ δὲ ἀμαθίην τῶν τε χρεομένων αὐτῇ, καὶ τῶν εἰκῇ τοὺς τοιοῦσδε κρινόντων, πολὺ τι πασέων ἤδη τῶν τεχνέων ἀπολείπεται. Ἡ δὲ τῶν δὲ ἁμαρτὰς τὰ μάλιστά μοι δοκεῖ ἔχειν αἰτίην τοιήνδε· πρόστιμον γάρ ἰητρικῆς μούνης ἐν τῇσι πόλεσιν οὐδὲν ὄρισταί, πλὴν ἀδοξίης· αὕτη δὲ οὐ τιρώσκει τοὺς ἐξ αὐτῆς συγκειμένους. Ὁμοιότατοι γάρ εἰσιν οἱ τοιοῦδε τοῖσι παρεισαγομένοισι προσώποισιν ἐν τῇσι τραγωδίῃσιν· ὥς γὰρ ἐκεῖνοι σχῆμα μὲν καὶ στολὴν καὶ πρόσωπον ὑποκριτοῦ ἔχουσιν, οὐκ εἰσὶ δὲ ὑποκριταί, οὕτω καὶ ἰητροί, φήμη μὲν πολλοὶ, ἔργῳ δὲ πάγχυ βαιοί» (πρώτη παράγραφος του Νόμου του Ιπποκράτη).*

<sup>31</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 12-13.

<sup>32</sup> Αλεξιάδης, ό.π., σ. 12.

Ο *Ιπποκράτιος Όρκος* (*Corpus Hyppocraticus*), θεμέλιο της Ιατρικής Ηθικής σε όλο τον (δυτικό τουλάχιστον) κόσμο, υπήρξε μόνο «εσωτερικό δίκαιο» της συντεχνιακής ιατρικής ομάδας<sup>33</sup>, χωρίς να δημιουργεί γενικότερο κανόνα δικαίου, από τον οποίο να απορρέουν νομικά δεσμευτικές υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή<sup>34</sup>. Η κύρωση για την κακή εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος ήταν μόνο η αποτυχία του ιατρού και η απώλεια της ιατρικής του φήμης. Υποστηρίζεται παρ' όλα αυτά, ότι ο σύγχρονος σύνδεσμος μεταξύ Δικαίου και Ιατρικής έχει τις βάσεις του στις αρχές με τις οποίες λειτούργησε η ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα. Ορισμένοι θεωρητικοί μάλιστα έλκουν από τον όρκο του Ιπποκράτη πηγές αστικών υποχρεώσεων. Η άποψη αυτή αμφισβητείται έντονα με το επιχείρημα ότι ο όρκος δεν απευθύνεται στον ασθενή, δεν δίδεται προς αυτόν ούτε δημιουργεί υποχρεώσεις του ιατρού απέναντι στον ασθενή για την περίπτωση της κακής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος<sup>35</sup>.

Στη Ρώμη η άσκηση της ιατρικής θεωρούνταν ένα είδος κατωτέρου επαγγέλματος, το οποίο αρχικά ασκούταν αποκλειστικά από δούλους. Η εφαρμογή της ουσιαστικής ιατρικής επιστήμης άρχισε να πραγματοποιείται επί εποχής Καίσαρα με την παραχώρηση του δικαιώματος του πολίτη στους ιατρούς, την ίδρυση της Στρατιωτικής Υγειονομικής Υπηρεσίας και της ιατρικής σχολής της *Scuola Medicorum*. Με την πάροδο των χρόνων και την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος άρχισαν να εμφανίζονται οι πρώτες καταχρήσεις, με συνέπεια την ώθηση των Ρωμαίων στη θέσπιση νομοθετημάτων σχετικά με την ιατρική ευθύνη. Ως λόγος ιατρικής ευθύνης δεν θεωρήθηκε ποτέ η αποτυχία της θεραπείας, αλλά η αμέλεια και η απειρία των ιατρών. Μάλιστα, εμφανίσθηκε πρώτα η ποινική όψη του ζητήματος<sup>36</sup>.

Η *Lex Cornelia de Sicarria* προέβλεπε σειρά αδικημάτων του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και τις επιβαλλόμενες ποινές, οι οποίες ξεκινούσαν από την υπερωρία και έφθαναν, σε ορισμένες περιπτώσεις, έως και το θάνατο. Κι ενώ εκ πρώτης όψεως δίνεται η εντύπωση μιας αυστηρής νομικής αντιμετώπισης του ιατρικού

---

<sup>33</sup> Ο όρκος δινόταν δημόσια, όταν ένα νέο μέλος γινόταν δεκτό στην «ιατρική συντεχνία». Με τον όρκο αυτό, ο νέος ιατρός αναλάμβανε την υποχρέωση να τηρήσει ορισμένη συμπεριφορά τόσο κατά την εξάσκηση της ιατρικής όσο και απέναντι στους άλλους ιατρούς, έτσι ώστε να υπερασπίζεται και τα συμφέροντα της συντεχνίας αλλά και να ασκεί το ιατρικό επάγγελμα όπως το καθόριζαν οι θεοί, στο πλαίσιο, δηλαδή, της ηθικής τάξης (*Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, σ. 15).

<sup>34</sup> *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, σ. 16.

<sup>35</sup> *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, ό.π., σ. 15.

<sup>36</sup> *Κότσιανος*, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 12.

επαγγέλματος, η πράξη λειτούργησε ευνοϊκά προς τους ιατρούς, καθώς σύντομα ανέκυψε το υπάρχον και σήμερα σημαντικό πρόβλημα: το πρόβλημα της απόδειξης<sup>37</sup>. Έτσι, η δυσκολία προσαγωγής νομίμων αποδείξεων οδηγούσε, σχεδόν πάντα, σε απαλλαγή των γιατρών από της κατηγορίες, με αποτέλεσμα την άτυπη καθιέρωση του ανεύθυνου των ιατρών<sup>38</sup>.

Η *Lex Aquilia Plebiscitum*, που λειτούργησε ως βάση της διδασκαλίας του ρωμαϊκού δικαίου για την αστική ευθύνη εν γένει<sup>39</sup>, αποτέλεσε το θεμέλιο και της ιατρικής ευθύνης. Σύμφωνα με το εν λόγω νομοθέτημα, για να γεννηθεί ευθύνη προς αποζημίωση απαιτούνταν: α) περιουσιακή βλάβη θετική ή αποθετική β) η πράξη να είναι άδικη γ) υπαιτιότητα (δόλος ή αμέλεια) δ) αιτιώδης σύνδεσμος της ενέργειας του βλάψαντος προς τη βλάβη.

Κατά το δίκαιο των Οστρογόθων και των Βησιγόθων ο ιατρός που επιτύχανε ευνοϊκό αποτέλεσμα, δικαιούταν να ζητήσει αμοιβή, ενώ σε περίπτωση αποτυχίας, υποβαλλόταν σε βασανιστήρια<sup>40</sup>.

Κατά το δίκαιο των Σταυροφόρων, που ήταν ενσωματωμένο στον Κώδικα Νόμων που εκδόθηκε με τον τίτλο “*Les Assise de Jerusalem*”, οι ιατροί ήταν υπεύθυνοι ακόμη και για την αμέλεια που έδειχναν οι ασθενείς κατά την πραγματοποίηση της θεραπείας τους, εφόσον οι ιατροί δεν χάραζαν την τακτική θεραπείας τους<sup>41</sup>. Η τιμωρία που τους επιβαλλόταν σε αυτή την περίπτωση, ήταν η κοπή του καρπού του δεξιού χεριού.

Η περίοδος από τον 11<sup>ο</sup> έως και τον 15<sup>ο</sup> αιώνα χαρακτηρίζεται από την ασυδοσία των ιατρών, που ασκούν την ιατρική ανεξέλεγκτοι και οι μόνοι που μπορούν να τους επιβάλουν κάποια τιμωρία είναι οι ισχυροί της εποχής. Μόνο κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα αρχίζει να διαφαίνεται κάποια προσπάθεια για νομική εξέταση του θέματος. Νέα προσπάθεια ξεκινά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, αυτή τη φορά με πρωταγωνιστές τους ιατρούς. Ο ψυχίατρος Legrand de Saule, το 1874 διακηρύσσει ότι “*κανείς δεν δικαιούται να*

---

<sup>37</sup> Κότσιανος, ό.π., σ. 13.

<sup>38</sup> Ο Πλίνιος αναφέρει σχετικά (Φυσική ιστορία, κεφ. 29) τα εξής: «Δεν υπάρχει Νόμος που να τιμωρεί την άγνοια των ιατρών με σοβαρή ποινή. Εκπαιδεύονται οι ιατροί και μορφώνονται σε βάρος μας και με κίνδυνό μας. Ο θάνατος των ανθρώπων αποτελεί για αυτούς σειρά πειραματισμών και μόνο αυτοί απολαμβάνουν του προνομίου να φονεύουν ατιμωρητί τους ανθρώπους. Αλλά τι λέγω; Επιρρίπτουν την ευθύνη στον ασθενή, τον κατηγορούν για ακολασία και τελικώς θεωρούν αυτόν υπεύθυνο του θανάτου του».

<sup>39</sup> Κότσιανος, ό.π., σ. 13.

<sup>40</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 14.

<sup>41</sup> Αλεξιάδης, ό.π.

τοποθετείται υπεράνω του Νόμου και ο Ιατρός είναι αρκετά βέβαιος για τον εαυτό του, ώστε να μην επιδιώξει εξαίρεση σ' αυτό»<sup>42</sup>.

#### IV. Θεωρίες σχετικά με την ιατρική ευθύνη

Κατ' επανάληψη έχει τεθεί το ερώτημα αν και κατά πόσο οι ιατροί υπέχουν ευθύνη, κατά την ενάσκηση του έργου τους, για τυχόν δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενούς. Από την ιστορική επισκόπηση που προηγήθηκε γίνεται φανερό πως στο πέρασμα των αιώνων η στάση των κοινωνιών απέναντι στην ιατρική ευθύνη δεν υπήρξε ενιαία. Συχνά, μάλιστα, η ομοφωνία απουσίαζε ακόμη και στο πλαίσιο της ίδια κοινωνίας<sup>43</sup>. Σχετικά με την αντιμετώπιση του ζητήματός της ιατρικής ευθύνης έχουν διατυπωθεί τρεις θεωρίες<sup>44</sup>:

Σύμφωνα με τη *θεωρία περί του ανεύθυνου των ιατρών*<sup>45</sup>, που υποστηρίχθηκε στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα από την Ιατρική Ακαδημία της Γαλλίας<sup>46</sup> και περιλήφθηκε σε υπόμνημά της προς τη Γαλλική Κυβέρνηση με την ευκαιρία σύνταξης νομοσχεδίου, με το οποίο θα ρυθμιζονταν θέματα σχετικά με την άσκηση της ιατρικής<sup>47</sup>, οι ιατροί είναι νομικώς υπεύθυνοι μόνο για βλάβες που προκαλούνται «*εκ προμελέτης και προς επίτευξη δόλιων σκοπών και εγκληματικών προθέσεων*»<sup>48</sup>. Αντίθετα, «*οι ακούσιες πλάνες, τα απρόβλεπτα σφάλματα, οι εκτός υπολογισμού θλιβερές εκβάσεις δεν πρέπει να κρίνονται από κανέναν άλλον πέραν της κοινής γνώμης*», «*η ευθύνη τους (των ιατρών) είναι ευθύνη ηθική, ευθύνη συνειδήσεως, καμία δικαστική ενέργεια δεν μπορεί να στραφεί κατά αυτών, εάν δεν πρόκειται για δόλο ή απάτη*»<sup>49</sup>.

Η Γαλλική Ακαδημία, κατά τη διατύπωση της θέσης της υπέρ του ανεύθυνου των ιατρών, επικαλέστηκε το συμφέρον της ιατρικής επιστήμης υποστηρίζοντας ότι «*σε περίπτωση που γίνει δεκτή η αρχή περί υπάρξεως ιατρικής ευθύνης, η ελεύθερη και ωφέλιμη άσκηση της τέχνης του θεραπεύειν αποβαίνει αδύνατη και η ανθρωπότητα θα*

<sup>42</sup> Αλεξιάδης, ό.π., σ. 15.

<sup>43</sup> Τέτοια διχογνωμία λ.χ υπήρξε, όπως εκτέθηκε παραπάνω, στην Αρχαία Ελλάδα.

<sup>44</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 18 επ.

<sup>45</sup> Το «ανεύθυνο των ιατρών» αναφέρεται στην απουσία ευθύνης για τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας ή το θάνατο του ασθενούς, όταν αυτά οφείλονται σε αμέλεια του ιατρού και δεν φτάνει να συμπεριλάβει τη δόλια πρόκλησή τους.

<sup>46</sup> Η άποψη αυτή, βέβαια, δεν ήταν καινούρια αφού ήταν κρατούσα και στην Αρχαία Ελλάδα ενώ, όπως είδαμε παραπάνω, ακόμη και ο Ιπποκράτειος Όρκος αποτέλεσε σύμβολο της ηθικής ευθύνης των ιατρών.

<sup>47</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 17 επ.

<sup>48</sup> Διατύπωση από το υπόμνημα που υπέβαλε στις 29 Σεπτεμβρίου 1829 η Ιατρική Ακαδημία της Γαλλίας προς την Κυβέρνηση του Λουδοβίκου-Φιλίππου.

<sup>49</sup> Διατύπωση, επίσης από το ως άνω υπόμνημα.

*βρίσκεται σε διαρκή κίνδυνο»*. Εντύπωση προκαλεί, πάντως, ότι την εποχή εκείνη διατυπώθηκαν πολλές απόψεις από τους οπαδούς της θεωρίας του ανεύθυνου των ιατρών σχετικά με τη θεμελίωσή της<sup>50</sup>: άλλοι επιχείρησαν να τη θεμελιώσουν στην τότε έλλειψη ειδικών νομικών διατάξεων για την ιατρική ευθύνη, άλλοι στο ότι ο ιατρός, κατόπιν μακροχρόνιων σπουδών και εξετάσεων, λαμβάνει δίπλωμα για την άσκηση της ιατρικής, το οποίο τον καλύπτει από κάθε ευθύνη σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας του ασθενούς<sup>51</sup> ενώ άλλοι υποστήριξαν ότι ο ασθενής πρέπει να στραφεί κατά του εαυτού του γιατί αυτός επέλεξε τον γιατρό (*cur talem elegerit*)!

Θερμός υποστηρικτής του ανεύθυνου των ιατρών υπήρξε στη χώρα μας στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Μέρμηγκας<sup>52</sup>, ο οποίος διακήρυττε ότι ο ιατρός δεν πρέπει να απειλείται με ποινική τιμωρία για οποιαδήποτε πράξη επιχείρησε για θεραπευτικό σκοπό αλλά ότι η ποινική δίωξη του γιατρού δικαιολογείται μόνο για εγκληματικές πράξεις όπως η άμβλωση, η παραβίαση ιατρικού απορρήτου κλπ («Κλινική», 1962, σ. 45). Η θεωρία περί του ανεύθυνου των ιατρών παρουσιάζει πλέον μόνο ιστορικό ενδιαφέρον, καθώς σήμερα έχει εγκαταλειφθεί πλήρως.

Κατά τη *θεωρία της «ιδιομορφίας του επαγγελματικού πταίσματος»*<sup>53</sup>, οι ιατροί ευθύνονται μόνο για πράξεις που ενήργησαν με *δόλο* και *βαρεία αμέλεια*, ενώ είναι *ανεύθυνοι για τις πράξεις που προκλήθηκαν από ελαφρά αμέλεια*<sup>54</sup>. Η θεωρία αυτή, που διαμορφώθηκε κυρίως στη Γαλλία, βρήκε απήχηση στα κατώτερα γαλλικά δικαστήρια και όχι μόνο, αφού επηρέασε ακόμη την ιταλική, την ελβετική και την αμερικάνικη νομολογία<sup>55</sup>. Παρά τα θετικά στοιχεία που υπήρχαν σε σύγκριση με τη θεωρία περί του ανεύθυνου των ιατρών, ούτε η δεύτερη αυτή θεωρία κατόρθωσε να επικρατήσει, καθώς η προνομιακή μεταχείριση του ιατρικού επαγγέλματος, έναντι όλων των άλλων θεωρήθηκε αδικαιολόγητη. Οι ιατροί, όπως και όλοι οι πολίτες θα πρέπει να είναι υπόλογοι για όλες τις πράξεις που απορρέουν από την άσκηση του επαγγέλματός

---

<sup>50</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 20.

<sup>51</sup> Σχετικά με το επιχείρημα αυτό ο Γάλλος δικαστής Denis Weil τόνισε ότι : «Εάν το δίπλωμα των ιατρών τους παρέχει κάποιο προνόμιο, το προνόμιο αυτό, το οποίο καθιερώθηκε κυρίως προς το συμφέρον του συνόλου, δεν επιτρέπεται να αποβεί σε όπλο κατευθυνόμενο κατά της ασφάλειας των πολιτών και να εξασφαλίσει άφεση αμαρτιών για τη μοχθηρία, την απρονοησία και την επιπολαιότητα» (Κότσιανος, ό.π., σ. 20.)

<sup>52</sup> Ψαρούλης-Βαλτούτσος, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 232.

<sup>53</sup> Ζέπος, Η Ευθύνη του Ιατρού, ΝοΒ (21), 1973, 3.

<sup>54</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 18.

<sup>55</sup> Ζέπος, ό.π., σ. 3.

τους<sup>56</sup>. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως ψήγματα της άποψης αυτής, όπως ίσως και της άποψη περί ανεύθυνου, εντοπίζονται -στο μέτρο που αξιώνεται ιδιαίτερη μεταχείριση- στο προβαλλόμενο από κάποιους αίτημα «να κρίνονται οι ιατροί μόνο από ιατρούς»<sup>57</sup>.

Κατά τη θεωρία *περί της πλήρους ευθύνης του ιατρού*, οι ιατροί δεν απολαμβάνουν κανένα προνομιακό καθεστώς και ευθύνονται τόσο για τις πράξεις που ενήργησαν με βαρεία αμέλεια όσο κι εκείνες που ενήργησαν με ελαφρά αμέλεια<sup>58</sup>. Οι πράξεις τους υπόκεινται στον έλεγχο των δικαστηρίων, όπως συμβαίνει και με τις πράξεις των άλλων πολιτών. Η θεωρία αυτή είναι σήμερα καθολικά αποδεκτή και θεωρείται απόλυτα τεκμηριωμένη.

## **B. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ**

### **I. Η έννοια του ιατρικού σφάλματος**

Ως *ιατρικό σφάλμα* (ιατρικό λάθος, *Behandlungsfehler*, *faute médicale*, *medical malpractice*) ορίζεται η *συμπεριφορά* του ιατρού, που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιμέλειας που απαιτείται στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, γενικά, και στην εκάστοτε ιατρική πράξη, ειδικά<sup>59</sup>, δηλαδή η *ιατρική αμέλεια*, στην αντικειμενικοποιημένη της μορφή. Το ιατρικό σφάλμα, κατά τη διατύπωση που συναντάται στη νομολογία, «εμφανίζεται με τη μορφή εκδήλωσης ορισμένης συμπεριφοράς, χαρακτηριζόμενης ως αποκλίνουσας σε σχέση με αυτήν την οποία ο μέσος ιατρός της αντίστοιχης ειδικότητας επιβάλλεται να επιδείξει υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις, τηρώντας τους αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης σε σχέση με τους οποίους δεν υφίσταται αμφισβήτηση»<sup>60</sup>.

Ο ορισμός του ιατρικού σφάλματος και, κυρίως, η διαπίστωσή του στην πράξη δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η δυσκολία έγκειται στο ότι οι κανόνες και τα standards άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος δεν αποτελούν αντικείμενο της νομικής επιστήμης αλλά της ιατρικής, η μεθοδολογική προσέγγιση της οποίας είναι εντελώς διαφορετική. Με εξαίρεση τις υποθέσεις προφανούς βαριάς αμέλειας του ιατρού, οι υπόλοιπες, που συνιστούν το μεγάλο όγκο της δικαστηριακής πρακτικής, αποτελούν

---

<sup>56</sup> Αλεξιάδης, ό.π, σ. 18.

<sup>57</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 47.

<sup>58</sup> Αλεξιάδης, ό.π, σ. 18.

<sup>59</sup> Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, σ. 40.

<sup>60</sup> ΑΠ 974/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΠΠρΑθ 1174/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ'.

«κινούμενη άμμο» για το δικαστή, ο οποίος έχει εξαιρετικά επισφαλές πεδίο κρίσης που βασίζεται σε ιατρικά έγγραφα, τα οποία ο ίδιος αδυνατεί να εκτιμήσει, και αναγκάζεται να βασίσει τη δικανική του κρίση σε πραγματογνώμονες, τεχνικούς συμβούλους, μάρτυρες ειδικών γνώσεων, οι οποίοι πολλές φορές διατυπώνουν αντικρουόμενες απόψεις<sup>61</sup>.

Ακριβώς λόγω των εξειδικευμένων-τεχνικών γνώσεων που απαιτούνται για την αξιολόγηση του ιατρικού σφάλματος, προέκυψε το ζήτημα αν στην έννοια αυτού, ως συμπεριφοράς που υπολείπεται της επιβαλλόμενης επιμέλειας, εντάσσεται οποιαδήποτε αμελής συμπεριφορά του ιατρού ή αν τα καθαρώς ιατρικά σφάλματα, που συνίστανται σε παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και άρα προϋποθέτουν εξειδικευμένη ιατρική γνώση, πρέπει να αντιμετωπιστούν διαφορετικά και να αποτελέσουν ξεχωριστή κατηγορία. Πρόκειται για τη θεμελιώδη διάκριση των σφαλμάτων σε<sup>62</sup>: α) **«καθαρά» ιατρικά ή «τεχνικά» σφάλματα**, που συνιστούν παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας και η αξιολόγησή τους γίνεται με αποκλειστικά «ιατρικά» κριτήρια και προϋποθέτει ειδική γνώση της ιατρικής επιστήμης και β) **σε σφάλματα «κοινής» ή «εξωιατρικής» αμέλειας**, που δεν σχετίζονται με την επιστημονική γνώση και εμπειρία του ιατρού, συνδέονται με τη διενέργεια ιατρικής πράξης ευκαιριακά και μπορούν να αξιολογηθούν με βάση την κατά την κοινή πείρα αντίληψη για τη συναλλακτική επιμέλεια (λ.χ ο ιατρός διενεργεί χειρουργική επέμβαση μεθυσμένος ή εγκαταλείπει, κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, επίδεσμο εντός του σώματος του ασθενούς<sup>63</sup>). Τίθενται, λοιπόν, τα εξής ερωτήματα: το «τεχνικό» ιατρικό σφάλμα αποτελεί υποκατηγορία μιας ενιαίας σύλληψης της ιατρικής αμέλειας ή είναι μια ξεχωριστή περίπτωση, με τα δικά της εννοιολογικά χαρακτηριστικά και κριτήρια αξιολόγησης; Υπάρχει μία έννοια για το ιατρικό σφάλμα ή δυο; Η απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα συνδέεται με σημαντικές, πρακτικές συνέπειες:

Πρώτον, η διάκριση του «τεχνικού σφάλματος» από τις υπόλοιπες περιπτώσεις αμέλειας μπορεί να οδηγήσει σε διαφοροποίηση του βαθμού ευθύνης του ιατρού, αφού μερίδα της θεωρίας διατυπώνει την άποψη ότι όταν υπάρχει «τεχνικό σφάλμα», η ανάγκη διαφύλαξης της επιστημονικής ελευθερίας του ιατρού επιβάλλει να γίνεται

<sup>61</sup> Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, 9.

<sup>62</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 346 επ.

<sup>63</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 59.

δεκτό ένα ευρύτερο περιθώριο «νόμιμης» δράσης του<sup>64</sup>. Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι θα πρέπει να γεννάται ευθύνη μόνο όταν το (τεχνικό) σφάλμα είναι τόσο χονδροειδές και «στοιχειώδες» που γίνεται αντιληπτό και κατά την κοινή πείρα (λ.χ ο ιατρός παραλείπει τα στοιχειώδη μέτρα αποστείρωσης) ή όταν παραβιάζεται αδικαιολόγητα ένας αναγνωρισμένος και αναμφισβήτητος ή θεμελιώδης κανόνας της ιατρικής επιστήμης<sup>65</sup>, δηλαδή σε περιπτώσεις βαρείας αμέλειας<sup>66</sup>.

Δεύτερον, η αποδοχή του «τεχνικού ιατρικού σφάλματος» ως ξεχωριστής κατηγορίας, θα προκαλούσε ακόμη μεγαλύτερη ένταση στην ήδη υπάρχουσα διαφωνία μεταξύ ιατρικού και νομικού κόσμου σχετικά με το αν το ιατρικό σφάλμα πρέπει να αποτελεί νομικό θέμα, κρινόμενο από τους δικαστές ή αν η αξιολόγησή του πρέπει να ανήκει στην αποκλειστική αρμοδιότητα των ιατρών<sup>67</sup>. Η αντίληψη ότι το ιατρικό σφάλμα δεν αποτελεί νομικό θέμα ουσιαστικά υποστηρίζει την πλήρη εκχώρηση της κρίσης περί ιατρικού σφάλματος στους ιατρούς-πραγματογνώμονες, με το επιχείρημα ότι αν κάποιος άλλος, εκτός από τους κατόχους της ειδικής αυτής γνώσης, αξιολογήσει τη συμπεριφορά του ιατρού, υπάρχει ο κίνδυνος να περιοριστεί επικίνδυνα η επιστημονική ελευθερία του τελευταίου<sup>68</sup>. Κάθε φορά που τίθεται ένα καθαρά ιατρικό ζήτημα, ουσιαστικά υπάρχει μια «εκχώρηση» μέρους της δικαστικής κρίσης στην ιατρική επιστήμη. Αυτήν την εκ των πραγμάτων «εκχώρηση» επιτείνει η ξεχωριστή αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος απ' όλα τα υπόλοιπα, αν δηλαδή και οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης δεν εντάσσονται σε ένα ενιαίο πλέγμα κριτηρίων για την εξέταση της επιμέλειας του ιατρού<sup>69</sup>.

Κατά την κρατούσα γνώμη, ορθή είναι η *ενιαία σύλληψη του ιατρικού σφάλματος ως νομικής κατηγορίας*<sup>70</sup>. Το πρότυπο επιμέλειας, στο οποίο ο ιατρός πρέπει να ανταποκρίνεται, καθορίζεται κατά τρόπο ενιαίο, ανεξάρτητο από το χαρακτήρα του ζητήματος που τίθεται κάθε φορά ως καθαρά ιατρικό ή όχι. Η αμέλεια για την οποία αυτός είναι υπόλογος είναι η καθοριζόμενη στη διάταξη του άρθρου 330 ΑΚ, που εφαρμόζεται τόσο στη συμβατική όσο και στην εξωσυμβατική ευθύνη, δηλαδή η *ελαφρά αφηρημένη αμέλεια*<sup>71</sup>. Το τεχνικό σφάλμα μπορεί να παρουσιάζει

<sup>64</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 347.

<sup>65</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 347-348.

<sup>66</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 58.

<sup>67</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 343.

<sup>68</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 342.

<sup>69</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 348.

<sup>70</sup> Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, σ. 50.

<sup>71</sup> Κότσιανος, ό.π., σ. 61.



ιδιαίτερες δυσχέρειες αλλά δεν κρίνεται με διαφορετικά κριτήρια. Οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας αποτελούν πράγματι ένα από τα κριτήρια βάσει των οποίων αξιολογείται η συμπεριφορά του ιατρού, αυτό όμως δεν οδηγεί άνευ ετέρου στην «εκχώρηση» της δικαστικής κρίσης στην ιατρική επιστήμη. Το ιατρικό σφάλμα είναι νομική έννοια και μάλιστα «έννοια κλειδί» για το δίκαιο της αστικής ιατρικής ευθύνης. Στις περιπτώσεις που, για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του ιατρού, απαιτούνται ειδικές ιατρικές γνώσεις, αυτές προσφέρονται στο δικαστή μέσω της πραγματογνωμοσύνης<sup>72</sup>. Η λύση αυτή περιφρουρεί το συμφέρον του ασθενούς και αποτρέπει τη δημιουργία προνομίου υπέρ των ιατρών, το οποίο θα καθιστούσε τον ασθενή ανυπεράσπιστο.

Από τον ορισμό του ιατρικού σφάλματος, όπως αυτός δίδεται από τη θεωρία και τη νομολογία, συνάγεται ότι ο ιατρός οφείλει να επιδείξει μια συμπεριφορά σύμφωνη με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τα ισχύοντα πρότυπα και όχι να επιτύχει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Η υποχρέωση, επομένως, του ιατρού να παράσχει τις υπηρεσίες του αποτελεί «*ενοχή μέσων*» και όχι «*ενοχή αποτελέσματος*»<sup>73</sup>. **Μόνη η αποτυχία θεραπείας του ασθενή δεν συνιστά «ιατρικό σφάλμα»**, παρότι η αποτυχημένη ιατρική πράξη είναι πράγματι η αφετηρία του προβληματισμού σχετικά με την ιατρική ευθύνη, αλλά απαιτείται *μη επίδειξη, εκ μέρους του ιατρού, ορθής συμπεριφοράς*<sup>74</sup>.

Άλλωστε, στο πεδίο της ιατρικής επιστήμης κανένας δεν μπορεί να εγγυηθεί το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, δηλαδή την ίαση του ασθενούς. Μια τέτοια εγγύηση θα προσέκρουε στο πεπερασμένο της ανθρώπινης φύσης και στο απρόβλεπτο στοιχείο των αντιδράσεων του ανθρώπινου οργανισμού<sup>75</sup>. Μόνη η αποτυχία της ιατρικής πράξης δεν αρκεί ούτε για να επισύρει την ευθύνη του ιατρού ούτε για να θεωρηθεί αποδεδειγμένη η εκ μέρους του παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας, καθώς ο νόμος δεν απαιτεί από τον ιατρό να μετατραπεί σε «εν δυνάμει θεό» και να κατανικήσει το μοιραίο της ανθρώπινης φύσης<sup>76</sup> αλλά, τηρώντας το μέτρο επιμέλειας του μέσου ιατρού της ειδικότητας του, να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια με σκοπό την

---

<sup>72</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 350-351.

<sup>73</sup> Ψαρούλης-Βαλτούτσος, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 236.

<sup>74</sup> ΠΠρΘεσσαλ 24582/2008 ΧρΙΔ 2009, 431' Ζέπος, Η Ευθύνη του Ιατρού, ΝοΒ 21, 2' Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 22-23' Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, Ε.Ι.Δ 1/2016, 33.

<sup>75</sup> Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Ειδικό Μέρος, Τόμ. ΙΙ, σ. 181.

<sup>76</sup> Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, Ε.Ι.Δ 1/2016, 33.

αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς<sup>77</sup>. Ενοχή μέσου σημαίνει *ευθύνη πταισματική* και όχι *αντικειμενική*<sup>78</sup>. Ο ιατρός δεν μπορεί να φέρει τον κίνδυνο μιας ζημίας, η οποία δεν μπορεί να αποτραπεί ακόμη και αν η ιατρική πράξη διεξαχθεί *de lege artis* και ο ιατρός επιδείξει την επιμέλεια που επιβάλλεται. Ενδεικτικά, κρίθηκε ότι:

- i. ο ιατρός, σε περίπτωση ασθενούς ο οποίος, μετά την υποβολή του σε χειρουργική επέμβαση στην σπονδυλική στήλη, παρουσίασε αισθητικοκινητική παραπληγία, *«έπραξε απόλυτα όπως επιβάλλουν οι κανόνες της Ιατρικής και δεν επέδειξε την παραμικρή αμέλεια, αντιθέτως δε φρόντισε με ιδιαίτερο ζήλο και ενδιαφέρον τον ασθενή του. Η επιπλοκή αυτή είναι μια πιθανή επιπλοκή, σε κάποιες περιπτώσεις αναπόφευκτη, χωρίς να υπάρχει ίχνος ιατρικής ευθύνης ή αμέλειας»*<sup>79</sup>.
- ii. *«η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς του ενάγοντος, η εξέλιξη αυτής, η εμφάνιση στοιχείων υαλοαμφιβληστροειδοπάθειας, η αποτυχία της επέμβασης και τελικά η ελάττωση της οπτικής οξύτητας του χειρουργηθέντος οφθαλμού του ενάγοντος στο ποσοστό των 20/400 δεν μπορεί να αποδοθεί σε αμέλεια του ενάγοντος, ο οποίος κατέβαλε την προσοχή την οποία όφειλε από τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, ενήργησε δε σύμφωνα με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της επιστήμης, οι ενέργειες του ήταν σύμφωνες με το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας, λαμβανομένων υπόψη των ευρημάτων ενώ δεν αποδείχθηκε ότι παρέλειψε κάποια ενδεδειγμένη ενέργεια, η οποία να είχε ως συνέπεια την επιδείνωση της κατάστασης του ενάγοντος και ότι «ότι η θόλωση του περιφακίου αποτελεί τη συχνότερη όψιμη μετεγχειρητική επιπλοκή της εγχειρήσεως του καταρράκτη»*<sup>80</sup>.

Σε ορισμένες, βέβαια, περιπτώσεις υποστηρίζεται ότι ο ιατρός δεν ευθύνεται μόνο για την επίδειξη επιμελούς συμπεριφοράς αλλά και για το αποτέλεσμα καθαυτό. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν, κυρίως οι *ιατρικές πράξεις τεχνικής φύσεως* (εξέταση αίματος, ακτινολογική εξέταση, αξονική τομογραφία κλπ), όπου η επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος δεν εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα του ανθρώπινου οργανισμού αλλά σχετίζεται αποκλειστικά με την ορθή (*lege artis*) διενέργεια των

<sup>77</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 21.

<sup>78</sup> Ψαρούλης-Βαλτούτσος, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 236.

<sup>79</sup> ΣτΕ 1253/2017 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>80</sup> ΠΠρΑθ 10/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

ιατρικών πράξεων αλλά και -κατά μία γνώμη<sup>81</sup>- οι *κοσμητικές επεμβάσεις*, στις οποίες ο ιατρός κατά κάποιο τρόπο εγγυάται το αποτέλεσμα της επέμβασης του, αφού αυτό είναι το αντικείμενο της συμφωνίας, άποψη που δεν γίνεται δεκτή από τη νομολογία<sup>82</sup>.

## II. Το ιατρικό σφάλμα ως νόμιμος λόγος της αστικής ευθύνης του ιατρού

Η αστική ιατρική ευθύνη<sup>83</sup> προκύπτει είτε από παραβίαση συμβατικών υποχρεώσεων είτε από αδικοπραξία, διακρίνεται δηλαδή σε *συμβατική* (ή *δικαιοπρακτική*) και *αδικοπρακτική ευθύνη*, χωρίς βέβαια ο διαχωρισμός αυτός να είναι απόλυτος αφού, όπως θα φανεί παρακάτω, δεν αποκλείεται να υφίσταται συρροή μεταξύ των δύο. Η αστική ιατρική ευθύνη (συμβατική και αδικοπρακτική) θεμελιώνεται τόσο ως ευθύνη από *ιατρικό σφάλμα*, όταν ο ιατρός παραβιάζει τις υποχρεώσεις επιμέλειας που υπέχει, όσο και ως ευθύνη από *αυθαίρετη ιατρική πράξη*<sup>84</sup>, όταν ο ιατρός προβαίνει σε ιατρικές πράξεις, χωρίς τη γνώση και τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, η οποία προϋποθέτει την προηγουμένη ενημέρωσή του<sup>85</sup>.

Το ιατρικό σφάλμα, εφόσον υφίσταται συμβατική σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή (*σύμβαση ιατρικής αγωγής*), που συνήθως υφίσταται, συνιστά υπαίτια παράβαση συμβατικής υποχρέωσης του ιατρού, δηλαδή νόμιμο λόγο *ενδοσυμβατικής ευθύνης*<sup>86</sup>. Συνήθως θα πρόκειται για *πλημμελή εκπλήρωση*, αφού θα υπάρχει εκπλήρωση της κύριας υποχρέωσης του ιατρού, ήτοι παροχή ιατρικής φροντίδας, αυτή όμως θα παρουσιάζει ελαττώματα<sup>87</sup>.

---

<sup>81</sup> Αναπλιώτη-Βαζαίου, Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, σ. 159' *Πολίτης*, Η ιατρική ευθύνη. Πρόβλημα ιατρικό και νομικό. Νομικές Παράμετροι (I), ΕΙΔ 9/2009, 743.

<sup>82</sup> Ψαρούλης-Βαλτούτσος, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 236.

<sup>83</sup> Η αστική ιατρική ευθύνη, παρότι μπορεί να συνεπάγεται και άλλες αστικού δικαίου συνέπειες (λ.χ. μείωση της αμοιβής του ιατρού ή κατάλυση του συμβατικού δεσμού), ταυτίζεται συνήθως με την *υποχρέωση αποζημίωσης* που υπέχει ο ιατρός, αφού η συντριπτική πλειοψηφία των αστικών δικών ιατρικής ευθύνης αφορούν ζητήματα αποζημίωσης (*Φουντεδάκη*, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 6 επ.).

<sup>84</sup> Για τη σχέση μεταξύ ιατρικού σφάλματος και αυθαίρετης ιατρικής πράξης γίνεται λόγος αμέσως παρακάτω (B III).

<sup>85</sup> Δεν πρέπει, πάντως, να ξεχνάμε ότι εκτός από το ιατρικό σφάλμα και την υποχρέωση ενημέρωσης, αστική ευθύνη του ιατρού μπορεί να γεννηθεί και σε άλλες περιπτώσεις όπως λ.χ. στις περιπτώσεις παράβασης της υποχρέωσης τήρησης του ιατρικού απορρήτου, της παράβασης του καθήκοντος εχεμύθειας, και της παράβασης παράδοσης ιατρικού φακέλου.

<sup>86</sup> Η ενδοσυμβατική ευθύνη τυποποιείται σε τρεις θεμελιώδεις κατηγορίες: α) μη εκπλήρωση της παροχής, β) καθυστέρηση εκπλήρωσης της παροχής και γ) πλημμελής εκπλήρωση της παροχής.

<sup>87</sup> Είναι δυνατόν να πρόκειται και για ολική μη εκπλήρωση, όταν η σύμβαση έχει ως αντικείμενο μια και μοναδική πράξη, η εκτέλεση της οποίας ή η παράλειψή της συνολικά πρέπει θεωρείται ως αντικείμενη στην επιβαλλόμενη στο γιατρό επιμέλεια (*Φουντεδάκη*, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 325).

Παράλληλα, το ιατρικό σφάλμα, ως συμπεριφορά που αποδοκιμάζεται από το δίκαιο και προκαλεί αιτιωδώς ζημία στη ζωή και την υγεία ενός προσώπου, αναγνωρίζεται από το ελληνικό δίκαιο ως περίπτωση *αδικοπρακτικής ευθύνης*, στο πλαίσιο του άρθρου 914 ΑΚ, ενώ υπάρχουν και αποφάσεις που δέχονται το ιατρικό σφάλμα ως περίπτωση *προσβολής προσωπικότητας του ζημιωθέντος* (άρθρο 5 παρ. 1 Σ και άρθρο 57 ΑΚ). Η ιδιαιτερότητα των τελευταίων περιπτώσεων<sup>88</sup>, που αποτελούν κυρίως περιπτώσεις ζημιογόνου γέννησης (*wrongfull birth*), έγκειται στο ότι το ιατρικό σφάλμα δεν συνίσταται στην πρόκληση κάποιας βλάβης, αφού η ασθένεια του παιδιού οφείλεται σε καθαρά γενετική προδιάθεση, αλλά μόνο στην παράλειψη διάγνωσης της ασθένειας και στην παράλειψη έγκαιρης ενημέρωσης των γονέων για αυτήν.

Η αθέτηση της σύμβασης, καθαυτή, δεν συνιστά αδικοπραξία. Αποτελεί μεν παράνομη πράξη, οι έννομες συνέπειές της, όμως, ρυθμίζονται από τις διατάξεις για τη μη εκπλήρωση τη σύμβασης (αρθρ. 335 ΑΚ επ). Εντούτοις, πολλές φορές το ίδιο πραγματικό γεγονός πληροί τις προϋποθέσεις τόσο της αθέτησης συμβατικής υποχρέωσης όσο και της αδικοπραξίας. Και αυτό γιατί η υπαίτια ζημιογόνος πράξη με την οποία παραβιάζεται η σύμβαση, ακόμη κι αν έλειπε η προϋπάρχουσα ενοχική σχέση μεταξύ των μερών, θα ήταν παράνομη ως αντίθετη στην επιβαλλόμενη, από το σύνολο του θετικού δικαίου και τος σκοπούς του, υποχρέωση ασφάλειας και προστασίας των άλλων<sup>89</sup>. Σε περίπτωση, επομένως, που υφίσταται συμβατική σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή και συγχρόνως προκαλείται ζημία στον τελευταίο από ιατρικό σφάλμα γίνεται λόγος για *συρροή ενδοσυμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης*<sup>90</sup>. Η άποψη περί συρροής συμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης γίνεται δεκτή στα περισσότερα δίκαια (λ.χ γερμανικό, αγγλοσαξονικό) ενώ απορρίπτεται από το γαλλικό δίκαιο, κατά το οποίο η αδικοπρακτική ευθύνη δεν συμβιβάζεται με την δικαιοπρακτική και υφίσταται μόνο σε περίπτωση έλλειψης συμβατικού δεσμού<sup>91</sup>. Η

---

<sup>88</sup> ΕφΠειρ 242/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ γέννηση του νεογνού με ανωμαλίες μπορούν να θεωρηθούν ότι προσβάλλουν το δικαίωμα στην προσωπικότητα τόσο της γυναίκας όσο και του συζύγου της, εφόσον τους στερούν τη νόμιμη επιλογή διακοπής κύησης. ΠΠρΧανίων 226/2009 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, όπου κρίθηκε ότι αποτελεί προσβολή προσωπικότητας η *υπαίτια παράλειψη του ιατρού να ενημερώσει έγκυο ότι υπάρχει σοβαρή ανωμαλία του εμβρύου, με αποτέλεσμα την παρακώληση της εγκύου να αποφασίσει αν θα συνεχίσει ή θα διακόψει την κύηση*.

<sup>89</sup> Γεωργιάδης Γ., σε ΣΕΑΚ (Ι), σ. 1828.

<sup>90</sup> ΕφΑθ 5512/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ. Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 60. Πολίτης, Ενδοσυμβατική σχέση γιατρού και ασθενούς. Ιατρική αμέλεια. Συρροή ενδοσυμβατικής - αδικοπρακτικής ευθύνης, ΕΙΔ. 8/2009, 660.

<sup>91</sup> Ομπέση, Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο: επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ 1993, 408.

προστασία της ζωής και της υγείας του ασθενούς αποτελεί άλλωστε αντικείμενο όχι μόνο της συμβατικής υποχρέωσης του γιατρού αλλά και των εξωδικαιοπρακτικών υποχρεώσεων επιμέλειας που υπέχει, λόγω της ιδιότητάς του. Μέσω, μάλιστα, της θεωρητικής επεξεργασίας της ιατρικής ευθύνης ως *επαγγελματικής ευθύνης* του παρέχοντος ιατρικές υπηρεσίες έχει επέλθει σύγκλιση των δικαιοπρακτικών και εξωδικαιοπρακτικών υποχρεώσεων του καθώς και της συμβατικής και εξωσυμβατικής ευθύνης, ως προς την έκταση και το περιεχόμενό τους<sup>92</sup>. Επιπλέον, το ζήτημα του βάρους απόδειξης των περιστατικών που θεμελιώνουν την υπαιτιότητα του ζημιώσαντος, το οποίο γενικώς αποτελεί βασική διαφορά μεταξύ της συμβατικής και της αδικοπρακτικής ευθύνης (αφού στην πρώτη το φέρει ο οφειλέτης και στη δεύτερη ο ζημιωθείς), βάσει του άρθρου 8 του Ν 2251/1994, η εφαρμογή του οποίου στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης είναι αναμφισβήτητη τόσο στη θεωρία όσο και στη νομολογία, αντιμετωπίζεται κατά τρόπο ενιαίο: ο ιατρός, ως παρέχων υπηρεσίες, φέρει αυτός το βάρος να αποδείξει ότι η συμπεριφορά του δεν ήταν υπαίτια και παράνομη (*νόθος αντικειμενική ευθύνη*).

Τέλος, στον ιατρό καταλογίζονται οι ζημίες, που συνδέονται αιτιωδώς με παράνομη και υπαίτια πράξη του, η οποία συνιστά ιατρικό σφάλμα ή γενικότερα παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας που υπέχει. Η προσέγγιση αυτή οδηγεί στο χαρακτηρισμό της αστικής ιατρικής ευθύνης ως ευθύνης *υποκειμενικής*, η οποία προϋποθέτει πταίσμα (δόλο ή αμέλεια του ιατρού) ενώ υποστηρίζεται και η άποψη ότι πρόκειται για υποκειμενική ευθύνη, εμφανιζόμενη με αντεστραμμένο το βάρος απόδειξης, με τη μορφή της *νόθου αντικειμενικής ευθύνης*<sup>93</sup>, όπως αυτή προσδιορίζεται στο άρθρο 8 του Ν. 2251/1994. Αντιθέτως, η -μεμονωμένα υποστηρισθείσα- άποψη ότι πρόκειται για αντικειμενική ευθύνη ή ευθύνη από διακινδύνευση, καθώς η ενέργεια ιατρικών πράξεων ισοδυναμεί με διαχείριση πηγών κινδύνου, ικανών να προκαλέσουν ζημία σε τρίτα πρόσωπα, οπότε ο ιατρός φέρει το βάρος των κινδύνων αυτών και είναι υποχρεωμένος να τις αποκαταστήσει χωρίς να εξετάζεται ή ύπαρξη ή όχι πταίσματος δεν επικράτησε. Στο ελληνικό δίκαιο, επομένως, όπως και στα περισσότερα δίκαια, η ευθύνη του ιατρού για μια αποτυχημένη ιατρική πράξη διαμορφώνεται σε ευθύνη από σφάλμα ή, γενικότερα, από υπαίτια παράβαση των υποχρεώσεών του.

<sup>92</sup> Αυγουστιανάκης, σε Κοινοτικό Αστικό Δίκαιο Ι, σ. 159.

<sup>93</sup> Αναφέρεται ότι την έννοια της υποκειμενικής ευθύνης εντάσσεται και η νόθος αντικειμενική ευθύνη, καθώς εντάσσεται στην κατηγορία της υποκειμενικής ευθύνης με αντεστραμμένο το βάρος απόδειξης της υπαιτιότητας (*Φουντεδάκη*, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 117).

### III. Ιατρικό σφάλμα και παραβίαση της υποχρέωσης ενημέρωσης

Κατά τη διάταξη του άρθρου **12§1 ΚΙΔ** «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή» ενώ σύμφωνα με διάταξη του άρθρου 12§2 εδ. α' ΚΙΔ, η συναίνεση του ασθενούς δεν είναι έγκυρη, εάν δεν έχει προηγηθεί πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση από τον ιατρό. Θέτοντας την προϋπόθεση αυτή, ο νόμος επιχειρεί να εξασφαλίσει ότι η συναίνεση του ασθενούς, ως παράγοντας που δικαιολογεί την επέμβαση στα έννομα αγαθά του, θα έχει ουσιαστικό περιεχόμενο, ο ασθενής, δηλαδή, θα γνωρίζει σε τι συναινεί<sup>94</sup>. Κατά τη διάταξη του άρθρου **11§1 ΚΙΔ** «ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων».

Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς βασίζεται στην ανάγκη προστασίας του δικαιώματος του στην προσωπικότητά του (άρθρο 57 ΑΚ) και στον σεβασμό της αξιοπρέπειάς του (άρθρα 2 και 5 Σ). Στόχο της προστασίας αυτής αποτελεί η διασφάλιση της -κατά το δυνατό- ευρύτερης ελευθερίας επιλογών του ασθενούς σχετικά με τη διαχείριση του προβλήματος υγείας του. Έτσι, πέραν της υποχρέωσης του ιατρού προς αποφυγή αμιγώς ιατρογενών σφαλμάτων, κατά την άσκηση οποιασδήποτε φύσης ιατρικής πράξης, υφίσταται υποχρέωσή του να ενημερώνει τον ασθενή ως προς το είδος, τους κινδύνους και τις πιθανότητες αποτυχίας της θεραπείας, που επιλέγει, και αυτό, προκειμένου ο ασθενής, ενημερωμένος πλέον, να καταλήξει σε έγκυρη συναίνεση ως προς τη διενέργεια της ιατρικής πράξης. Κατά την έννοια των παραπάνω διατάξεων, «η ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό σχετικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των θεραπευτικών μεθόδων και πρακτικών και τους πιθανούς κινδύνους επιπλοκών, συνιστά δικαίωμα αυτού και αντίστοιχη υποχρέωση του

---

<sup>94</sup> Δουγαλής, σε Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), σ. 146.

ιατρού, ώστε να μπορεί να λαμβάνει ελεύθερα τις αποφάσεις του για την υποβολή του στις μεθόδους και πρακτικές αυτές ή όχι»<sup>95</sup>.

Κάθε ιατρική πράξη που διενεργείται χωρίς ενημέρωση και σύμφωνη γνώμη του ασθενούς είναι *αυθαίρετη* και κατά συνέπεια παράνομη, ακόμη και αν η συμπεριφορά του ιατρού δεν υπήρξε αντικειμενικά αμελής και η ιατρική πράξη διενεργήθηκε *lege artis*<sup>96</sup>. Πρόκειται κυρίως για ζημίες από βλάβη της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς, οφειλόμενες σε εμφάνιση μιας τυχαίας, τυπικής επιπλοκής της επέμβασης. Θα πρέπει, βέβαια, η διενέργεια της ιατρικής επέμβασης να συνδέεται αιτιωδώς με την παράνομη/αμελή συμπεριφορά του ιατρού, να προκύπτει, δηλαδή, ότι εάν δεν λάμβανε χώρα η παράβαση της ιατρικής υποχρέωσης για ενημέρωση του ασθενούς και ο ασθενής είχε όλες τις σχετικές πληροφορίες, θα αρνούταν να υποβληθεί στην εν λόγω επέμβαση<sup>97</sup>. Τέτοιος αιτιώδης σύνδεσμος υπάρχει και όταν «ο ιατρός παραλείπει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των θεραπευτικών μεθόδων και πρακτικών και τους πιθανούς κινδύνους επιπλοκών της ιατρικής πράξεως που πρόκειται να επιχειρήσει στον ασθενή, έστω κι αν υπάρχει για αυτό συναίνεση του τελευταίου, αφού η συναίνεση αυτή δεν είναι έγκυρη, ελλείψει της απαιτούμενης ενημέρωσης, με ενδεχόμενο η έλλειψη της ενημέρωσης αυτής να μην αποτρέψει τον ασθενή από την επέμβαση που πρόκειται να υποβληθεί, υποβαλλόμενος δε στην τελευταία, να υποστεί βλάβη του σώματος και της υγείας του, με αντίστοιχη περιουσιακή και ηθική ζημία συνεπεία τούτου»<sup>98</sup>.

Η αστική ευθύνη του ιατρού, λοιπόν, έχει, όπως ήδη αναφέρθηκε και παραπάνω, δύο βασικούς πυλώνες<sup>99</sup>:

- α) την παράλειψη (επαρκούς) ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με την προτεινόμενη θεραπεία και τους κινδύνους που ενέχει (*disclosure malpractice*) και
- β) το ιατρικό σφάλμα (*treatment malpractice*).

**Η αυθαίρετη ιατρική πράξη, όπου υπάρχει παράβαση της υποχρέωσης ενημέρωσης, μπορεί να συμπλέκεται με ιατρικό σφάλμα μπορεί και όχι.** Τέσσερις είναι οι περιπτώσεις συνεπειών της αυθαίρετης ιατρικής πράξης<sup>100</sup>:

<sup>95</sup> ΕφΑθ 6426/2013, ΕφΑΔ 2014, 44 και ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>96</sup> Giesen, International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, σ. 73.

<sup>97</sup> Δουγαλής, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), σ.155.

<sup>98</sup> ΕφΑθ 6426/2013, ΕφΑΔ 2014, 44 και ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>99</sup> Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, σ. 56· Giesen, International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, σ. 73.

<sup>100</sup> Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, σ. 156 επ.

- i. Η αυθαίρετη ιατρική πράξη που έγινε de lege artis και πέτυχε,
- ii. Η αυθαίρετη ιατρική πράξη που έγινε de lege artis και δεν πέτυχε,
- iii. Η αυθαίρετη ιατρική πράξη που δεν έγινε de lege artis και πέτυχε,
- iv. Η αυθαίρετη ιατρική πράξη που δεν έγινε de lege artis και δεν πέτυχε.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι, εάν η αυθαίρετη ιατρική πράξη δεν πετύχει και προκληθεί βλάβη στον ασθενή, τότε ο ιατρός θα ευθύνεται ακόμη κι αν ενήργησε lege artis (ii), κάτι που δεν θα συνέβαινε εάν είχε λάβει ενημερωμένη συναίνεσή του ασθενούς.

#### IV. Το ιατρικό σφάλμα ως κεντρική έννοια της ιατρικής αστικής ευθύνης

Στατιστικά, το ιατρικό σφάλμα αποτελεί τη συχνότερη αιτία «συνάντησης» της ιατρικής πράξης με τη δικαστική κρίση, καθώς αποτελεί τη συνηθέστερη νομική βάση αγωγών αποζημίωσης σε βάρος των ιατρών και των άλλων φορέων παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Ακόμα και στις περιπτώσεις που ως βάση αγωγής εμφανίζεται η παράβαση άλλων υποχρεώσεων του ιατρού, ιδίως της υποχρέωσής ενημέρωσης του ασθενούς, αυτό που ουσιαστικά υποκρύπτεται είναι το ιατρικό σφάλμα ή η σχετική υποψία του ασθενούς και των οικείων του. Η επιλογή άλλων νομικών βάσεων συνδέεται περισσότερο με τις πιθανότητες ευδοκίμησης της αγωγής<sup>101</sup>.

Και από δογματική άποψη, όμως, το *ιατρικό σφάλμα* αποτελεί «έννοια-κλειδί», αφού επιλύει το δύσκολο πρόβλημα της *κατανομής ζημιών* που προκαλούνται από μια ιατρική πράξη. Το πρόβλημα αυτό εξετάζεται στο πλαίσιο των βασικών παραδοχών του δικαίου αστικής ευθύνης αναφορικά με τον καταλογισμό ζημιών<sup>102</sup>. Στο πλαίσιο της αστικής ευθύνης γίνεται δεκτό ότι τις επιβλαβείς συνέπειες ενός ζημιογόνου γεγονότος (τη ζημία) φέρει καταρχήν, σύμφωνα με τον κανόνα *casum sendit dominus*, ο ίδιος ο ζημιωθείς, καθώς αυτές ανήκουν στην ονομαζόμενη «γενική επικινδυνότητα της ζωής»<sup>103</sup>. Για να επιρριφθεί η ζημία αυτή σε άλλον, για να δημιουργηθεί δηλαδή ενοχή προς αποζημίωση με οφειλέτη αυτόν τον άλλον, απαιτείται να υπάρχει νομοθετική πρόβλεψη, η οποία ανάγει το ζημιογόνο γεγονός σε *λόγο ευθύνης προς αποζημίωση*<sup>104</sup>. Κατόπιν των ανωτέρω, καταλήγουμε στα εξής: σε περίπτωση χειροτέρευσης της υγείας του ασθενούς, λόγω παρενεργειών και επιπλοκών της

<sup>101</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 323.

<sup>102</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 20.

<sup>103</sup> Τρούλη, Ιατρική ευθύνη για ζημιογόνο ζωή (wrongful life) και ζημιογόνο τεκνοποίηση (wrongful birth), Digesta 2008, σ. 387.

<sup>104</sup> Σπυριδάκης, Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, σ. 240.



ιατρικής πράξης, ή μη επίτευξης της θεραπείας, με συνέπεια τη στασιμότητα ή ακόμα και τη χειροτέρευση της κατάστασής του, λόγω της εξέλιξης τη ασθένειας ή του τραύματός του, εάν η αρνητική έκβαση δεν μπορούσε να αποφευχθεί μέσω της ορθής συμπεριφοράς του ιατρού, το βάρος των ζημιών του φέρει ο ίδιος ο ασθενής<sup>105</sup>. Σε περίπτωση όμως που ο λόγος πρόκλησης των ζημιών είναι *η υπαίτια και παράνομη* (αρθρ. 330, 914 ΑΚ) συμπεριφορά του ιατρού κατά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, ήτοι η διάπραξη ιατρικού σφάλματος, αυτός οφείλει να αποζημιώσει τον ασθενή. Σε κάθε άλλη περίπτωση, ο ασθενής δεν μπορεί να στραφεί εναντίον του ιατρού.

Διαφορετικά θα ήταν τα πράγματα, εάν είχε επικρατήσει η προσέγγιση της ιατρικής ευθύνης ως *ευθύνης από διακινδύνευση*. Για πολλούς λόγους, που αφορούν στο παράλογο του καταλογισμού στους ιατρούς των ζημιών που τυχόν προέκυψαν από κατά τα άλλα ενδεδειγμένες και σωστά εκτελεσθείσες ιατρικές πράξεις, η προσέγγιση αυτή αποκλείεται διεθνώς. Πραγματικά, όπως εύστοχα παρατηρείται, στην περίπτωση της ευθύνης των ιατρών από διακινδύνευση, όχι μόνο θα εκτινασσόταν το κόστος των ιατρικών πράξεων στα ύψη, καθώς οι ιατροί θα ήταν υποχρεωμένοι να καλύπτουν με υπέρμετρα ασφάλιστρα τον κίνδυνο για οποιαδήποτε δυσμενή μεταβολή στην υγεία του ασθενούς, καθιστώντας τις ιατρικές υπηρεσίες δυσπρόσιτες για ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων, αλλά και θα αποθάρρυνε τους ιατρούς από ειδικότητες με ασθενείς με λίγες πιθανότητες ανάρρωσης, όπως λ.χ καρκινοπαθείς κ.α.<sup>106</sup>.

Εν κατακλείδει, το ιατρικό σφάλμα λοιπόν συνιστά το *θεμελιώδες κριτήριο* για τη *δίκαιη και ορθολογική κατανομή του θεραπευτικού κινδύνου* μεταξύ του ιατρού και του ασθενή.

## **V. Προσεγγίσεις του ιατρικού σφάλματος στη θεωρία και τη νομολογία:**

Στο σημείο αυτό της εργασίας επιχειρείται η παρουσίαση των προσεγγίσεων που έχουν αναπτυχθεί αναφορικά με το ιατρικό σφάλμα καθώς και η εξέταση της μεταξύ τους σχέσης. Στόχος αυτής της διαδικασίας είναι η απόκτηση μιας πληρέστερης εικόνας της έννοιας του ιατρικού σφάλματος.

---

<sup>105</sup> Καράκωστας, Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ. 1994, 15 επ.

<sup>106</sup> Τρούλη, Ιατρική ευθύνη για ζημιογόνο ζωή (wrongful life) και ζημιογόνο τεκνοποίηση (wrongful birth), Digesta 2008, 387.

## 1. Η de lege artis εκτέλεση ιατρικών πράξεων

Τα ελληνικά δικαστήρια προσεγγίζουν το ιατρικό σφάλμα, ως *υπαίτια, οφειλόμενη ακόμα και σε ελαφρά αμέλεια, παράβαση υποχρέωσης του ιατρού να ενεργήσει σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης (de lege artis)*<sup>107</sup>. Αντιθέτως, δέχονται ότι ο ιατρός δεν διαπράττει ιατρικό σφάλμα και, επομένως, δεν φέρει καμία ευθύνη, εάν ενήργησε de lege artis και, ειδικότερα, όπως θα ενεργούσε, κάτω από τις ίδιες συνθήκες και έχοντας τα ίδια μέσα, ένας συνετός και επιμελής ιατρός<sup>108</sup>. Η προσέγγιση αυτή θέτει ως σημείο αναφοράς τον μέσο συνετό και επιμελή ιατρό (*bonus medicus*) της αντίστοιχης με τον ζημιώσαντα ειδικότητας, που τηρεί τους κανόνες της επιστήμης του, και στην πραγματικότητα πρόκειται για ειδικότερη εκδήλωση της κρατούσας άποψης που θεωρεί ότι το πρότυπο, βάσει του οποίου αξιολογείται η συμπεριφορά του ζημιώσαντος, είναι ο τυπικός εκπρόσωπος του επαγγελματικού, μορφωτικού, κοινωνικού κύκλου στον οποίο ανήκει. Η προσέγγιση αυτή γίνεται δεκτή και από τη θεωρία, η οποία, ωστόσο, επικαλείται και κάποια ακόμη κριτήρια αναδεικνύοντας και άλλες πτυχές ιατρικού σφάλματος.

Η de lege artis διενέργεια των ιατρικών πράξεων, άλλωστε, έχει έρεισμα στο νόμο. Ειδικότερα, προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 3§3 *εδ. α' ΚΙΔ*, σύμφωνα με το οποίο «ο ιατρός ενεργεί στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης» και επαναλαμβάνεται σε δύο ακόμη διατάξεις, σε αυτή του άρθρου 2§3 *εδ. α' ΚΙΔ*, που ορίζει ότι «το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης» και σε αυτή του άρθρου 10§1 *ΚΙΔ*, που ορίζει ότι «η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης». Οι ως άνω διατάξεις του ΚΙΔ, που θέτουν το μέτρο επιμέλειας του ιατρού στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων της ιατρικής επιστήμης, είναι σύμφωνες με τη ρύθμιση της διάταξης του άρθρου 330 *εδ. β' ΑΚ*, σύμφωνα με το οποίο «αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές». Επίσης, στο άρθρο 24 του *Α.Ν 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος»*, που διατηρήθηκε σε ισχύ κατά το άρθρο 47 ΕισΝΑΚ, εξακολουθεί να ισχύει και μετά τον ΚΙΔ και στο οποίο αναφέρεται πλήθος δικαστικών αποφάσεων<sup>109</sup>, ορίζεται ότι «ο ιατρός οφείλει να παρέχει μετά

<sup>107</sup> ΑΠ 687/2013, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 1009/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 1362/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 220/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 453/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>108</sup> ΕφΑθ 4964/2008 ΝοΒ 2009, 523· ΕφΘεσσαλ 2384/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>109</sup> Ενδεικτικά: ΑΠ 427/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 974/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 424/2012 ΧρΙΔ 2012, 587· ΠΠρΑθ 453/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 2137/2003 ΤΝΠ ΔΣΑ.

ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρική αυτού συνδρομή, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρών τις ισχύουσες διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγιών». Επαναλαμβάνεται, πάντως, ότι για τη θεμελίωση της ευθύνης του ιατρού δεν αρκεί μόνο η παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης αλλά, σύμφωνα με τη γενική διάταξη του άρθρου 330 εδ. α' ΑΚ<sup>110</sup>, απαιτείται η συνδρομή δόλου ή αμέλειας. Η αστική ευθύνη του ιατρού είναι, όπως αναφέρθηκε, *πταισματική*<sup>111</sup>.

Για την κρίση αν μια ιατρική πράξη διενεργήθηκε de lege artis λαμβάνονται υπόψη **τα κρατούντα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης**<sup>112</sup> και **οι σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις**. Μια ιατρική πρακτική που στο παρελθόν ήταν συνήθης και αποδεκτή, με την πάροδο του χρόνου μπορεί, λόγω της εμφάνισης νέων επιστημονικών μεθόδων, της προόδου της επιστημονικής γνώσης, της ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων μακροχρόνιων πειραματικών ερευνών κοκ, να θεωρηθεί ιατρικό σφάλμα<sup>113</sup>. Για τον λόγο αυτόν, ο ιατρός έχει την υποχρέωση να εκπαιδεύεται δια βίου<sup>114</sup>, να ενημερώνεται για τις εξελίξεις στον επιστημονικό τομέα του, να παρίσταται σε επιστημονικά συνέδρια, να μελετά τη σύγχρονη βιβλιογραφία και γενικά να συμβαδίζει με την πρόοδο της επιστήμης του, αναπροσαρμόζοντας αντίστοιχα τις μεθόδους και τις επιλογές του<sup>115</sup>. Πάντως, δεν ευθύνεται ο ιατρός, εφόσον μια συγκεκριμένη μέθοδος τη στιγμή που την εφάρμοσε ήταν καθιερωμένη, μεταγενέστερα όμως αποδείχθηκε αναποτελεσματική, καθώς η ευθύνη του κρίνεται στο χρονικό σημείο, κατά το οποίο παρασχέθηκαν οι ιατρικές υπηρεσίες με τα ιατρικά standards που υπήρχαν τότε<sup>116</sup>. Άλλωστε, όπως χαρακτηριστικά έχει ειπωθεί: «...το 50% των ιατρικών γνώσεων απαξιώνεται εντός μιας δεκαετίας»<sup>117</sup>.

Πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι η de lege artis συμπεριφορά **δεν ταυτίζεται με τη συνήθη επαγγελματική πρακτική**. Ιατρικό σφάλμα μπορεί να υπάρχει ακόμα και όταν η αποκλίνουσα από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης συμπεριφορά του

<sup>110</sup> ΑΠ 427/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΑΠ 687/2013 ΕΕμπΔ 2014, 45' ΑΠ 424/2012 ΧρΙΔ 2012, 587.

<sup>111</sup> Πελένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, σ. 210.

<sup>112</sup> ΔΕφΘεσσαλ 1786/2005 Αρμ. 2007, 1781' ΤρΠλημΚορ 692/2006 ΕΙΔ 2009.

<sup>113</sup> Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 63-64.

<sup>114</sup> Βλ και άρθρο 10 παρ. 1 εδ. β' ΚΙΔ, σύμφωνα με το οποίο: «Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητας του».

<sup>115</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα: Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 61' Κότσιανος, Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική-Ποινική, σ. 63-64.

<sup>116</sup> Τρούλη, Ιατρική ευθύνη για ζημιογόνο ζωή (wrongful life) και ζημιογόνο τεκνοποίηση (wrongful birth), Dig, σ. 398.

<sup>117</sup> Τρανταλίδης, ό.π, σ. 62, με παραπομπή σε Κεραμάρη.

ιατρού στηρίζεται σε έθιμο ή επαγγελματική συνήθεια των εκπροσώπων της οικείας ιατρικής ειδικότητας, εφόσον οι αποκλίσεις αυτές αντιμάχονται κάθε αίσθημα λογικής, επιμέλειας ή πρόνοιας<sup>118</sup>. Κατά τη σχετική διατύπωση του Supreme Court of Eire, «Εάν υπάρχει μια συνήθης πρακτική με εγγενή ελαττώματα ....το γεγονός ότι αποδεικνύεται ότι έχει υιοθετηθεί ευρέως και γενικά κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου δεν καθιστά την πρακτική λιγότερο αμελή. Η παραμέληση του καθήκοντος δεν παύει με την επανάληψη να αποτελεί παραμέληση του καθήκοντος»<sup>119</sup>. Ως «μέσος συνετός ιατρός», λοιπόν, δεν πρέπει να εκλαμβάνεται αυτός που ενεργεί όπως η πλειοψηφία των συναδέλφων του αλλά αυτός που πράττει ό,τι επιβάλλουν οι κανόνες της επιστήμης του<sup>120</sup>. Η διάκριση μεταξύ επιβαλλόμενης και συνήθους επιμέλειας, η οποία συνάγεται και από την ίδια τη διατύπωση της 330 εδ. β' ΑΚ, δεν είναι πάντα εύκολη στην πράξη, αφού τόσο οι πραγματογνώμονες όσο και τα δικαστήρια τείνουν να θεωρούν ορθό το παγιωμένο, είτε παραλείποντας είτε αδυνατώντας να ορίσουν το ορθό<sup>121</sup>.

Ο ιατρός, λοιπόν, που δρα με βάση τη συνήθη επαγγελματική πρακτική δεν δρα απαραίτητως και de lege artis. Τι ισχύει όμως στην αντίστροφη περίπτωση, όταν δηλαδή ο ιατρός όχι μόνο δεν ακολουθεί τη συνήθη επαγγελματική πρακτική αλλά αντιτάσσεται ακόμα και σε «γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης»; Είναι αυτή η συμπεριφορά lege artis; Το ερώτημα αυτό είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το ακόλουθο: υπάρχει ή δεν υπάρχει για τον ιατρό *ελευθερίας επιλογής μεθόδου* και αν ναι ποια είναι τα όριά της, η υπέρβαση των οποίων συνιστά απόκλιση από τη lege artis συμπεριφορά;

Η πρακτική αξία αυτών των ερωτημάτων είναι μεγάλη. Οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης συνδέονται άμεσα με αυτό που ονομάζουμε πανεπιστημιακή ιατρική, με ό,τι διδάσκεται δηλαδή στο πανεπιστήμιο ως σωστό και ενδεδειγμένο<sup>122</sup>. Ανάμεσα στους κόλπους της ιατρικής πανεπιστημιακής κοινότητας, όμως, αναπτύσσονται διαφορετικές και πολλές φορές συγκρουόμενες τάσεις για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Μπορεί ο ιατρός να επιλέξει ποιά τάση θα ακολουθήσει;

---

<sup>118</sup> Ζέπος, Η Ευθύνη του Ιατρού, ΝοΒ (21) 1973, 3.

<sup>119</sup> «If there is a common practice which has inherent defects....the fact that it is shown to have been widely and generally adopted over a period of time does not make the practice any the less negligent. Neglect of duty does not cease by repetition to be neglect of duty», Giesen, International Medical Malpractice Law, Malpractice, A comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, σ. 120.

<sup>120</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 353.

<sup>121</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 354.

<sup>122</sup> Πλεύρης, Η Ποινική Ευθύνη στην Ιατρική Πράξη, σ. 13.

Η απάντηση που δίνεται από τη θεωρία είναι, υπό προϋποθέσεις, καταφατική. Η επιλογή της ιατρικής μεθόδου αποτελεί υπόθεση του ιατρού, ο οποίος έχει την ελευθερία να την επιλέξει με βάση την εκπαίδευση, τη γνώση και την εμπειρία του, υπό την προϋπόθεση, βέβαια, ότι αυτή είναι πρόσφορη για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ασθένειας<sup>123</sup>. Ακόμη, μάλιστα, και στην περίπτωση που ο ιατρός, με βάση *επιστημονικά ελεγμένη πεποίθηση*, πιστεύει ότι είναι προς όφελος του ασθενούς να ενεργήσει διαφορετικά απ' ό,τι επιτάσσουν οι «γενικά αποδεκτοί κανόνες», γίνεται δεκτό ότι δικαιούται (ή, πολύ περισσότερο, υποχρεούται) να αποκλίνει από αυτούς και να ακολουθήσει την επιστημονική του πεποίθηση<sup>124</sup>. Εάν δεν γινόταν δεκτή η ύπαρξη ελευθερίας επιλογής μεθόδου εκ μέρους του ιατρού, θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένας ισχυρός δεσμός μεταξύ ιατρού και «γενικά αποδεκτών κανόνων», που θα μπορούσε να οδηγήσει σ' ένα περιοριστικό κανονιστικό πλαίσιο της ιατρικής γνώσης η οποία έχει αποκτηθεί μέχρι ένα χρονικό σημείο. Η απαγόρευση θα μπορούσε να σημαίνει στασιμότητα της ιατρικής<sup>125</sup>. Για αυτό το λόγο, η παράβαση του καθήκοντος επιμέλειας και η παράβαση των κανόνων δεν ταυτίζονται απαραίτητα.

Φυσικά, η ελευθερία του ιατρού δεν είναι απεριόριστη. Μια μη διαδεδομένη μέθοδος θεραπείας θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν δεν υπάρχει κάποια άλλη διαδεδομένη που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και εφόσον ο ιατρός γνωρίζει ότι το εν λόγω θεραπευτικό μέσο είναι δραστικό και έχει πλεονέκτημα σε σχέση με άλλα<sup>126</sup>. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει τα όρια των επιστημονικών και επαγγελματικών του ικανοτήτων, να συμβουλευέται τους συναδέλφους του<sup>127</sup>, όταν αυτό χρειάζεται, και να μην αναλαμβάνει πέραν των όσων γνωρίζει ούτε και να αυτοσχεδιάζει<sup>128</sup>.

## **2. Αναγωγή στα πρότυπα ποιότητας (standards) του ιατρικού επαγγέλματος**

Κι ενώ τα ελληνικά δικαστήρια εστιάζουν στο κριτήριο της παράβασης των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, προκειμένου να διαπιστώσουν εάν διαπράχθηκε ή όχι ιατρικό σφάλμα, η σύγχρονη θεωρία φαίνεται να έχει μετακινηθεί προς μια ελαφρώς διαφορετική σύλληψη του ιατρικού σφάλματος, που προϋποθέτει αναγωγή

<sup>123</sup> Πλεύρης, Η Ποινική Ευθύνη στην Ιατρική Πράξη, σ. 14.

<sup>124</sup> Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, 20.

<sup>125</sup> Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, σ. 20.

<sup>126</sup> Πολίτης, ό.π., σ. 20.

<sup>127</sup> Βλ. άρθρο 10 παρ. 3 ΚΙΔ.

<sup>128</sup> Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 239.

στα ιατρικά «standards-πρότυπα ποιότητας»<sup>129</sup>. Μάλιστα, η νέα § 630 a II BGB ορίζει ρητά ότι η ιατρική φροντίδα πρέπει να παρασχεθεί σύμφωνα με τα γενικώς αναγνωρισμένα επιστημονικά πρότυπα (“... nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards”), που ισχύουν κατά τη χρονική στιγμή της ιατρικής περίθαλψης, εφόσον δεν έχει συμφωνηθεί κάτι διαφορετικό<sup>130</sup>.

Το ιατρικό standard («πρότυπο ποιότητας») περιγράφει την **ενδεδειγμένη για τη συγκεκριμένη περίπτωση συμπεριφορά του ιατρού** και προσδιορίζεται από τις αντικειμενικές περιστάσεις, από τους κανόνες της επιστήμης και από τα πορίσματα της εμπειρίας κατά το χρόνο διενέργειας της πράξης<sup>131</sup>. Η καθιέρωση του επαγγελματικού προτύπου ποιότητας, ως κριτήριο αξιολόγησης της συμπεριφοράς του ιατρού, συνδέεται με τη θεώρηση της ιατρικής ευθύνης ως επαγγελματικής. Ο ιατρός, όπως άλλωστε κάθε επαγγελματίας, οφείλει να παράσχει υπηρεσίες που αντιστοιχούν σ’ ένα ορισμένο επίπεδο ποιότητας, σύμφωνα με τα πρότυπα που γίνονται δεκτά στο επάγγελμά του<sup>132</sup>. Συνεπώς, αμέλεια, ως παράνομη συμπεριφορά, είναι η απόκλιση, προς τα κάτω, από το επιβαλλόμενο πρότυπο επιμέλειας.

Με το ζήτημα της διαμόρφωσης των προτύπων ποιότητας συνέχονται και οι σύγχρονες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται -κυρίως από τους συλλογικούς φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών (νοσοκομεία, κλινικές)- για τον έλεγχο και τη διατήρηση της ποιότητας: **οι κλινικές οδηγίες και τα κλινικά πρωτόκολλα**. Οι κλινικές οδηγίες αποτελούν κείμενα που σκοπό έχουν την καθοδήγηση των αποφάσεων και των κριτηρίων σε συγκεκριμένους τομείς της Ιατρικής, καθορισμένα από την προσεκτική ανάλυση των σύγχρονων αποδείξεων ή των τρεχουσών ενδείξεων (“evidence based medicine”<sup>133</sup>) από τους ειδικούς, αρμόδιους και έγκυρους φορείς<sup>134</sup>. Τα κλινικά πρωτόκολλα, συνήθως, εμπεριέχουν χρήσιμα πρακτικά στοιχεία για την καθημερινή κλινική πράξη. Αναγνωρίζουν, αξιολογούν και συνοψίζουν τις ορθότερες, επικρατέστερες και πειστικότερες αποδείξεις και στοιχεία, καθώς επίσης και τα πλέον

<sup>129</sup> Αναφορές πάντως στα ιατρικά πρότυπα (standards) συναντώνται τα τελευταία χρόνια και στη νομολογία (ΕφΠειρ 242/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ’ ΙΠΠρΛαρ 191/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ’).

<sup>130</sup> Πελένη-Παπαγεωργίου, Η σύμβαση ιατρικής αγωγής ως νέος συμβατικός τύπος στον γερμανικό Αστικό Κώδικα (§ 630 a-630h BGB), ΕφΑΔ 2013, 1037-1038.

<sup>131</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 358.

<sup>132</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 355.

<sup>133</sup> Κατά τους Sackett et al «EBM είναι η εμπεριστατωμένη, σαφής και συνετή χρήση των τρεχουσών άριστων ενδείξεων για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με τη φροντίδα συγκεκριμένων ασθενών», Μουντοκαλάκης, Αποσαφηνίζοντας τον όρο “evidence based medicine”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, τόμος 32 (5), 654.

<sup>134</sup> Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, τόμος 27 (2), 264.

πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν στην πρόληψη, στη διάγνωση, στην πρόγνωση, στη θεραπεία, στην ασφάλεια, στη σχέση κινδύνου/οφέλους, καθώς και στην κλινική και την οικονομική αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στην άσκηση της σύγχρονης Ιατρικής<sup>135</sup>. Και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για **την καταγραφή των ενεργειών και των διαδικασιών που πρέπει να ακολουθούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων**. Ως τέτοιες διαδικασίες και ενέργειες επιλέγονται αυτές που θεωρούνται ή που έχουν πρακτικά-στατιστικά αποδειχθεί ότι επιφέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα.

Οι κλινικές οδηγίες και τα πρωτόκολλα συνοψίζουν και αξιολογούν όλα εκείνα τα στοιχεία που πηγάζουν από εμπειριστατωμένες και καλά σχεδιασμένες ερευνητικές ή κλινικές μελέτες και εστιάζουν στα δεδομένα που αφορούν την πρόληψη, διάγνωση, και θεραπεία των νοσημάτων. Επιπλέον, επικεντρώνονται στην ασφάλεια και στη σχέση κινδύνου/οφέλους, καθώς και στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στην κλινική πράξη. Με τον τρόπο αυτόν προσφέρουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα, συμβάλλοντας έτσι στην επιλογή της καταλληλότερης και αποτελεσματικότερης κλινικής απόφασης. Μάλιστα, σε εξαιρετικά πολύπλοκες, δυσεξήγητες και πιθανόν αδιέξοδες καταστάσεις η χρήση των κλινικών πρωτοκόλλων και των οδηγιών μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην εφαρμογή των βέλτιστων διαγνωστικών και θεραπευτικών λύσεων<sup>136</sup>.

Η μη τήρηση των οδηγιών, πάντως, δεν πρέπει να οδηγεί σε δικαστικό τεκμήριο μιας συμπεριφοράς εναντίων των ιατρικών κανόνων και των προτύπων<sup>137</sup>. Θα μπορούσε να λεχθεί ότι αυτές **οι κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούν έναν «διάδρομο λήψης αποφάσεων» για τυποποιημένες περιπτώσεις**, οπότε σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει απόκλιση και αυτό γιατί η διαπίστωση ενός σφάλματος απαιτεί ενδελεχή ανάλυση όλων των περιστάσεων της συγκεκριμένης βιοτικής περίπτωσης, με επιρροή των ατομικών ιδιαίτερων ζητημάτων και διαφύλαξη της ελευθερίας επιλογής μεθόδου<sup>138</sup>.

---

<sup>135</sup> Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., ό.π., 265.

<sup>136</sup> Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, τόμος 27 (2), 265.

<sup>137</sup> Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, Ε.Ι.Δ 1/2016, 22.

<sup>138</sup> Πολίτης, ό.π., 22.

Υποστηρίζεται ότι το πρότυπο, σε σύγκριση με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, εμφανίζει έναν πιο *δυναμικό* χαρακτήρα, γιατί δεν έχει το χαρακτήρα μιας αναμφισβήτητης αυθεντίας αλλά προσαρμόζεται στη συνεχή εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης<sup>139</sup>. Κρίσιμο, δηλαδή, είναι το ιατρικό πρότυπο που ισχύει κατά το χρόνο της ιατρικής περίθαλψης, το οποίο δεν πρέπει να έχει ξεπεραστεί από νέες αναμφισβήτητες ιατρικές μεθόδους<sup>140</sup>. Επιπλέον, η έννοια του προτύπου ποιότητας θεωρείται, εκτός από δυναμική, και *ευέλικτη*, καθώς επιτρέπει τη συνεκτίμηση των αντικειμενικών συνθηκών παροχής της υπηρεσίας (ενώ λ.χ οι κανόνες της ιατρικής φαίνεται να έχουν γενική εφαρμογή, διαφορετικό είναι το επίπεδο ποιότητας που αναμένεται και επιβάλλεται σε ένα υπερσύγχρονο νοσοκομείο της πρωτεύουσας και σε ένα απομακρυσμένο κέντρο υγείας)<sup>141</sup>.

Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να τονισθεί ότι και η πρώτη προσέγγιση δεν στερείται δυναμικού και ευέλικτου χαρακτήρα, αφού -όπως ήδη παρατηρήσαμε- για την κρίση αν μια ιατρική πράξη διενεργήθηκε *de lege artis* γίνεται αναγωγή τόσο στις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις (και όχι λ.χ σε ξεπερασμένους ιατρικούς κανόνες) όσο και στο πρότυπο του μέσου συνετού γιατρού, στο αν δηλαδή ο γιατρός ενήργησε όπως θα ενεργούσε *κάτω από τις ίδιες συνθήκες* και έχοντας τα ίδια μέσα ένας συνετός και επιμελής γιατρός (*bonus medicus*). Οι δύο προσεγγίσεις λοιπόν, κατ' αποτέλεσμα, δεν απέχουν μεταξύ τους, απλώς η πρώτη μετέρχεται με πιο παραδοσιακά κριτήρια.

Τα ιατρικά standards, βέβαια, συνδεόμενα με την καταγραφή των ενεργειών και διαδικασιών που πρέπει να ακολουθούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων (στην πράξη αυτό επιτυγχάνεται μέσω των κατευθυντήριων οδηγιών και των πρωτοκόλλων) παρέχουν μια «δυναμική τυποποίηση», που μπορεί να αποτελέσει πολύτιμη βοήθεια για το ιατρό και συγχρόνως εγγύηση ασφάλειας για τον ασθενή. Όπως επισημαίνεται, η ιατρική, εδώ και εικοσιπέντε έτη, έχει προαγάγει την τυποποίηση ως το καλύτερο δυνατό επιστημονικό τεκμήριο (the best available evidence) για την ποιότητα των διαγνώσεων και των θεραπειών<sup>142</sup>. Σημειώνεται, μάλιστα, ότι θα αποτελούσε όραμα να λαμβάνει ο ιατρός αποφάσεις για διάγνωση και

<sup>139</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 356.

<sup>140</sup> Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, σ. 219.

<sup>141</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 357.

<sup>142</sup> Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, Ε.Ι.Δ 1/2016, 23.



θεραπεία με «το πάτημα του ποντικιού» του υπολογιστή, έχοντας στις αποσκευές λάθη από έρευνες ή και προγράμματα τεχνητής νοημοσύνης<sup>143</sup>.

Υπάρχει βέβαια και αντίλογος σε αυτή την «τυφλή» εμπιστοσύνη στην τυποποίηση της ιατρικής, καθώς πολλοί είναι εκείνοι που προειδοποιούν για μια απαξία της εμπειρικής ένδειξης ως προς την κλινική εμπειρία και επισημαίνουν τον κίνδυνο μιας *πατερναλιστικής ρύθμισης* του ιατρού με οδηγίες για την περίθαλψη και κατευθυντήριες γραμμές, τηλεκατευθυνόμενες από τη βιομηχανία, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, το κράτος<sup>144</sup>. Πράγματι ο κίνδυνος της τυποποιημένης-μηχανιστικής ιατρικής, που ασχολείται περισσότερο με την τήρηση ενός απρόσωπου προτύπου ποιότητας η μιας προδιαγεγραμμένης διαδικασίας για τον ασθενή είναι προφανής και μάλλον για αυτό το λόγο αναπτύχθηκε και το κριτήριο που ακολουθεί και εστιάζει στις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς που αντιμετωπίζει κάθε φορά ο ιατρός.

### 3. Το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς

Η προσέγγιση αυτή, που επιλέγει ως σημείο αναφοράς για την επιμέλεια του ιατρού τη *συγκεκριμένη περίπτωση*, το *συγκεκριμένο ασθενή*, φαίνεται να αναπτύχθηκε ως αναγκαίο συμπλήρωμα των δύο προηγούμενων κριτηρίων, που εξετάζουν την ενδεδειγμένη ιατρική συμπεριφορά σε γενικό και αφηρημένο επίπεδο. Επισημαίνεται, λοιπόν, ότι πέρα από οποιαδήποτε τυπική-γενική έννοια του ιατρικού σφάλματος, αμελής πρέπει να κριθεί ο ιατρός που σε ορισμένη περίπτωση δεν έπραξε αυτό που επέβαλε το *συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς*<sup>145</sup>. Αντίστροφα, επιμελής είναι ο ιατρός που προβαίνει στις ενέργειες που είναι απαραίτητες και ωφέλιμες για το συγκεκριμένο ασθενή, παραβιάζοντας, εάν αυτό είναι αναγκαίο, όχι μόνο τη συνήθη επαγγελματική πρακτική αλλά και κάποιο κανόνα της ιατρικής ή *standard*<sup>146</sup>.

Ο ιατρός οφείλει να επιλέγει τον τρόπο και τα μέσα που ταιριάζουν και επιβάλλονται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε κλινικής περίπτωσης και όχι να εφαρμόζει μία πάγια και απαρέγκλιτη τακτική, παραβλέποντας τις τυχόν

---

<sup>143</sup> Πολίτης, ό.π, σ. 23.

<sup>144</sup> Πολίτης, ό.π, σ. 23 και Ψαρούλης-Βαλτούτσος., ό.π, σ. 234, όπου γίνεται λόγος για ισχυρό κρατικό παρεμβατισμό (καθώς υπεισέρχονται στοιχεία κρατικής οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής όπως λ.χ διαχείρισης των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης) που απειλούν τον κλασικό Ιπποκράτειο μοντέλο της σχέσης ιατρού-ασθενή (αυτονομία του ασθενή, σχέση εμπιστοσύνης με το ιατρό).

<sup>145</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 359.

<sup>146</sup> Φουντεδάκη, ό.π, σ. 358-359.

ιδιαιτερότητες. Ο μέσος συνετός ιατρός, επομένως, δεν πρέπει να παραμένει στην αφηρημένη στάθμιση που διδάσκει η ιατρική θεωρία και εμπειρία αλλά να εξετάζει την επαλήθευσή της για το συγκεκριμένο ασθενή και σε περίπτωση σύγκρουσης των δύο, να επιλέγει τη συγκεκριμένη στάθμιση. Προς αυτή την κατεύθυνση βρίσκεται και η ρύθμιση του άρθρου 3 § 3 εδ. β' ΚΙΔ, που αναφέρει ρητά ότι ο ιατρός «έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης για τον συγκεκριμένο ασθενή (...)». Το κριτήριο αυτό ουσιαστικά επαναλαμβάνει τη θεμελιώδη αρχή της ιατρικής επιστήμης «*salus aegroti suprema lex est*» (= η σωτηρία του ασθενούς αποτελεί τον υπέρτατο νόμο). Κατά κανόνα, βέβαια, η αφηρημένη στάθμιση την οποία εκφράζει η *lex artis* θα επαληθεύεται και στη συγκεκριμένη περίπτωση, αφού ο κανόνας ή το standard έχει διαμορφωθεί έτσι, επειδή έχει διαπιστωθεί, πιθανολογείται ή τεκμηριώνεται επιστημονικά ότι σε ορισμένη περίπτωση, ορισμένη ιατρική πράξη συνεπάγεται την αναλογική διακινδύνευση του ασθενούς. Η ύπαρξη αμέλειας παρά την τήρηση της *lex artis* ή του επιβαλλόμενου standard ή, αντίστροφα, η έλλειψη αμέλειας παρά την παράβασή του δύσκολα θα διαπιστώνεται και πάντως απαιτεί ειδική τεκμηρίωση<sup>147</sup>.

#### 4. Σύνθεση των προσεγγίσεων

Όπως προκύπτει από την ανάλυση που προηγήθηκε, η κρίση για το αν υπάρχει ή όχι ιατρικό σφάλμα είναι μια περίπλοκη στάθμιση σε περισσότερα επίπεδα. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν δεν παρουσιάζουν «ανταγωνιστική σχέση» με την έννοια ότι, όντας αλληλοαποκλειόμενες, μόνο μία είναι ορθή ή με την έννοια ότι κάποιος υποστηρίζοντας τη μία δεν μπορεί να υποστηρίξει τις υπόλοιπες. Αντιθέτως, αποτελούν επιμέρους πτυχές και διαστάσεις της έννοιας του ιατρικού σφάλματος<sup>148</sup>. Κάθε προσέγγιση «ρίχνει φως» σε μια διαφορετική πτυχή υπενθυμίζοντάς στον ιατρό και τον δικαστή να τη λάβει σοβαρά υπόψη, να μην την αγνοήσει. Η τελική κρίση περί ύπαρξης ή μη ιατρικού σφάλματος είναι αποτέλεσμα σύνθεσης όλων των επιμέρους κριτηρίων.

Έτσι, η βασιζόμενη σε ενδείξεις ιατρική, η λεγόμενη «Evidence Based Medicine», μέσω των κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων, συμβάλλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των ιατρικών πράξεων, στην εξοικονόμηση

<sup>147</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 368.

<sup>148</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 370.

πόρων και στην υποστήριξη του ιατρικού προσωπικού κατά τη λήψη αποφάσεων. Από την άλλη πλευρά, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση προς τον ασθενή, που τον αντιμετωπίζει ως μοναδική περίπτωση, συντελεί στην καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς καθώς και σε επίδειξη ανθρώπινου ενδιαφέροντος, προσοχής και ευαισθησίας από τον ιατρό.

Η στάθμιση, επομένως, για το αν η συμπεριφορά του ιατρού είναι επιμελής ή όχι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο σε αντικειμενικό- γενικό επίπεδο, με αναγωγή στους κανόνες της επιστήμης και στα ιατρικά πρότυπα, όσο και σε υποκειμενικό-προσωποποιημένο επίπεδο, με αναγωγή στο συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς<sup>149</sup>.

## **Γ. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΑΔΙΚΟΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ**

### **Ι. Αδικοπραξία: Η συχνότερη νομική βάση των αγωγών αποζημίωσης**

Στο μέρος αυτό της εργασίας επιχειρείται η εξέταση του ιατρικού σφάλματος υπό το φως των προϋποθέσεων της αδικοπρακτικής ευθύνης. Στην Ελλάδα, εν αντιθέσει με άλλα ηπειρωτικά δίκαια, όπου η ενδοσυμβατική ευθύνη έχει μεγαλύτερο βάρος, η αδικοπρακτική ευθύνη αποτελεί τη συχνότερη νομική βάση των αγωγών αποζημίωσης, λόγω διάπραξης ιατρικού σφάλματος<sup>150</sup> ενώ και στην πλειοψηφία των δικαστικών αποφάσεων η αξίωση από ιατρικό σφάλμα θεμελιώνεται στην αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού<sup>151</sup>. Πίσω από αυτή τη στατιστική διαπίστωση υπάρχει διπλή εξήγηση:

*Πρώτον*, στην περίπτωση της αδικοπρακτικής ευθύνης, παρέχεται από τον νόμο η δυνατότητα επιδίκασης από το δικαστήριο εύλογης, κατά την κρίση του, χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης (ΑΚ 932)<sup>152</sup>, πλεονέκτημα που απουσιάζει από το πεδίο της ενδοσυμβατικής ευθύνης και εξηγεί την λιγότερο συχνή επιλογή της, ως νομική βάση.

<sup>149</sup> Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, σ. 222.

<sup>150</sup> Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π, σ. 241.

<sup>151</sup> Τσαλαπόρτας Α., Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε: Επίκαιρα Ζητήματα Ιατρικού Δικαίου, σ. 18.

<sup>152</sup> Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Ειδικό Μέρος, Τόμος II, σ. 203-204.

Δεύτερον, τα δικαστήρια μας, στην περίπτωση ευθύνης του ιατρού, είναι πιο εξοικειωμένα με τις αρχές της αδικοπραξίας, καθώς αυτές προσεγγίζουν ως προς τη δογματική τους τις αντίστοιχες αρχές του ποινικού δικαίου. Άλλωστε, αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε αύξηση των περιπτώσεων ιατρικής αστικής ευθύνης, η συντριπτική πλειοψηφία των δικών παραδοσιακά αφορούσε -και αφορά έως και σήμερα- την ποινική ευθύνη<sup>153</sup>.

Παρακάτω επιχειρείται η αναγωγή των στοιχείων της αδικοπρακτικής ευθύνης, όπως αυτά διδάσκονται παραδοσιακά στη θεωρία του ενοχικού δικαίου, στις ιδιαιτερότητες της ιατρικής ευθύνης.

## **II. Το ιατρικό σφάλμα ως στοιχείο της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς του ιατρού.**

### **1. Η προϋπόθεση του παρανόμου**

#### **α) Το κρίσιμο εύρος της έννοιας**

Κατά την κρατούσα και ορθή άποψη, γνωστή και ως «*αντικειμενική θεωρία*», σε περίπτωση πρόκλησης ζημίας, για να γεννηθεί αδικοπρακτική συμπεριφορά του δράστη θα πρέπει, όπως προκύπτει από το γράμμα της διάταξης του άρθρου 914 ΑΚ, **η συμπεριφορά του να είναι «παράνομη», να αντίκειται δηλαδή στους κανόνες της έννομης τάξης**<sup>154</sup>. Η διάταξη του άρθρου 914 ΑΚ, βέβαια, δεν ορίζει τι επιτρέπεται ή τι απαγορεύεται<sup>155</sup> αλλά παραπέμπει για το χαρακτηρισμό μιας πράξης ως παράνομης ή σύννομης στο σύνολο της νομοθεσίας (αστικής, διοικητικής, ποινικής κλπ)<sup>156</sup>. Εφόσον ορισμένη πράξη χαρακτηριστεί παράνομη, η ΑΚ 914, εάν φυσικά συντρέχουν και οι λοιπές προϋποθέσεις της, επιβάλλει στον δράστη την υποχρέωση αποζημίωσης<sup>157</sup>.

<sup>153</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 41.

<sup>154</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 795· Γεωργιάδης Απ. Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, σ. 656. Κατά την παλαιότερα υποστηριχθείσα από μερίδα θεωρητικών (Ζέπος, Καράσης, Μιχαηλίδης-Νουάρος, Βαβούσκος) «*υποκειμενική θεωρία*», αδικοπρακτική ευθύνη γεννάται σε περίπτωση υπαίτιας πρόκλησης ζημίας (χωρίς να εξετάζεται ως αυτοτελής θετική προϋπόθεση το παράνομο), εκτός κι αν η συμπεριφορά του δράστη κριθεί νόμιμη (σε περίπτωση που επιχειρείται βάσει δικαιώματος). Η άποψη αυτή ενώ τυπικά διατηρεί την προϋπόθεση του παρανόμου, της αφαιρεί το ουσιαστικό θετικό περιεχόμενο, καθώς δέχεται ότι παράνομη είναι κάθε πράξη που επιχειρείται χωρίς δικαίωμα του δράστη.

<sup>155</sup> Για το λόγο αυτό έχει επικρατήσει ο χαρακτηρισμός «*λευκός*» κανόνας δικαίου.

<sup>156</sup> Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, σ. 656.

<sup>157</sup> Κατά την αντίθετη άποψη, γνωστή και ως *υποκειμενική θεωρία*, που όμως δεν επικράτησε, η ΑΚ 914 περιέχει ουσιαστικό κανόνα δικαίου που απαγορεύει κάθε υπαίτια πρόκληση ζημίας που συντελείται χωρίς δικαίωμα. Η ευθύνη, δηλαδή, γεννάται σε κάθε περίπτωση υπαίτιας βλάβης με μοναδική

Με μία πρώτη προσέγγιση, ως «παράνομία» ορίζεται η «αντίθεση σε διάταξη νόμου». Καθώς όμως διαπιστώθηκε ότι αυτός ο ευρύς ορισμός της έννοιας του παρανόμου δεν ανταποκρίνεται στο πνεύμα του νόμου, επιχειρήθηκε, διορθωτικά, περιορισμός της. Έγινε λοιπόν δεκτό ότι για την ύπαρξη της παρανομίας, κατά τη διάταξη του άρθρου 914 ΑΚ, δεν αρκεί η παράβαση οποιασδήποτε διάταξης αλλά απαιτείται είτε παράβαση διάταξης νόμου που θεμελιώνει *απόλυτο δικαίωμα*<sup>158</sup> είτε παράβαση διάταξης νόμου (*προστατευτικού νόμου*) που αναγνωρίζει και προστατεύει *συγκεκριμένο συμφέρον του ζημιωθέντος*<sup>159</sup>.

Κι ενώ παλιότερα γινόταν δεκτό ότι το παράνομο συνέτρεχε μόνο όταν παραβιαζόταν ειδική διάταξη νόμου (με τους ως άνω περιορισμούς), σήμερα γίνεται δεκτή μια *«ευρύτερη έννοια παρανομίας»*, μια *«διεύρυνση της έννοιας του παρανόμου»*. Ειδικότερα, γίνεται δεκτό, τόσο από τη θεωρία<sup>160</sup> όσο και από τη νομολογία<sup>161</sup>, ότι μια συμπεριφορά μπορεί να είναι παράνομη όχι μόνο όταν παραβιάζεται ειδική διάταξη νόμου αλλά και όταν, χωρίς να υπάρχει παραβίαση συγκεκριμένης διάταξης, *«δεν τηρείται η επιμέλεια που μπορεί και πρέπει να δείχνει ένας μέσος άνθρωπος για την ασφάλεια και προστασία προσώπων και αγαθών με τα οποία η συμπεριφορά του έρχεται ή μπορεί να έλθει σε επαφή»*<sup>162</sup>.

---

δυνατότητα απαλλαγής την κρίση της ζημιωγόνου ενέργειας ως νόμιμης, δηλαδή ότι επιχειρήθηκε βάσει δικαιώματος.

<sup>158</sup> *Απόλυτα δικαιώματα* είναι το *δικαίωμα στην προσωπικότητα* σε όλες τις εκδηλώσεις του (τιμή, υπόληψη, υγεία, σωματική ακεραιότητα), η *κυριότητα και άλλα εμπράγματα δικαιώματα*, τα *οικογενειακά δικαιώματα* κ.ο.κ. Η προσβολή *σχετικού* δικαιώματος (ενοχικού δικαιώματος) είναι μεν παράνομη, οι συνέπειες όμως αυτής της παρανομίας ρυθμίζονται από της διατάξεις για τη μη εκπλήρωση υφιστάμενης ενοχής, εκτός κι αν η προσβολή του σχετικού δικαιώματος προέρχεται από τρίτο πρόσωπο, οπότε εφαρμόζεται η ΑΚ 914 (*Γεωργιάδης Γ.*, σε ΣΕΑΚ Ι, σ. 1838).

<sup>159</sup> Πρόκειται για περιπτώσεις όπου τα *ιδιωτικά συμφέροντα* του ατόμου προστατεύονται όχι με καθιέρωση δικαιωμάτων αλλά με *«προστατευτικούς νόμους»*, δηλαδή με διατάξεις που αναγνωρίζουν και προστατεύουν συμφέροντα, ανάγοντας αυτά από απλά σε έννομα. Τέτοιοι νόμοι θεωρούνται οι διατάξεις των άρθρων 216 ΠΚ (πλαστογραφία), 375 ΠΚ (υπεξαίρεση), του άρθρου 79 Ν. 3959/1933 (έκδοση ακάλυπτης επιταγής) κ.ο.κ.

<sup>160</sup> *Σταθόπουλος*, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 798, όπου (σημ. 36) αναφέρει ως υποστηρικτές της διεύρυνσης τους: *Δεληγιάννη, Λιτζερόπουλο, Απ. Γεωργιάδη, Φίλιο, Αστ. Γεωργιάδη, Κορνηλάκη, Καρακώστα, Σπυριδάκη και Ζέπο*.

<sup>161</sup> Ενδεικτικά: ΑΠ 974/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΠΠρΑθ 260/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ *Γεωργιάδης Απ.*, Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, σ. 660.

<sup>162</sup> *Σταθόπουλος*, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 798, Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι την ίδια ακριβώς σύγχρονη αντίληψη για την παρανομία εκφράζει ήδη πριν από 130 χρόνια στη χώρα μας ο *Β. Οικονομίδης*, ο οποίος στο πρώτο βιβλίο των «Στοιχείων του Αστικού Δικαίου» («Γενικά Αρχαία») διαλαμβάνει στον Γ. Τίτλο του Τμήματος Β' (...) τα εξής: «*Αδίκος πράξις καλείται εν γένει η αντικείμενη εις τα παραγγέλματα του δικαίου διαγωγή του ανθρώπου*» (*Δωρής*, Σκέψεις για την προϋπόθεση της «παράνομίας» στην αδικοπρακτική ευθύνη, για τη σχέση της προς την «υπαιτιότητα» και για τη λεγόμενη «διπλή λειτουργία της αμέλειας» κατά την ΑΚ 330 εδ. β', σε Τίμ. Τόμ. Μιχ. Π. Σταθόπουλου (Ι), 2010, σ. 511, σημ. 54.)

Παράνομη συμπεριφορά θεμελιώνει, επομένως, η παράβαση της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας, ασφάλειας και προστασίας των άλλων και των αγαθών τους, η οποία επιβάλλεται σε κάθε άτομο, στο πλαίσιο των κάθε είδους κοινωνικών δραστηριοτήτων του, από το γενικότερο πνεύμα της νομοθεσίας και της ΑΚ 914, και κυρίως από τις γενικές ρήτρες που καθιερώνουν τις αρχές της καλής πίστης και των χρηστών ηθών και που απαγορεύουν την καταχρηστική άσκηση των δικαιωμάτων και της γενικής ελευθερίας δράσης (ΑΚ 281 και 288)<sup>163</sup>. Σε αυτές λοιπόν τις γενικές ρήτρες (281 και 288 ΑΚ) αλλά και στο ίδιο το πνεύμα της 914 ΑΚ και το γενικότερο πνεύμα της νομοθεσίας, βρίσκει νομοθετική θεμελίωση η «ευρεία έννοια του παρανόμου». Χωρίς αυτή τη θεμελίωση δεν θα μπορούσε να υποστηριχθεί *de lege lata* η διεύρυνση του παρανόμου<sup>164</sup>. Όπως επισημαίνεται<sup>165</sup>, στην πραγματικότητα, στην περίπτωση του παρανόμου της αδικοπρακτικής ευθύνης, ως παραβίασης επιταγών της καλής πίστης, δεν συμβαίνει τίποτα άλλο από εκείνο που ισχύει -αντίστοιχα- και όταν αποδοκιμάζεται ως αντισυμβατική συμπεριφορά η παραβίαση από τον οφειλέτη παρεπόμενων υποχρεώσεων από την καλή πίστη ή όταν ο διαπραγματευόμενος παραβιάζει υποχρεώσεις από την καλή πίστη κατά το προσυμβατικό στάδιο και βλάπτει δυνάμει των άρθρων 197 και 198 ΑΚ προστατευόμενα συμφέροντα του άλλου μέρους. Η διεύρυνση του παρανόμου, με την αναγνώριση γενικής υποχρέωσης πρόνοιας, όπως επισημαίνεται, δεν οδηγεί σε υπερβολική διεύρυνση της αδικοπρακτικής ευθύνης, καθώς η τελική κατάφαση της ύπαρξης ευθύνης προϋποθέτει την ύπαρξη και των λοιπών στοιχείων (υπαιτιότητα, αιτιώδης συνάφεια)<sup>166</sup>.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι στο πλαίσιο μιας τέτοιας θεμελίωσης, με αναγωγή στις επιταγές της καλής πίστης, πάντως, **δεν μπορεί να συναχθεί μια γενική (για όλους) «υποχρέωση ασφάλειας και προστασίας των άλλων»**. Με βάση την καλή πίστη είναι ζητούμενο σε κάθε περίπτωση αν -λαμβάνοντας υπόψη και τις συντρέχουσες ειδικές εκάστοτε περιστάσεις και συνθήκες- δημιουργούνται, σε ποια έκταση και με ποιο περιεχόμενο υποχρεώσεις πρόνοιας, η παραβίαση των οποίων συνιστά «παράνομία» κατά την έννοια του άρθρου 914 ΑΚ<sup>167</sup>. Η ίδια η καλή πίστη

<sup>163</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 799. Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, σ. 660. ΠΠρΑθ 260/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>164</sup> Σταθόπουλος, ό.π, σ. 799.

<sup>165</sup> Δωρής, Σκέψεις για την προϋπόθεση της «παράνομιάς» στην αδικοπρακτική ευθύνη, για τη σχέση της προς την «υπαιτιότητα» και για τη λεγόμενη «διπλή λειτουργία της αμέλειας» κατά την ΑΚ 330 εδ. β', σε Τιμ.Τόμ. Μιχ. Π. Σταθόπουλου (Ι) 2010, σ. 510 επ.

<sup>166</sup> Γεωργιάδης Γ., σε ΣΕΑΚ (Ι), σ. 1839.

<sup>167</sup> Δωρής, ό.π, σ. 526.

επιβάλλει, δηλαδή, να μην διευρυνθούν οι γενικές υποχρεώσεις επιμέλειας πέρα από ένα όριο ώστε να μην αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα στην άσκηση της ελευθερίας ανάπτυξης της προσωπικότητας και της επαγγελματικής, επιχειρηματικής και λοιπής δραστηριότητας των συναλλασσόμενων<sup>168</sup>

## **β) Η παρανομία κρίνεται από τη συμπεριφορά (πράξη) ή από το αποτέλεσμα;**

Κρίσιμο για την κατανόηση της παρανομίας, ως προϋπόθεσης της αδιοπρακτικής ευθύνης, είναι το ερώτημα αν το παράνομο πρέπει να κρίνεται από τη *συμπεριφορά* του δράστη, δηλαδή από τη διαπίστωση ότι αυτή αντίκειται σε κανόνα δικαίου ή στις επιταγές της έννομης τάξης γενικά, ή από το *αποτέλεσμά της*, δηλαδή από τη διαπίστωση ότι με τη συμπεριφορά αυτή προσβλήθηκε δικαίωμα ή έννομο συμφέρον του ζημιωθέντος. Το ερώτημα αυτό προκάλεσε διχογνωμία στη θεωρία.

Κατά τη «*θεωρία του αποτελέσματος*» (*Erfolgsunrechtslehre*), παράνομη είναι η πράξη που όταν αυτή **προσβάλλει αλλότριο δικαίωμα ή έννομο συμφέρον τρίτου**. Αν ο όρος αυτός δεν πληρούται, «παρανομία» δεν υπάρχει<sup>169</sup>.

Αντίθετα, κατά τη «*θεωρία της πράξης*» (*Verhaltenunrechtslehre*)<sup>170</sup>, που αποτελεί την κρατούσα άποψη, η «παρανομία» κρίνεται από τη *συμπεριφορά του δράστη* και όχι το αποτέλεσμα της. Υποστηρίζεται, ειδικότερα, ότι ο χαρακτηρισμός «παράνομη» δίνεται στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι κανόνες δικαίου απευθύνονται στον άνθρωπο, ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του, επομένως μόνο αυτός μπορεί να τους παραβιάζει. Ένα αποτέλεσμα, λ.χ η προσβολή εννόμου αγαθού, μπορεί να σημαίνει **παράβαση νόμου μόνο στο μέτρο που προκαλείται από ανθρώπινη πράξη ή παράλειψη**. Το ίδιο το αποτέλεσμα, αποσυνδεδεμένο από τη συμπεριφορά, θεμελιώνει άλλη, ξεχωριστή προϋπόθεση, αυτή της *ζημίας*<sup>171</sup>. Άλλωστε, είναι δυνατό να υπάρχει παράνομη συμπεριφορά, χωρίς αυτή να επιφέρει προσβολή αγαθών. Εκείνος λ.χ που είναι από το νόμο ή από τη σύμβαση υπόχρεος να εποπτεύει κάποιο πρόσωπο (δάσκαλος, νηπιαγωγός) και παραμελεί την υποχρέωσή του (π.χ εγκαταλείπει τον χώρο εποπτείας), παρανομεί ακόμη κι αν η συμπεριφορά του δεν είχε επιπτώσεις στο εποπτευόμενο πρόσωπο<sup>172</sup>. Περιπτώσεις παρανομίας χωρίς προσβολή αγαθών και

<sup>168</sup> Σταθόπουλος, ό.π., σ. 800.

<sup>169</sup> Φίλιος, Ενοχικό δίκαιο-Ειδικό Μέρος, σ. 300· Γεωργιάδης Αστ. Ενοχικό Δίκαιο -Γενικό Μέρος Τομ. Ι, σ. 73.

<sup>170</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 804 επ., όπου (υποσημ. 54) αναφέρει πως υπέρ της άποψης αυτής τάσσονται και οι: Απ. Γεωργιάδης, Κορνηλάκης, Σπυριδάκης.

<sup>171</sup> Σταθόπουλος, ό.π., σ. 804.

<sup>172</sup> Σταθόπουλος, ό.π., σ. 806.

χωρίς ζημία δημιουργεί κυρίως η αναγνώριση γενικών υποχρεώσεων ασφάλειας και προστασίας λ.χ κατά την άσκηση επαγγέλματος ή άλλης δραστηριότητας<sup>173</sup> και γενικότερα η παράβαση των κανόνων επιμελούς συμπεριφοράς.

Πρέπει πάντως να γίνουν δύο πολύ σημαντικές παρατηρήσεις όσον αφορά τη σχέση των δύο θεωριών:

Πρώτον, όπως αποδέχονται ακόμη και οι υποστηρικτές της θεωρίας της πράξης, πολλές φορές, πράξη και αποτέλεσμα βρίσκονται σε άμεση, στενή μεταξύ τους σχέση έτσι ώστε να αξιολογούνται ενιαία από την έννομη τάξη. Ο νομοθέτης, δηλαδή, θεωρεί παράνομη τη συμπεριφορά, ενόψει του στενά συνδεδεμένου με αυτήν αποτελέσματός της, την προσβολή λ.χ έννομου αγαθού. Η συμπεριφορά αξιολογείται ανεξάρτητα από το αποτέλεσμά της σε κάθε άλλη περίπτωση που δεν συνδέεται στενά με εκείνη, αν λ.χ, όπως αναφέρθηκε στο ως άνω παράδειγμα, η συμπεριφορά είναι εννοιολογικά και σημασιολογικά ολοκληρωμένη και πριν ή ανεξάρτητα από την επέλευση του αποτελέσματος<sup>174</sup>.

Δεύτερον, παρά τις θεωρητικές τους διαφορές, οι δύο θεωρίες καταλήγουν συνήθως στα ίδια πρακτικά αποτελέσματα. Σε περίπτωση προσβολής αγαθού χωρίς αμελή συμπεριφορά, δεν στοιχειοθετείτε ευθύνη, βάσει και των δύο θεωριών. Κατά τη θεωρία του αποτελέσματος, λόγω έλλειψης υπαιτιότητας (αφού παρανομία υπάρχει και μόνο λόγω της προσβολής αγαθού) ενώ κατά τη θεωρία της πράξης, λόγω έλλειψης παρανομίας (αφού δεν τηρήθηκαν οι υποχρεώσεις επιμέλειας)<sup>175</sup>.

### **γ) Το ιατρικό σφάλμα ως παράνομη συμπεριφορά**

Οι ως άνω προβληματισμοί σχετικά με το περιεχόμενο της έννοιας του παρανόμου εμφανίζονται και στο πεδίο του ιατρικού σφάλματος, ως περίπτωσης εφαρμογής της διάταξης του άρθρου 914 ΑΚ. Το ερώτημα αν, σε περίπτωση βλάβης της υγείας ασθενούς λόγω διάπραξης ιατρικού σφάλματος, η «παρανομία» συνίσταται στο **αποτέλεσμα της πράξης του ιατρού**, ήτοι στην προσβολή της υγείας του ασθενούς, και επομένως το ιατρικό σφάλμα, έτσι όπως έχει οριστεί ανωτέρω, εντάσσεται στην προϋπόθεση της υπαιτιότητας, ή **στην ίδια την πράξη του**, και επομένως το ιατρικό σφάλμα εντάσσεται στην προϋπόθεση της παρανομίας τίθεται και

<sup>173</sup> Σταθόπουλος, ό.π, σ. 807 επ.

<sup>174</sup> Σταθόπουλος, ό.π, σ. 808.

<sup>175</sup> Σταθόπουλος, ό.π. 809.



εδώ. Στις αποφάσεις των ελληνικών δικαστηρίων κατά κανόνα δεν διευκρινίζεται αν το ιατρικό σφάλμα αντιστοιχεί στην προϋπόθεση της παρανομίας ή της υπαιτιότητας<sup>176</sup>. Το ζήτημα αναλύεται αναλυτικότερα παρακάτω (Γ ΙΙΙ).

Κάποιες δικαστικές αποφάσεις πάντως φαίνεται να υιοθετούν τη λύση της «διπλής παρανομίας», δηλαδή της σωρευτικής θεμελίωσής του ιατρικού σφάλματος τόσο στο αποτέλεσμα όσο και στη συμπεριφορά αυτού που το προξένησε, άποψη που έχει υποστηριχθεί και στη θεωρία<sup>177</sup>. Ενδεικτικά αναφέρουμε την ΑΠ 1227/2007<sup>178</sup>, όπου το δικαστήριο αναφέρεται σε «βαρεία αμέλεια» κατά παράβαση των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων ιατρικής επιστήμης που είχε ως αποτέλεσμα «την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς και τη συνακόλουθη επέλευση του θανάτου», την ΠΠρΘεσσαλ 33096/2007<sup>179</sup>, όπου η αμελής συμπεριφορά μαιευτήρα-γυναικολόγου ως αποτέλεσμα τη μη αφαίρεση τμήματος βελόνας από το μαστό χειρουργημένης ασθενούς, την ΕφΠειρ 828/2005<sup>180</sup>, όπου λόγω αμελούς συμπεριφοράς του χειρουργού μία από τις βίδες έσπασε προκαλώντας πολλαπλά τραύματα και, τέλος, την ΑΠ 1634/2008<sup>181</sup>, όπου αναφέρεται ότι «ο εναγόμενος επέδειξε κατά την εκτέλεση των οδοντιατρικών εργασιών που προαναφέρθηκαν στον ενάγοντα αμελή συμπεριφορά, που είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης του σώματος και της υγείας του». Άλλωστε, σύμφωνα και με όσα ειπώθηκαν ανωτέρω, η πρόκλησης σωματικής βλάβης λόγω ιατρικού σφάλματος, αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση, όπου πράξη και αποτέλεσμα βρίσκονται σε άμεση, στενή μεταξύ τους σχέση έτσι ώστε να αξιολογούνται ενιαία από την έννομη τάξη.

Σε θεωρητικό επίπεδο, κατά την κρατούσα άποψη, όπως αναλυτικότερα εκτίθεται παρακάτω (Γ ΙΙΙ) το ιατρικό σφάλμα εντάσσεται στην προϋπόθεση της παρανομίας. Η θέση αυτή, όπως επισημαίνεται<sup>182</sup>, δικαιολογείται όχι μόνο με βάση τη γενική ορθότητα της άποψης για την παρανομία της συμπεριφοράς αλλά στην ιατρική ευθύνη για επιπλέον λόγους. Ειδικότερα, η διενέργεια ιατρικών πράξεων είναι σύμφυτη με την προσβολή της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας. Επιπλέον μόνο

<sup>176</sup> Ενδεικτικά: ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 453/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>177</sup> Καρακώστας, Ιατρική Ευθύνη, 2008, σ. 69, κατά τον οποίο η θέσπιση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ήτοι κανόνων που ενδεικνύουν την *lege artis* ιατρική πράξη οδήγησε σε μία νέα έννοια του ιατρικού σφάλματος στην οποία δεν εμπίπτει μόνο το βλαπτικό για την υγεία αποτέλεσμα αλλά και η μη σύμφωνη με τους ως άνω κανόνες συμπεριφορά του γιατρού.

<sup>178</sup> ΝοΒ 2007, σ. 2450 και ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>179</sup> ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>180</sup> ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>181</sup> ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>182</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 330.

η αποτυχία της ιατρικής πράξης, που μπορεί να οφείλεται και σε απρόβλεπτους παράγοντες λ.χ επιπλοκές, δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιολογικά επαρκές στοιχείο έστω για τη θεμελίωση της παρανομίας. Βάσει των ανωτέρω, εάν ο ιατρός ενήργησε *lege artis*, ακόμη κι αν επήλθε βλάβη στον ασθενή, αυτός δεν φέρει καμία ευθύνη. Αντιθέτως, ιατρός που δεν διενεργεί την ιατρική πράξη *de lege artis*, **παρανομεί, ακόμη κι αν ο ασθενής τελικώς δεν υποστεί βλάβη της υγείας του**. Και μπορεί, ελλείψει προσβολής αγαθού, δηλαδή ελλείψει ζημίας, να μην δημιουργείται ευθύνη - πράγματι, η αποδοκιμασία μιας συμπεριφοράς έχει νομική σημασία μόνο στο μέτρο που, με την αποδοκιμαζόμενη συμπεριφορά, προκαλείται ζημία (περιουσιακή ή ηθική) σε άλλον- αυτό όμως δεν αποτρέπει το χαρακτηρισμό της πράξης του ως παράνομης.

Διάταξη νόμου που ορίζει το ιατρικό σφάλμα ή απαγορεύει ρητά τη διάπραξή του, έτσι ώστε η παραβίασή της να συνιστά παρανομία, κατ' άρθρ. 914 ΑΚ, δεν υπάρχει. Άμεση, ωστόσο, σχέση με τη θεμελίωση της ευθύνης έχουν **οι διατάξεις που προσδιορίζουν τις υποχρεώσεις του γιατρού**. Το ιατρικό σφάλμα συνιστά παρανομία ως συμπεριφορά που **αντίκειται τόσο στο θετικό δίκαιο**, και ειδικότερα στη διάταξη του άρθρου **24 ΑΝ 1565/1939** «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος», και τη διάταξη του άρθρου **3§3 ΚΙΔ**, που συμπληρώνει και εκσυγχρονίζει την προηγούμενη, **όσο και στους γενικούς κανόνες επιμέλειας που ρυθμίζουν τον τρόπο ενέργειας των ιατρών σε συγκεκριμένη περίπτωση**<sup>183</sup>.

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου **24 ΑΝ 1565/1939** «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος» «ο γιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για τη διαφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγιών». Σύμφωνα δε με τη διάταξη του άρθρου **3§3 ΚΙΔ** «Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση

---

<sup>183</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 327.

μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση». Ο ΚΙΔ θεσπίζει **γνήσιες νομικές υποχρεώσεις**, την παραβίαση των οποίων απειλεί, πρώτον, με τις πειθαρχικές κυρώσεις του άρθρου 32 ΚΙΔ και δεύτερον, **εξειδικεύοντας το πραγματικό των διατάξεων του Αστικού Κώδικα, όπως λ.χ των άρθρων 57, 288, 330, 914 ΑΚ**. Η παράβαση, επομένως των διατάξεων του ΚΙΔ, που προβλέπουν τις υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή συνεπάγεται και αδικοπρακτική ευθύνη (ΑΚ 914)<sup>184</sup>.

Όπως συνάγεται, πάντως, απ' την ευρεία έννοια του παρανόμου που εκτέθηκε ανωτέρω, η θεώρηση του ιατρικού σφάλματος ως παράνομης συμπεριφοράς θα διατηρούσε πλήρως την ισχύ της και αν δεν υπήρχαν σχετικές διατάξεις στο ελληνικό δίκαιο, ή αν οι ίδιες διατάξεις ερμηνεύονταν ως απλοί δεοντολογικοί κανόνες χωρίς νομική δεσμευτικότητα<sup>185</sup>. Η παρανομία του ιατρικού σφάλματος θα μπορούσε τότε να συναρτηθεί με την **παράβαση των γενικών (άγραφων) κανόνων επιμέλειας**, που ρυθμίζουν τον τρόπο ενέργειας των ιατρών σε συγκεκριμένη περίπτωση. Χαρακτηριστικά η απόφαση **ΑΠ 1227/2007**<sup>186</sup> αναφέρει ότι «Για την κατάφαση της παρανομίας **δεν απαιτείται παράβαση συγκεκριμένου κανόνα δικαίου, αλλά αρκεί η αντίθεση της συμπεριφοράς στο γενικότερο πνεύμα του δικαίου ή στις επιταγές της έννομης τάξης**. Έτσι, παρανομία συνιστά και **η παράβαση της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας και ασφάλειας στο πλαίσιο της συναλλακτικής και γενικότερα της κοινωνικής δραστηριότητας των ατόμων**, δηλαδή η παράβαση της κοινωνικώς επιβεβλημένης και εκ της θεμελιώδους δικαιοκτικής αρχής της συνεπούς συμπεριφοράς απορρέουσας, υποχρέωσης λήψεως ορισμένων μέτρων επιμελείας για την αποφυγή προκλήσεως ζημίας σε έννομα αγαθά τρίτων προσώπων».

## **2. Η προϋπόθεση της υπαιτιότητας**

### **α) Η αμέλεια**

Μόνο ο χαρακτηρισμός της συμπεριφοράς του ζημιώσαντος ως παράνομης δεν αρκεί για τη θεμελίωση της αδικοπρακτικής ευθύνης του προς αποζημίωση. Στην ελληνική έννομη τάξη ισχύει η **αρχή της υπαιτιότητας**, σύμφωνα με την οποία ο δράστης μιας πράξης (ο ζημιώσας) θα φέρει τις δυσμενείς συνέπειές της (ευθύνη προς αποζημίωση) μόνο αν είναι υπαίτιος για αυτή<sup>187</sup>. Η υπαιτιότητα, ήτοι η επιλήψιμη

<sup>184</sup> Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2321.

<sup>185</sup> Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, σ. 43.

<sup>186</sup> ΝοΒ 2007, 2450 και ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>187</sup> Ζέπος, Η Ευθύνη του Ιατρού, ΝοΒ (21) 1973, 4' Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, σ. 430.

ψυχική στάση ενός προσώπου απέναντι σε μια παράνομη συμπεριφορά, εκδηλώνεται, ως γνωστόν, υπό δύο μορφές: το δόλο και την αμέλεια (βαρεία ή ελαφρά)<sup>188</sup>. Το κρίσιμο μέγεθος στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης είναι η αμέλεια, καθώς οι περιπτώσεις που ο ιατρός βλάπτει με πρόθεση τον ασθενή του είναι εξαιρετικά σπάνιες<sup>189</sup>. Για αυτό ο όρος «ιατρική αμέλεια» θεωρείται συνώνυμος του όρου «ιατρικό σφάλμα». Ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση ακόμα και για ελαφρά αμέλεια<sup>190</sup>. Τα ελληνικά δικαστήρια, ωστόσο, συνεκτιμούν τη βαρύτητα της αμέλειάς του στον καθορισμό του ποσού της χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης<sup>191</sup>.

Σύμφωνα με τη διάταξη της 330 εδ. β' ΑΚ: **«αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές»**. Ο ορισμός αυτός είναι ατελής<sup>192</sup>, πρώτον, επειδή φαίνεται να ταυτίζει την αμέλεια με μια εξωτερική αντικειμενική συμπεριφορά, τη μη καταβολή της επιμέλειας που απαιτείται στις συναλλαγές, ενώ πρόκειται για την *ψυχική στάση απέναντι σε μια εξωτερική συμπεριφορά* και δεύτερον, επειδή δεν καθορίζει ποια είναι αυτή η επιμέλεια «που απαιτείται στις συναλλαγές». Οι αναγκαίες λοιπόν διευκρινήσεις της έννοιας της αμέλειας αποτελούν έργο της θεωρίας και της νομολογίας. Ειδικότερα, αμέλεια υπάρχει όταν *«εξαιτίας της παράλειψης του δράστη να καταβάλει την επιμέλεια που αν κατέβαλλε, με μέτρο τη συμπεριφορά του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου της δραστηριότητάς του, θα ήταν δυνατή η αποτροπή του ζημιογόνου αποτελέσματος, αυτός (ο δράστης) είτε δεν προέβλεψε την επέλευση του εν λόγω αποτελέσματος»<sup>193</sup> είτε προέβλεψε μεν το ενδεχόμενο επέλευσής του, ήλπιζε όμως ότι θα το αποφύγει<sup>194</sup>»<sup>195</sup>*. Μέτρο της επιμέλειας, λοιπόν, προκειμένου να κριθεί αν ο δράστης

<sup>188</sup> Αντίθετα απ' ό,τι συμβαίνει στο ποινικό δίκαιο (ΠΚ 26), η πρακτική σημασία της διάκρισης του δόλου από την αμέλεια στο αστικό δίκαιο, και ιδίως στο δίκαιο της αποζημίωσης, δεν είναι μεγάλη, αφού η υποχρέωση για αποκατάσταση της ζημίας- και μάλιστα ολόκληρης- επιβάλλεται, εάν συντρέχει γενικά υπαιτιότητα, ανεξάρτητα απ' το βαθμό της (ΑΚ 330,914,918).

<sup>189</sup> Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Ειδικό Μέρος, Τόμος II', σ. 204' Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο- Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 246.

<sup>190</sup> ΕφΛαρ 217/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΠΠρΛαρ 191/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΠΠρΘεσσαλ 24772/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>191</sup> ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΑΠ 1878/2006 ΤΝΠ ΔΣΑ' ΠΠρΑθ 2137/2003 ΤΝΠ ΔΣΑ.

<sup>192</sup> Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, Τόμ. Ι, σ. 509 επ.

<sup>193</sup> Γίνεται λόγος για «χωρίς συνείδηση αμέλεια» ή για «απροσεξία» αφού ο δράστης δεν προέβλεψε το παράνομο αποτέλεσμα λόγω έλλειψης προσοχής (Μ.Π. Σταθόπουλος).

<sup>194</sup> Γίνεται λόγος για «ενσυνείδητη αμέλεια» ή για «απερίσκεψία και έλλειψη σύνεσης» αφού ο δράστης προέβλεψε το παράνομο αποτέλεσμα (επομένως δεν υπήρξε απρόσεκτος) αλλά βασίστηκε απερίσκεπτα στην ελπίδα ότι θα το αποφύγει (Μ.Π. Σταθόπουλος).

<sup>195</sup> ΑΠ 974/2014, ΕΙΔ, 1/2015, 367' ΠΠρΑθ 260/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΕφΛαρ 103/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

υπήρξε αμελής ή όχι αποτελεί η συμπεριφορά που μπορούσε να επιδείξει ο μέσος και συνετός εκπρόσωπος του επαγγέλματος, ο τυπικός εκπρόσωπος του κύκλου του<sup>196</sup>.

## **β) Αντικειμενικοποίηση της αμέλειας**

Παρότι η αμέλεια αποτελεί βαθμό υπαιτιότητας, δηλαδή στοιχείο που δικαιολογεί την απόδοση μομφής στο δράστη, και επομένως θα ήταν συνεπές να έχει επικρατήσει η παλαιότερα διατυπωθείσα *υποκειμενική θεωρία*<sup>197</sup>, σύμφωνα με την οποία λαμβάνεται υπόψη η συμπεριφορά που δύναται να επιδείξει ο συγκεκριμένος δράστης βάσει των προσωπικών του ικανοτήτων ή αδυναμιών, κάτι τέτοιο δεν συνέβη. Αντιθέτως, στο αστικό δίκαιο επικράτησε η *αντικειμενική θεωρία*<sup>198</sup>, η οποία, θέτοντας στο επίκεντρο όχι τον ίδιο τον δράστη αλλά τον μέσο, συνετό, ευσυνείδητο άνθρωπο, αποβλέπει κυρίως όχι στην απόδοση μομφής αλλά στην εξυπηρέτηση του συμφέροντος των συναλλαγών<sup>199</sup>.

Γίνεται, λοιπόν, λόγος για *αντικειμενικοποίηση της έννοιας της αμέλειας ή για αντικειμενικοποιημένη αμέλεια*<sup>200</sup>. Έτσι, εάν λ.χ το παράνομο αποτέλεσμα μπορούσε να προβλεφθεί από το μέσο άνθρωπο, η μη πρόβλεψή του από το δράστη συνιστά αμελή συμπεριφορά ακόμη κι αν ο ίδιος δεν είχε ικανότητα πρόβλεψης. Αντίστροφα, εάν ο μέσος άνθρωπος δεν μπορούσε να προβλέψει το αποτέλεσμα, δεν υπάρχει αμέλεια, ακόμη κι αν ο δράστης, λόγω των ιδιαίτερων ικανοτήτων του, είχε τη δυνατότητα πρόβλεψης. Και παρόλο που ο σκοπός της αστικής ευθύνης -η οποία δεν αποβλέπει στην επιβολή κύρωσης αλλά στην αποκατάσταση των προκαλούμενων ζημιών- δικαιολογεί μια πιο αντικειμενική θεώρηση της αμέλειας, η άκρα αντικειμενικοποίησή της, όπως επισημαίνεται, δεν θα ανταποκρινόταν στο πνεύμα του νόμου<sup>201</sup>. Για το λόγο αυτό, στη σύγχρονη επιστήμη, προκρίνεται ως ορθότερος ο *μετριασμός της αντικειμενικής θεωρίας*.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τη κρατούσα, σήμερα, *ενδιάμεση θεωρία*<sup>202</sup>, που αποτελεί συνδυασμό μεταξύ υποκειμενικής και αντικειμενικής θεωρίας, η καταβλητέα επιμέλεια θα προσδιορισθεί μεν αντικειμενικά, δηλαδή με βάση τη συμπεριφορά *όχι*

<sup>196</sup> Γεωργιάδης Αστ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, Τόμ. Ι, σ. 87.

<sup>197</sup> Το υποκειμενικό κριτήριο είναι κρίσιμο για την έννοια της αμέλειας στο ποινικό δίκαιο (ΠΚ 28).

<sup>198</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 285 επ.

<sup>199</sup> Γεωργιάδης Αστ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, Τόμ. Ι, σ. 87.

<sup>200</sup> Σταθόπουλος, ό.π, σ. .... \* Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, Τόμ Ι, σ. 511 επ.

<sup>201</sup> Σταθόπουλος, ό.π, σ. 287.

<sup>202</sup> Σταθόπουλος, ό.π, σ. 287· Γεωργιάδης Αστ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, Τόμος Α', σ. 88· Κορνηλάκης Π, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο Ι, σ. 510· ΑΠ 2193/2007 ΕΕμπΔ 2008, 598· ΑΠ 1081/2002 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

*αφηρημένα του μέσου συνετού και επιμελούς ανθρώπου αλλά του μέσου συνετού εκπροσώπου του κύκλου (επαγγελματικού, κοινωνικού, οικονομικού κλπ) κύκλου στον οποίο ανήκει ο δράστης*<sup>203</sup>. Με τον περιορισμό του κύκλου των προσώπων, που θα ληφθεί υπόψη προκειμένου να βρεθεί το μέτρο της απαιτούμενης προσοχής, παρατηρείται προσέγγιση προς την υποκειμενική θεώρηση της αμέλειας, επιλογή απόλυτα δικαιολογημένη, αφού, σε τελευταία ανάλυση, η υπαιτιότητα αποτελεί μομφή κατά του δράστη. Η προσέγγιση αυτή, πάντως, δεν πρέπει να φτάσει ως το σημείο να θεωρούνται κρίσιμες και ατομικές ιδιότητες του δράστη (εάν λ.χ ο δράστης είναι ανάπηρος, θα ληφθεί υπόψη όχι το ατομικό του «δύνασθαι» αλλά αυτό του μέσου αναπήρου της κατηγορίας του)<sup>204</sup>. Η τελευταία αυτή γνώμη (ενδιάμεση θεωρία) φαίνεται να οδηγεί σε δικαιότερες λύσεις, εφόσον λαμβάνει υπόψη την ιδιαιτερότητα του γενικού κύκλου δράσης του προσώπου αλλά και της δραστηριότητας από την οποία γεννάται η ευθύνη (ελ.χ το αμιγώς αντικειμενικό κριτήριο του μέσου συνετού ανθρώπου δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επαρκές για να κριθεί η ευθύνη ενός ειδικού, όπως ο ιατρός, ο μηχανικός, ο υδραυλικός κοκ)<sup>205</sup>.

Επίκληση στην ενδιάμεση θεωρία γίνεται πάντως και σε δικαστικές αποφάσεις που αφορούν την περίπτωση της ιατρικής αστικής ευθύνης, όπου συχνά επαναλαμβάνεται η εξής διατύπωση: «Ο ιατρός δεν φέρει ευθύνη εάν ενήργησε κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (*lege artis*) και ειδικότερα όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και τα στη διάθεσή του μέσα συνετός και επιμελής γιατρός (...). Η διατύπωση αυτή αποδίδει την κρατούσα αντικειμενική θεωρία για την αμέλεια σύμφωνα με την οποία ως μέτρο σύγκρισης λαμβάνεται υπόψη όχι η συμπεριφορά που μπορούσε να επιδείξει ο ίδιος δράστης αλλά η συμπεριφορά που μπορούσε να επιδείξει ο μέσος εκπρόσωπος του επαγγέλματος, ο τυπικός εκπρόσωπος του κύκλου του. Η επιλογή βέβαια ως μέτρου σύγκρισης της συμπεριφοράς όχι αφηρημένα του μέσου συνετού και επιμελούς ανθρώπου αλλά του μέσου συνετού εκπροσώπου του κύκλου στον οποίο ανήκει ο δράστης συνιστά κάποια προσέγγιση προς τις υποκειμενικές θεωρίες (Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό 2004 § 6 αρ. 63. Για το λόγο

<sup>203</sup> ΠΠρΑθ 1912/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΛαρ 191/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΜΠρΛαρ 56/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>204</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 289.

<sup>205</sup> Κουμάνης, Παρατηρήσεις στην απόφαση ΠΠρΛαρ. 191/2012, Αρμ. 2008, 1268.

αυτό ο Γεωργιάδης, Γενικό Ενοχικό 1999 § 23 αρ. 21 χαρακτηρίζει τη θεωρία αυτή «ενδιάμεση»<sup>206</sup>.

Κατ' εφαρμογή των ανωτέρω, στο χώρο της ιατρικής ευθύνης γίνεται δεκτό ότι, σε περίπτωση διάπραξης ιατρικού σφάλματος -και δεδομένης της εξειδίκευσης των ιατρών σε περισσότερες ειδικότητες- το κριτήριο του μέσου συνετού ιατρού δεν ικανοποιεί. Ως κριτήριο αμελούς συμπεριφοράς πρέπει να αποτελέσει η συμπεριφορά που προσδοκά κάποιος από τον **μέσο συνετό ιατρό της συγκεκριμένης ειδικότητας του δράστη**<sup>207</sup>. Ιατρική αμέλεια, επομένως, υπάρχει, όταν ο ιατρός, κατά τη διενέργεια συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, δεν τήρησε τη συμπεριφορά που θα τηρούσε υπό τις ίδιες συνθήκες, «ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου του»<sup>208</sup> ή ακριβέστερα εδώ «ο μέσος συνετός ιατρός της ειδικότητας του»<sup>209</sup>. Ο ιατρός, επομένως, δεν οφείλει να γνωρίζει τα πάντα και να είναι ικανός για τα πάντα αλλά να γνωρίζει μόνο όσα γνωρίζει και πράττει ο μέσος ιατρός της ειδικότητάς του<sup>210</sup>.

Σχετικά την αντικειμενικοποίηση της αμέλειας, ωστόσο, έχουν διατυπωθεί και επιφυλάξεις. Κατά τον Ρούσσο, αν και η αντικειμενικοποίηση της αμέλειας, με την αυστηροποίηση της ευθύνης που συνεπάγεται, αποτελεί, ως ένα βαθμό, αναπόφευκτη αναγκαιότητα που υπαγορεύει πρωταρχικά η ανάγκη προστασίας των αγαθών (δεν μπορούμε λ.χ να εξαρτήσουμε την τήρηση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης από το αν ο συγκεκριμένος ιατρός είχε διδαχθεί ή όχι τους συγκεκριμένους κανόνες ή αν είχε την ικανότητα να τους αντιληφθεί ή αν η ψυχολογική του κατάσταση επέτρεπε στη συγκεκριμένη περίπτωση την εφαρμογή τους) δεν μπορεί να λειτουργήσει ως τελικό κριτήριο, ως τελευταίος σταθμός στην αξιολόγηση για τη συνδρομή ή όχι αδικήματος, αν δεν ληφθούν υπόψη και οι συγκεκριμένες περιστάσεις, υπό τις οποίες ενήργησε το υποκείμενο<sup>211</sup>. Κατά την άποψη αυτή, όταν υπάρχουν και συντρέχουν ατομικές περιστάσεις, που ενδέχεται να εμφανίζουν την απροσεξία ως δικαιολογημένη, δεν μπορεί να μην ληφθούν υπόψη στο όνομα μιας αντικειμενικής ή αντικειμενικοποιημένης ή εξωτερικής αμέλειας. Οι περιστάσεις αυτές, όταν

<sup>206</sup> ΠΠρΑθ 1912/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΜΠρΛαρ 56/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΠΠρΛαρ 191/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ'.

<sup>207</sup> Κουμάνης, Παρατηρήσεις στην απόφαση ΠΠρΛαρ 191/2012, Αρμ. 2008,1268.

<sup>208</sup> ΑΠ 427/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΑΠ 687/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΑΠ 424/2012 ΧρΙΔ 2012, 587.

<sup>209</sup> ΕφΘεσσαλ 2384/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ' ΕφΑθ 7092/2001 ΤΝΠ ΔΣΑ' ΜΠρΚω 824/2011 ΕφΑΔ 2012, 933.

<sup>210</sup> Γεωργιάδης Απ. Ενοχικό Δίκαιο-Ειδικό Μέρος, Τόμ. ΙΙ', σ. 202 και Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 365.

<sup>211</sup> Ρούσσο, Το σύστημα αδιοπρακτικής ευθύνης στο ελληνικό και στο ευρωπαϊκό δίκαιο, ΧρΙΔ 2013, 81 επ.

συντρέχουν, εξειδικεύουν και εξατομικεύουν την λεγόμενη αντικειμενική αμέλεια και την αναδεικνύουν σε γνήσια υποκειμενική προϋπόθεση του αδικήματος, σε μορφή υπαιτιότητας, όπως ακριβώς απαιτεί το άρθρο 914 ΑΚ. Στην εξατομίκευση αυτή δεν αντιτίθεται ο «αντικειμενικός» κανόνας επιμέλειας που θέτει το άρθρο 330 εδ. 2 ΑΚ και αυτό γιατί η απαιτούμενη στις συναλλαγές επιμέλεια έχει και αυτή δύο όψεις, έστω και αν αυτές δεν αναδεικνύονται άμεσα στη διατύπωση του νόμου: η μία όψη είναι ο γενικός κανόνας, τα στάνταρ συμπεριφοράς που απαιτούν οι συναλλαγές (αντικειμενική ή εξωτερική αμέλεια) και η άλλη το στάνταρ συμπεριφοράς που θα μπορούσε να τηρηθεί υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις που προσδιορίζουν το ατομικό δύνασθαι του υποκειμένου, δεδομένου ότι οι συναλλαγές λογικά δεν μπορεί να απαιτούν από το υποκείμενο περισσότερη επιμέλεια από όση μπορεί και είναι σε θέση να τηρήσει<sup>212</sup>.

### **III. Ιατρική αμέλεια: στοιχείο της υπαιτιότητας ή στοιχείο της παρανομίας;**

Από τον ορισμό του ιατρικού σφάλματος, ως παράνομης και αμελούς συμπεριφοράς του ιατρού, που δόθηκε παραπάνω, αρχίζουν να αναφύονται τα πρώτα δογματικά ζητήματα με σημαντικότερο από αυτά το αν η ιατρική αμέλεια θα ενταχθεί τελικά στο στοιχείο της παρανομίας ή της υπαιτιότητας (της διάταξης ΑΚ 914). Το ζήτημα πάντως δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη πρακτική αξία, αφού σε κάθε περίπτωση το ιατρικό σφάλμα κρίνεται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, έχει το ίδιο ακριβώς περιεχόμενο και παρουσιάζει την ίδια τυπολογία<sup>213</sup>.

Επιπλέον, δεδομένης της εφαρμογής στο πεδίο της ιατρικής αστικής ευθύνης του άρθρ. 8 Ν 2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών<sup>214</sup>, έτσι όπως τροποποιήθηκε με τον Ν. 3587/2007, το ζήτημα δεν έχει σημασία ούτε ως προς το βάρος απόδειξης αφού είτε το ιατρικό σφάλμα θεωρηθεί ως στοιχείο του παρανόμου είτε θεωρηθεί ως στοιχείο της υπαιτιότητας, το βάρος απόδειξης για την έλλειψή του φέρει πάντα ο ιατρός. Ειδικότερα, στο άρθρο 8 Ν 2251/1994, στ. 4 εδ. α' ορίζεται ότι : *«ο παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης για την έλλειψη παρανομίας και υπαιτιότητας του»*, ενώ στο στ. 3 του ίδιου άρθρου ορίζεται ότι: *«Ο ζημιωθείς*

---

<sup>212</sup> Ρούσσος, Το σύστημα αδιοπρακτικής ευθύνης στο ελληνικό και στο ευρωπαϊκό δίκαιο, ΧρΙΔ 2013, 81 επ.

<sup>213</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 329.

<sup>214</sup> Αναλυτικά, γίνεται λόγος παρακάτω (ΓΙΥ).



υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας». Οι πρακτικές συνέπειες της ένταξης του ιατρικού σφάλματος στην προϋπόθεση της παρανομίας ή στην προϋπόθεση της υπαιτιότητας περιορίζονται στις περιπτώσεις της άμυνας: η άποψη ότι το ιατρικό σφάλμα συνιστά παράνομη συμπεριφορά επιτρέπει τη (νόμιμη) άμυνα πριν την πρόκληση της βλάβης (λ.χ ο συγγενής ασθενούς απωθεί βίαια το γιατρό που ετοιμάζεται να προβεί σε εγχείρηση χωρίς να τηρεί μέτρα αποστείρωσης)<sup>215</sup>. Η ελληνική νομολογία συχνά δεν παίρνει θέση σχετικά με το ζήτημα, αφού σε πολλές δικαστικές αποφάσεις γίνεται αφηρημένα αναφορά σε «αμέλεια» του γιατρού χωρίς να εξειδικεύεται αν αυτή αποτελεί στοιχείο της «παρανομίας» ή της «υπαιτιότητας». Αντιθέτως, το ερώτημα φαίνεται να έχει απασχολήσει τη θεωρία.

Κατά μία *πρώτη άποψη*, το ιατρικό σφάλμα (ή ιατρική αμέλεια) συνιστά *στοιχείο της υπαιτιότητας*. Ως ιατρικό σφάλμα θεωρείται η απόκλιση από το οριζόμενο στο άρθρο 330 ΑΚ μέτρο επιμέλειας που απαιτείται στις συναλλαγές ενώ η επίκληση κατά κανόνα του άρθρου 24 Α.Ν 1565/1939 «Περί Κώδικος ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος» γίνεται απλώς προς εξειδίκευση του παραπάνω γενικού πλαισίου επιμέλειας. Κατά την άποψη αυτή, που εκλαμβάνει την παρανομία ως *παράνομο αποτέλεσμα*, η παράνομη συμπεριφορά του ιατρού εντοπίζεται στη βλάβη αγαθών της προσωπικότητας, όπως η ζωή, η σωματική ακεραιότητα και η υγεία, ενώ *το ιατρικό σφάλμα*, ως μη καταβολή επιμέλειας που απαιτείται στις συναλλαγές, αντιμετωπίζεται ως *στοιχείο της υπαιτιότητας*. Η άποψη αυτή συναντάται σε ελάχιστες, κυρίως παλαιότερες, αποφάσεις<sup>216</sup>. Πάντως, νεότερη γνώμη δέχεται πως η αμέλεια πράγματι αποτελεί στοιχείο της υπαιτιότητας, χωρίς όμως η παρανομία να εκλαμβάνεται ως παράνομο αποτέλεσμα (η άποψη αυτή εκτίθεται παρακάτω, στο πλαίσιο εξέτασης της «διπλής λειτουργίας της αμέλειας»).

Κατά μία *δεύτερη άποψη*, που βρίσκεται σε συμφωνία με την άποψη που επικρατεί σήμερα στο ελληνικό δίκαιο, ότι η παρανομία (της ΑΚ 914) κρίνεται από τη

---

<sup>215</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 329.

<sup>216</sup> ΜΠρΑθ 7896/2002, ΧρΙΔ 2003, 231, όπου αναφέρεται ότι «Το αποτέλεσμα της επέμβασης ήταν αποτυχημένο τόσο από άποψη αισθητικής (...) όσο και από άποψη βλάβης της υγείας της αιτούσας (...) Η βλάβη αυτή της υγείας της αιτούσας οφείλεται σε υπαιτιότητα του καθού, ο οποίος δεν κατέβαλε την προσοχή που όφειλε και μπορούσε και της χορήγησε απαγορευμένο φάρμακο, επιπλέον δε διενέργησε την χειρουργική επέμβαση πριν περάσει η δράση των άνω φαρμάκων», ΑΠ 1378/1990 (ΤμΑ'), ΕΕΝ 1991, 578· ΕφΘεσσαλ 1212/1973, ΝοΒ 1974, 946.

συμπεριφορά του ζημιώσαντος<sup>217</sup>, το ιατρικό σφάλμα (ή ιατρική αμέλεια) συνιστά στοιχείο του παρανόμου<sup>218</sup>. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι σε καθαρά θεωρητικό επίπεδο, η άποψη αυτή είναι δογματικά ορθότερη<sup>219</sup>, καθώς τη σύλληψη του ιατρικού σφάλματος ως στοιχείο παρανομίας επιτάσσει όχι μόνο η γενική ορθότητα της άποψης για την παρανομία της συμπεριφοράς αλλά επιπλέον η ιδιαίτερη φύσης της ιατρικής ευθύνης<sup>220</sup>. Τονίζεται δηλαδή, όπως είδαμε και ανωτέρω, ότι η διενέργεια ιατρικών πράξεων είναι σε μεγάλο βαθμό σύμφυτη με την προσβολή της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας και επομένως, μόνη η αποτυχία της ιατρικής πράξης και η πρόκληση ζημίας στον ασθενή δεν μπορεί αξιολογικά να θεωρηθεί ως επαρκές στοιχείο για τη θεμελίωση της παρανομίας, η οποία θα πρέπει να θεμελιώνεται στο ιατρικό σφάλμα. Η άποψη αυτή φαίνεται να «απαντά» στην άποψη ότι το παράνομο συνδέεται με την πρόκληση βλάβης.

Σύμφωνα με μια *τρίτη άποψη*, που υποστηρίζει τη «*διπλή λειτουργία της αμέλειας*»<sup>221</sup>, η αμέλεια συνιστά στοιχείο του παρανόμου και της υπαιτιότητας συγχρόνως. Ειδικότερα, όπως ήδη αναλύθηκε, μια πράξη είναι παράνομη, ασχέτως του αν παραβιάστηκε κανόνας δικαίου, και όταν ο δράστης *παραβίασε την γενικά απαιτούμενη από κάθε κοινωνό υποχρέωση να τηρεί την επιμέλεια που μπορεί να δείχνει ένας μέσος, λογικός άνθρωπος*<sup>222</sup>. Σε μια τέτοια περίπτωση, η συμπεριφορά είναι παράνομη επειδή ενέχει «αμέλεια», αποκλίνει δηλαδή από εκείνη τη συμπεριφορά, την οποία ένας μέσος συνετός άνθρωπος που ανήκει στον ίδιο (επαγγελματικό, κοινωνικό κλπ) κύκλο με τον δράστη όφειλε να επιδειξει. Παρατηρείται<sup>223</sup>, λοιπόν, ότι τελικά τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη θεμελίωση της παρανομίας είναι ίδια με αυτά που θεωρούνται κρίσιμα για την αμέλεια ως βαθμό υπαιτιότητας, όπως έχει αντικειμενικοποιηθεί στο αστικό δίκαιο (αντικειμενικοποιημένη αμέλεια). Το μέτρο της παρανομίας καθορίζεται από την επιμέλεια που πρέπει να καταβάλει ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου στον οποίο ανήκει ο δράστης. Με τη διατύπωση όμως αυτή,

<sup>217</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 804 επ., όπου (σημ. 54) αναφέρει πως υπέρ της άποψης αυτής τάσσονται επίσης οι: Απ. Γεωργιάδης, Κορνηλάκης, Σπυριδάκης.

<sup>218</sup> ΠΠρΘεσσαλ 12598/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΣτΕ 2463/1988 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ Καράκωστας, Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ. 1994, 19.

<sup>219</sup> Τροκάνας, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία των πολιτικών δικαστηρίων της τελευταίας δεκαετίας, σε Η Ιατρική Ευθύνη στην πράξη, σ. 140.

<sup>220</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 330 επ.

<sup>221</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 293 επ.

<sup>222</sup> Σταθόπουλος, ό.π., σ. 293΄ Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο Ι, σ. 492 επ., Κουμάνης, Παρατηρήσεις στην απόφαση ΠΠρΛαρ 191/2012, Αρμ. 2008, 1269.

<sup>223</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 293.

το κριτήριο που ορίζει την παρανομία ταυτίζεται με εκείνο που καθορίζει την αμελή συμπεριφορά<sup>224</sup>. Με βάση αυτή τη θέση<sup>225</sup>, η κατ' ΑΚ 330 εδ. β' αντικειμενικοποιημένη αμέλεια δεν μετατοπίζεται από την υποκειμενική στην αντικειμενική υπόσταση του αδικήματος, καθίσταται όμως ταυτόχρονα στοιχείο και των δύο υποστάσεων, επιτελώντας «διπλή λειτουργία» δηλαδή λειτουργία αφενός μεν ως μέτρου επιμέλειας σε επίπεδο υποκειμενικής υπόστασης (του αδικήματος), αφετέρου δε ως μια προς όλους επιταγή τήρησης της απαιτούμενης στις συναλλαγές επιμέλειας σε επίπεδο αντικειμενικής υπόστασης (του αδικήματος).

Στο πλαίσιο της θεωρίας της «διπλή λειτουργία της αμέλειας» συναντώνται ελαφρώς διαφοροποιημένες προσεγγίσεις σχετικά με το ακριβές περιεχόμενο αυτής της σύγκλισης των δύο προϋποθέσεων της ευθύνης. Κατά την αντίληψη του Σταθόπουλου, κύριου εκφραστή της θεωρίας της εν λόγω θεωρίας, με την οποία είναι σύμφωνος και ο Αστ. Γεωργιάδης<sup>226</sup> η ίδια πράξη (η αμελής, αντισυναλλακτική συμπεριφορά) συνιστά και την παράνομη και την υπαίτια συμπεριφορά, εκπληρώνοντας έτσι διπλή λειτουργία<sup>227</sup>. Η άποψη αυτή φαίνεται να ταυτίζει τις δύο πλευρές αμέλειας (άλλωστε διακρίνει την αμέλεια σε εξωτερική και εσωτερική), δεν αρνείται ωστόσο την εννοιολογική τους διάκριση ούτε το ότι αποτελούν διαφορετικές προϋποθέσεις της ευθύνης αλλά επισημαίνει ότι, στην περίπτωση της τήρησης κανόνων επιμέλειας, η συμπεριφορά που οφείλει να επιδείξει το πρόσωπο ταυτίζεται με τη συμπεριφορά που αναμένεται ότι μπορεί να δείξει. Οι προϋποθέσεις της υπαιτιότητας και της παρανομίας πληρούνται με την ίδια πράξη.

Σύμφωνα με την (ελαφρώς διαφορετική) αντίληψη των Δεληγιάννη και Κορνηλάκη<sup>228</sup>, η εξωτερική συμπεριφορά (αμέλεια ως παρανομία) αποτελεί εξωτερική εκδήλωση της υποκειμενικής συμπεριφοράς (αμέλεια ως μορφή υπαιτιότητας). Οι δύο αυτές συμπεριφορές συναντιούνται χωρίς όμως να ταυτίζονται. Από την εξωτερική αμελή συμπεριφορά πολύ συχνά τεκμαίρεται η ύπαρξη του ψυχολογικού στοιχείου. Παρά τη σύνδεση όμως ο διαχωρισμός των δύο συμπεριφορών (εξωτερικής και εσωτερικής) παραμένει.

<sup>224</sup> Σταθόπουλος, ό.π., σ. 293· Γεωργιάδης Αστ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, Τόμ. Ι', σ. 85.

<sup>225</sup> Λωρής, Σκέψεις για την προϋπόθεση της «παρανομίας» στην αδικοπρακτική ευθύνη, για τη σχέση της προς την «υπαιτιότητα» και για τη λεγόμενη «διπλή λειτουργία της αμέλειας» κατά την ΑΚ 330 εδ. β', σε Τιμ. Τόμ. Μιχ. Π. Σταθόπουλου (Ι) 2010, σ. 520 επ.

<sup>226</sup> Γεωργιάδης Αστ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος Ι, σ. 85, σημ. 68.

<sup>227</sup> Σταθόπουλος, ό.π., σ. 295.

<sup>228</sup> Σταθόπουλος, ό.π., σ. 296, σημ. 71.

Κατά την άποψη του Δωρή <sup>229</sup>, δεν υφίσταται ανάγκη προσφυγής στη «διπλή λειτουργία της αμέλειας» για τη θεμελίωση επιταγών πρόνοιας, η παράβαση των οποίων συνιστά «παράνομία» κατά την έννοια της ΑΚ 914, καθώς η αμέλεια, όπως και κάθε είδους υπαιτιότητα, αποτελεί στοιχείο αποκλειστικά της υποκειμενικής υπόστασης. Οι επιταγές αυτές θεμελιώνονται ευθέως στη γενική ρήτρα της καλής πίστης, της οποίας αποτελούν *in concreto* εξειδικεύσεις.

Πάντως, η άποψη περί «διπλής λειτουργίας της αμέλειας», η εφαρμογή της οποίας οδηγεί στην παραδοχή ότι το ιατρικό σφάλμα αποτελεί συγχρόνως στοιχείο παρανομίας και υπαιτιότητας, υιοθετείται και από τη νομολογία, αφού στις περισσότερες δικαστικές αποφάσεις, ιδίως των τελευταίων ετών γίνεται δεκτό ότι «αμφότερες οι προϋποθέσεις αυτές (παράνομία και υπαιτιότητα) συντρέχουν ταυτοχρόνως, με βάση τη θεώρηση της αμέλειας ως μορφή πταίσματος και ως μορφή παρανομίας («διπλή λειτουργία της αμέλειας»). Έτσι, αν, στο πλαίσιο μιας ιατρικής πράξης, παραβιασθούν οι κανόνες και οι αρχές της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας ή (και) οι εκ του γενικού καθήκοντος πρόνοιας και ασφάλειας απορρέουσες υποχρεώσεις επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητας του ζημιώσαντος, τότε η συμπεριφορά αυτή είναι παράνομη και, συγχρόνως υπαίτια» <sup>230</sup>.

#### IV. Η προϋπόθεση του αιτιώδους συνδέσμου

Για να στοιχειοθετηθεί αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού θα πρέπει να υφίσταται αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς του και της ζημίας του ασθενούς. Ως προς την προϋπόθεση του αιτιώδους συνδέσμου, η ελληνική νομολογία ακολουθεί σταθερά τη **θεωρία της πρόσφορης αιτιώδους συνάφειας**, σύμφωνα με την οποία «αιτιώδης σύνδεσμος υπάρχει όταν η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του δράστη ήταν, σύμφωνα με τα διδάγματα της κοινής πείρας, ικανή, κατά τη συνηθισμένη και κανονική πορεία των πραγμάτων, να επιφέρει τη ζημία και την επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση» <sup>231</sup>. Κατά τη θεωρία αυτή «αποκαθίσταται η ζημία που οφείλεται όχι σε κάθε αιτία αλλά μόνο εκείνη που είχε γενικά την τάση, την

<sup>229</sup> Δωρής, Σκέψεις για την προϋπόθεση της «παράνομιας» στην αδικοπρακτική ευθύνη, για τη σχέση της προς την «υπαιτιότητα» και για τη λεγόμενη «διπλή λειτουργία της αμέλειας» κατά την ΑΚ 330 εδ. β', σε Τιμ. Τόμ, Μιχ. Π. Σταθόπουλου- (Ι) 2010, σ. 520.

<sup>230</sup> ΑΠ 974/2014 ΕΙΔ 1/2015, 367· ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 260/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΛαρ 191/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 189/2010 ΕπισκΕΔ 2010, 583.

<sup>231</sup> Ενδεικτικά: ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΕφΛαρ 103/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 1329/2015, [www.iatrikodikaio.com](http://www.iatrikodikaio.com)· ΠΠρΑθ 189/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

ικανότητα να οδηγήσει σε αυτήν, σύμφωνα με την πορεία των πραγμάτων και όχι η ζημία που προκλήθηκε από τυχαίο ή έκτακτο περιστατικό ή που οφείλεται στην ιδιομορφία της συγκεκριμένης περίπτωσης»<sup>232</sup>.

Η διάγνωση του αιτιώδους συνδέσμου μπορεί να αποτελέσει εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα, το οποίο «αναλαμβάνει» η πραγματογνωμοσύνη, χωρίς όμως και αυτή να μπορεί να οδηγήσει πάντα στον σχηματισμό πλήρους δικανικής πεποίθησης σχετικά με το αν το σφάλμα του ιατρού συνετέλεσε στην επελθούσα βλάβη<sup>233</sup>. Το **κριτήριο της ιατρικής βεβαιότητας για το ενδεχόμενο επέλευσης ή αποτροπής του επιζήμιου αποτελέσματος** αποτελεί τον νομολογιακό γνώμονα για την κατάφαση της ευθύνης του ιατρού.

Ουσιαστικά, ιατρική ευθύνη γεννάται εφόσον αποδειχθεί ή εκτιμηθεί με πολύ μεγάλη πιθανότητα, βάσει των διδαγμάτων της κοινής πείρας και των σύγχρονων επιστημονικών και πλήρως αναγνωρισμένων αντιλήψεων της ιατρικής επιστήμης, ότι **εάν η συμπεριφορά του ιατρού πληρούσε το επιβαλλόμενο μέτρο επιμέλειας, δεν θα επερχόταν η ζημία του ασθενούς**<sup>234</sup>. Για παράδειγμα, κρίθηκε ότι:

- i. η καθυστέρηση αεροδιακομιδής ασθενούς με ισχαιμία στο κάτω σκέλος πέραν των οκτώ ωρών συνδέεται αιτιωδώς με το ενδεχόμενο ζημιογόνο αποτέλεσμα του ακρωτηριασμού του σκέλους, διότι γίνεται επιστημονικώς δεκτό ότι η ισχαιμία είναι αναστρέψιμη σε ποσοστό 100%, εάν αντιμετωπιστεί εντός έξι ή οκτώ ωρών<sup>235</sup>.
- ii. υφίσταται αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ παράλειψης διενέργειας πλήρους καρδιολογικού ελέγχου και του επελθόντος θανάτου του ασθενούς, λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου με τη σκέψη ότι «...είναι βέβαιο σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης ότι στα εμφράγματα του μυοκαρδίου η άμεση αντιμετώπιση του περιστατικού είναι εξαιρετικά σημαντική για την επιβίωση του ασθενούς»<sup>236</sup>.

<sup>232</sup> ΜΠρΚω 824/2011 ΕφΑΔ 2012, 933 επ.

<sup>233</sup> Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Ειδικό Μέρος, Τόμος II, σ. 205.

<sup>234</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 24.

<sup>235</sup> ΤρΔΠρΑθ 9043/2010 ΤΝΠ ΔΣΑ.

<sup>236</sup> ΑΠ 669/2011 ΤΝΠ ΔΣΑ.

Μάλιστα, η βεβαιότητα για την αποτροπή του αποτελέσματος **αρκεί να αναφέρεται ακόμη και σ' ένα μικρό ποσοστό πιθανής επιτυχίας της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς**<sup>237</sup>. Κρίθηκε, λοιπόν, ότι:

- i. «(...) αν η ασθενής βρισκόταν στο νοσοκομείο, θα είχε στενή παρακολούθηση από τον θεράποντα ιατρό με καλύτερο τρόπο και το πλέον σημαντικό, ότι υπήρχε έστω και μικρή περίπτωση να απέφυγε το θάνατο, δυνατότητα που δεν ήταν επιτρεπτό να της παρασχεθεί»<sup>238</sup>.
- ii. «υφίσταται αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παραλείψεως των οργάνων του Νοσοκομείου να ενημερώσουν τον προαναφερθέντα ασθενή για την διαπιστωθείσα με την κατά το έτος 1999 ιστολογική εξέταση δυσμενή κατάσταση της υγείας του και της συγκεκριμένης εξελίξεως της υγείας του, συγκεκριμένα δε ότι ναι μεν δεν προκύπτει ότι εάν ο ασθενής ελάμβανε έγκαιρα θεραπευτική αγωγή θα καθίστατο απολύτως υγιής, πλην, όμως, δεν μπορεί να αποκλεισθεί ότι θα μπορούσε να επιβιώσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, δεδομένου ότι επιβίωσε τρία (3) έτη και τέσσερεις (4) μήνες περίπου μετά την κατά το έτος 1999 αρχική αφαίρεση του σπίλου αντί του ιατρικώς προβλεπομένου χρονικού διαστήματος της πενταετίας για τους μισούς περίπου ασθενείς με την ίδια νόσο ή και, ενδεχομένως, πέραν της πενταετίας, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, για το υπόλοιπο 50% περίπου των ασθενών με τη νόσο αυτή (42-46%)»<sup>239</sup>.

Αντιθέτως, κρίθηκε, ενδεικτικά, ότι **δεν υπήρχε αιτιώδης σύνδεσμος** μεταξύ:

- i. της παράλειψης του ιατρού να διαγνώσει εγκαίρως την πάθηση εγκύου (σακχαρώδης διαβήτης) και του ζημιογόνου αποτελέσματος (θάνατος του εμβρύου και μόνιμη παραμονή διαβήτη στην ασθενή) αφού αυτό, όπως αποδείχθηκε, προκλήθηκε από **έκτακτο περιστατικό οφειλόμενο στον οργανισμό της εγκύου** (ανέπτυξε διαβήτη τύπου I, λόγω της εγκυμοσύνης) και δεν θα μπορούσε να αποτραπεί με άλλη, ορθή συμπεριφορά του ιατρού<sup>240</sup>,
- ii. της παράλειψη διενέργειας υπερηχογραφήματος καρδιάς σε ασθενή, πριν την υποβολή του σε χειρουργική επέμβαση, αφού αποδείχθηκε ότι **και αν αυτή είχε**

<sup>237</sup> Πρόκειται για το ζήτημα της ευθύνης του ιατρού για την απώλεια πιθανοτήτων (ή ευκαιρίας) επιβίωσης ή θεραπείας, όπου το ιατρικό λάθος στερεί από τον ασθενή κάποιες ή όλες τις πιθανότητες που είχε να επιζήσει ή να θεραπευθεί.

<sup>238</sup> ΔΕΦΑΘ 1513/2010 ΤΝΠ ΔΣΑ.

<sup>239</sup> ΔΕΦΑΘ 15/2015 ΘΠΔΔ 2015, 138 επ.

<sup>240</sup> ΠΠΡΑΘ 1912/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

- διενεργηθεί, δεν θα έδινε στοιχεία για τη νόσο της μυοκαρδίτιδας, που τελικώς υπέστη<sup>241</sup>,
- iii. της αδυναμίας διάγνωσης ιατρού της ρωγμής στον οφθαλμό ασθενούς, αφού αυτή (η ρωγμή) δημιουργήθηκε μετά την εξέταση και άρα δεν θα μπορούσε να έχει προβλεφθεί από τον ιατρό<sup>242</sup>,
- iv. της επιλογής θεραπείας του ιατρού και της γάγγραινας κάτω άκρου ασθενούς, αφού αυτή είχε ήδη εμφανισθεί και διαγνωσθεί πριν από το χρονικό σημείο της υποβολής σε θεραπεία από τον ιατρό<sup>243</sup>.

#### **V. Ευθύνη του ιατρού ως παρέχοντος υπηρεσίες κατά το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας του καταναλωτή».**

Στην αδικοπραξία το βάρος απόδειξης των περιστατικών που στοιχειοθετούν την υπαιτιότητα του ζημιώσαντος φέρει ο ζημιωθείς, νομοθετική επιλογή που αποτελεί βασική διαφορά μεταξύ της αδικοπρακτικής και της ενδοσυμβατικής ευθύνης, καθώς στη δεύτερη περίπτωση η υπαιτιότητα του οφειλέτη τεκμαίρεται μαχητά και επομένως βαρύνεται ο ίδιος (ο οφειλέτης), να αποδείξει ότι η αθέτηση των ενοχικών του υποχρεώσεων δεν οφείλεται σε υπαιτιότητά του (336 εδ. α', 342, 363 ΑΚ)<sup>244</sup>. Βάσει αυτών, σε περίπτωση διερεύνησης τυχόν αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού, ο ασθενής θα έπρεπε να επικαλεστεί και να αποδείξει το ιατρικό σφάλμα.

Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, γίνεται δεκτό από τα πολιτικά δικαστήρια<sup>245</sup>, με πρώτη απόφαση την ΑΠ 1227/2007<sup>246</sup>, που δημιούργησε πάγια νομολογία, ότι και οι ιατρικές υπηρεσίες εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 «για την προστασία των καταναλωτών», όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 3587/2007, το οποίο καθιερώνει *νόθο αντικειμενική ευθύνη για τον υπαίτιο ιατρό*, καθώς αυτός *«παρέχει τις ιατρικές υπηρεσίες του κατά τρόπο ανεξάρτητο, δηλαδή δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του αποδέκτη των υπηρεσιών (ασθενούς) αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει ο ίδιος τον τρόπο*

<sup>241</sup> ΔΕφΑθ 82/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>242</sup> ΜΠρΚω 824/2011 ΕφΑΔ 2012, 933.

<sup>243</sup> ΠΠρΘεσσαλ 24582/2008 ΧρΙΔ 2009, 431.

<sup>244</sup> Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, Τόμος Ι', σ. 459.

<sup>245</sup> Δεν έχει υπάρξει ακόμη εφαρμογή του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 από το ΣτΕ ή από διοικητικό δικαστήριο σε σχέση με την ευθύνη δημοσίου νοσοκομείου.

<sup>246</sup> ΝοΒ 200, σ. 2450 και ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

*παροχής των υπηρεσιών του»<sup>247</sup>. Έτσι, «ενόψει της καθιερούμενης, συναφώς, νόθου αντικειμενικής ευθύνης, με την έννοια της αντιστροφής του βάρους αποδείξεως τόσο ως προς την υπαιτιότητα όσο και ως προς την παρανομία, ο ζημιωθείς φέρει το βάρος να αποδείξει την παροχή των υπηρεσιών, τη ζημία του και τον αιτιώδη σύνδεσμο της ζημίας με την εν γένει παροχή των υπηρεσιών, όχι όμως και τη συγκεκριμένη πράξη ή παράλειψη που επέφερε το ζημιογόνο αποτέλεσμα, ενώ ο παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός, προκειμένου να απαλλαγεί από την ευθύνη, πρέπει να αποδείξει είτε την ανυπαρξία παράνομης και υπαίτιας πράξεώς του, είτε την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου της ζημίας με την παράνομη και υπαίτια πράξη του, είτε τη συνδρομή κάποιου λόγου επαγόμενου την άρση ή τη μείωση της ευθύνης του»<sup>248</sup>. Εάν λοιπόν υπάρχει μια ζημία από ιατρική πράξη, ο νόμος τεκμαίρει ότι αυτή προκλήθηκε από παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του ιατρού και εναπόκειται στον τελευταίο να ανατρέψει το τεκμήριο. Η επίρριψη στον ιατρό του βάρους απόδειξης ότι δεν διέπραξε κανένα ιατρικό σφάλμα που προκάλεσε αιτιωδώς ζημία στον ασθενή καθιστά μεν τη θέση του δυσχερέστερη σε σχέση με αυτή που θα είχε εάν εφαρμοζόταν η διάταξη του άρθρου 914 ΑΚ, πρόκειται όμως για δυσχέρεια αντιμετωπίσιμη, λόγω του πλεονεκτήματος του ιατρού στη γνώση πραγματικών και ιατρικών δεδομένων και της ευχέρειας εξασφάλισης μαρτύρων και θετικών γνωματεύσεων από συναδέλφους του<sup>249</sup>.*

Πρότυπο για το άρθρο 8 Ν. 2251 /1994 αποτέλεσε, όπως προκύπτει από την αιτιολογική έκθεση του νόμου, η Πρόταση Οδηγίας του 1990, που αφορούσε την ευθύνη παρέχοντος υπηρεσίες και εισήγαγε ένα σύστημα γνήσιας αντικειμενικής ευθύνης. Η εν λόγω Πρόταση Οδηγίας δέχθηκε έντονη κριτική, καθώς εισήγαγε ένα σύστημα ευθύνης ανεξάρτητο από την υπαιτιότητα του παρέχοντος υπηρεσίες, και τελικά δεν υιοθετήθηκε. Ο Έλληνας νομοθέτης, όμως, αξιοποίησε τις κοινοτικές κατευθυντήριες γραμμές για τη διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού συστήματος ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες, καθιερώνοντας ένα σύστημα όχι γνήσιας αλλά νόθου αντικειμενικής ευθύνης<sup>250</sup>. Επισημαίνεται ότι η ρύθμιση του άρθρου 8 §1 εδ. α' του Ν. 2251/1994, όπως είναι διατυπωμένη, ταυτίζεται ως προς το πραγματικό της με

<sup>247</sup> ΑΠ 687/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 10/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 453/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΘεσσαλ 24582/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

<sup>248</sup> ΑΠ 424/2012 ΧρΙΔ 2012, 587· ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΕφΛαρ 103/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 1912/2014 ΧρΙΔ 2014, 519.

<sup>249</sup> Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη: Σύγχρονα προβλήματα και προτάσεις αντιμετώπισης, ΧρΙΔ 2017, 481.

<sup>250</sup> Τζίβα, Ασφάλιση Ιατρικής Ευθύνης, σ. 43.



αυτό της 914 ΑΚ, σύμφωνα με την οποία «*όποιος ζημιώσει άλλον παράνομα και υπαίτια οφείλει να τον αποζημιώσει*»<sup>251</sup>. Γίνεται πάντως δεκτό ότι το βεληνεκές του εν λόγω άρθρου δεν περιορίζεται μόνο στην αδικοπρακτική ευθύνη αλλά περιλαμβάνει και τη συμβατική ευθύνη<sup>252</sup>.

Σύμφωνα με την μάλλον ορθή άποψη, που ακολουθείται και από τη νομολογία, το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 δεν καθιερώνει αυτοτελή νόμιμο λόγο ευθύνης· η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες εξακολουθεί να θεμελιώνεται στις διατάξεις για τις αδικοπραξίες, είναι δηλαδή μια αδικοπρακτική ευθύνη, την οποία «*ως προς ορισμένα (ειδικά) θέματα καλύπτει η ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών*»<sup>253</sup>.

Για τη θεμελίωση της (αδικοπρακτικής) ευθύνης του ιατρού απαιτείται η συνδρομή των προϋποθέσεων του άρθρου 914 ΑΚ, δηλαδή παράνομη και υπαίτια πρόκληση ζημίας. Η υπαγωγή στο άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 έχει την έννοια ότι, ως προς τα συγκεκριμένα ειδικά θέματα που ρυθμίζει η διάταξη αυτή, δεν εφαρμόζονται οι γενικές διατάξεις για την αδικοπρακτική ευθύνη αλλά οι ειδικές ρυθμίσεις του εν λόγω άρθρου. Αυτό ισχύει λ.χ. για την αντιστροφή του βάρους απόδειξης της παρανομίας και της υπαιτιότητας, που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 8§4 του Ν. 2251/1994, σύμφωνα με την οποία το βάρος απόδειξης ως προς την έλλειψη υπαιτιότητας και παρανομίας φέρει ο ιατρός, ή για την απόδειξη του αιτιώδους συνδέσμου, που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 8§3 του Ν. 2251/1994, σύμφωνα με την οποία τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής υπηρεσιών υγείας και της βλάβης της υγείας του ασθενούς οφείλει να αποδείξει ο ασθενής. Στα υπόλοιπα ζητήματα εφαρμόζονται οι γενικοί κανόνες της αδικοπρακτικής ευθύνης<sup>254</sup>. Με τα δεδομένα αυτά «*η συγκεκριμένη διάταξη λειτουργεί ως ειδικότερος κανόνας, οποίος, εντασσόμενος στο γενικότερο σύστημα θεμελιώσεως αστικής ευθύνης, διαμορφώνει την ενοχή που καταλαμβάνεται από αυτόν κατά τρόπο ώστε κύριο χαρακτηριστικό της να είναι η απομάκρυνση από τη αρχή της υποκειμενικής ευθύνης με την αντιστροφή του σχετικού βάρους απόδειξης*»<sup>255</sup>.

<sup>251</sup> ΠΠρΘεσσαλ 24772/2010 ΧρΙΔ 2010, 772· ΠΠρΘεσσαλ 24582/2008 ΧρΙΔ 2009, 431.

<sup>252</sup> Τζίβα, ό.π., σ. 40.

<sup>253</sup> ΕφΛαρ103/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>254</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ευθύνη Ιδιωτικής Κλινικής, 2010, σ. 786 επ. και Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 56 επ.

<sup>255</sup> ΠΠρΘεσσαλ 24582/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

Υποστηρίζεται πάντως και η άποψη ότι η διάταξη του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση ιατρικού σφάλματος, καθώς ο νόμος περί προστασίας καταναλωτή ρυθμίζει ζητήματα μεταξύ επιχειρήσεων και καταναλωτών, τέτοια δε σχέση δεν υφίσταται αδιακρίτως μεταξύ ιατρού και ασθενούς<sup>256</sup>.

## **VI. Η αστική (αδικοπρακτική) ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου.**

Στο σημείο αυτό, και καθώς έχουν ήδη φωτιστεί οι πτυχές της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού, κρίνεται σκόπιμη και αναγκαία μια σύντομη αναφορά στην αστική ευθύνη των δημοσίων νοσοκομείων. Άλλωστε, το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρικών σφαλμάτων λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο νοσηλείας εντός των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σύμφωνα με έρευνα του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς<sup>257</sup>, το 64,86% των ιατρικών σφαλμάτων έλαβαν χώρα στο πλαίσιο νοσηλείας σε δημόσια νοσοκομεία και μόνο το 20,08% στο πλαίσιο νοσηλείας σε ιδιωτικές κλινικές και ιατρικά κέντρα<sup>258</sup>. Είναι σημαντικό λοιπόν να δούμε τα βασικά γνωρίσματα αυτής της ευθύνης και να τη συσχετίσουμε με εκείνη των ιδιωτών γιατρών. Εκτενής ανάλυση των επιμέρους ζητημάτων, ιδίως από τη σκοπιά του δημοσίου δικαίου, δεν μπορεί να γίνει καθώς εκφεύγει των ορίων της παρούσας εργασίας.

Ως *αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου*, για πράξεις των ιατρών του και του νοσηλευτικού προσωπικού, ορίζεται η υποχρέωση προς αποζημίωση τρίτων προσώπων για ζημιές που έχουν υποστεί από *παράνομες* πράξεις, παραλείψεις ή υλικές ενέργειες, οι οποίες καταλογίζονται στο δημόσιο και γίνονται κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία άσκησης των καθηκόντων των φορέων δημόσιας εξουσίας<sup>259</sup>. Η αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου ρυθμίζεται από τα άρθρα 105 και 106 ΕισΝΑΚ και είναι αδικοπρακτική, δεδομένου ότι μεταξύ αυτού και του ασθενούς δεν καταρτίζεται

---

<sup>256</sup> Τσαλαπόρτας Α., Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε «Επίκαιρα Ζητήματα Ιατρικού Δικαίου», 2010, Νομική Βιβλιοθήκη.

<sup>257</sup> «Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα», έρευνα του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά, δημοσιευμένη στον 11<sup>ο</sup> Τόμο, 4<sup>ο</sup> Τεύχος Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2012 του επιστημονικού περιοδικού «Το Βήμα του Ασκληπιού», που βρίσκεται και σε ηλεκτρονική μορφή ([www.vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr)).

<sup>258</sup> Αυτό το ποσοστό, βέβαια, όπως τονίζεται και στην έρευνα, οφείλεται και στο γεγονός, ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματός στο οποίο βασίστηκε προήλθε από φορείς που χειρίζονται μόνο υποθέσεις που αφορούν το Δημόσιο (Διοικητικά Δικαστήρια, Συνήγορος του Πολίτη).

<sup>259</sup> Κουκούλης, Θεμελίωση Αστικής Ευθύνης του Δημοσίου Νοσοκομείου για πλημμελή παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ΕφΑΔ 10/2013, σ. 863.

σύμβαση, όπως συμβαίνει στην περίπτωση παροχής ιατρικών υπηρεσιών από ιδιώτη ιατρό ή ιδιωτικό νοσοκομείο<sup>260</sup>.

Το «παράνομο» της συμπεριφοράς μπορεί να συνίσταται είτε σε ιατρικό σφάλμα, που αποτελεί την πλέον συνήθη περίπτωση ευθύνης του δημοσίου νοσοκομείου, είτε σε πλημμελή οργάνωση του νοσοκομείου ως δημόσιας υπηρεσίας<sup>261</sup>. Η ευρεία έννοια του παρανόμου συναντάται και στο πλαίσιο της ευθύνης του Δημοσίου, αφού γίνεται δεκτό ότι «*υπάρχει ευθύνη του Δημοσίου ή του Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, τηρουμένων και των λοιπών προϋποθέσεων του νόμου, όχι μόνο όταν με πράξη ή παράλειψη οργάνου των νομικών αυτών προσώπων 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, τα διδάγματα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης*»<sup>262</sup>. Σχετικά με την έννοια του ιατρικού σφάλματος, ως παράνομης συμπεριφοράς του ιατρού, στο πλαίσιο του δημοσίου δικαίου, ισχύουν όσα έχουν ειπωθεί έως τώρα. Η διαφορά εντοπίζεται στο ότι ενώ στο αστικό δίκαιο της ιατρικής ευθύνης θεωρείται ότι στην έννοια του ιατρικού σφάλματος εμπεριέχεται και η υπαιτιότητα -υπό την έννοια της αθέτησης της υποχρέωσης επιμέλειας του γιατρού-, στο πεδίο του δημοσίου δικαίου, το ζήτημα της υπαιτιότητας είναι, όπως θα εξηγηθεί και παρακάτω, αδιάφορο έστω κι αν κατά κανόνα συντρέχει<sup>263</sup>. Γίνεται δεκτό<sup>264</sup> ότι θεμελιώνεται ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου αν ο ιατρός ενήργησε κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας ή δεν άσκησε τα καθήκοντά του με ζήλο και αφοσίωση, όπως θα έκανε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και με τα ίδια μέσα στη διάθεσή του ο μέσος συνετός και επιμελής ιατρός. Αντιθέτως, όταν ο ιατρός λειτούργησε σύμφωνα με τις αρχές της επιστήμης και της πείρας του, δηλαδή όπως θα ενεργούσε κάθε συνετός και επιμελής ιατρός κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις, δεν δημιουργείται ευθύνη<sup>265</sup>. Τέλος, και στις δικαστικές αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων<sup>266</sup>, όπως σε αυτές των πολιτικών δικαστηρίων, γίνεται αναφορά στο άρθρο 24 του Α.Ν 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος»

<sup>260</sup> Χρυσανθάκης, Η Αστική Ευθύνη του Δημοσίου Νοσοκομείου, σ.15 επ.

<sup>261</sup> Χρυσανθάκης, ό.π, σ. 21.

<sup>262</sup> ΣτΕ 2669/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΣτΕ 2224/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>263</sup> Χρυσανθάκης, Η Αστική Ευθύνη του Δημοσίου Νοσοκομείου, σ. 21.

<sup>264</sup> ΣτΕ 1243/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΔΠρΚαλ 4/2009 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΔΕφΘεσσαλ 1228/2008 Αρμ. 2009, 1019.

<sup>265</sup> ΣτΕ 948/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>266</sup> ΔΕφΠειρ 391/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

σύμφωνα με το οποίο ««ο γιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρική αυτού συνδρομή, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης...»».

Η αστική ευθύνη των δημοσίων νοσοκομείων, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει με τους ιδιώτες ιατρούς ή τις ιδιωτικές κλινικές, είναι *αντικειμενική*<sup>267</sup>. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι ο ζημιωθείς προσφεύγοντας στα αρμόδια διοικητικά δικαστήρια κατά του δημοσίου νοσοκομείου δεν απαιτείται όχι μόνο να αποδείξει (θέμα απόδειξης ή ανταπόδειξης δεν τίθεται) αλλά ούτε καν να επικαλεσθεί ότι ο γιατρός ενήργησε με δόλο ή αμέλεια. Αρκεί ότι ζημιώθηκε από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των ιατρών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους σε δημόσιο νοσοκομείο και ότι υφίσταται αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της ζημίας και της πράξεως ή παραλείψεως. Έτσι, επισημαίνεται ότι, συγκρίνοντας την αστική ευθύνη των δημοσίων νοσοκομείων με την αστική ευθύνη των ιδιωτικών νοσοκομείων, όπου και με την εφαρμογή του Ν. 2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή, ο οποίος προβλέπει απλώς αντιστροφή του βάρους απόδειξης, μένουμε στην *πταισματική ευθύνη*, προκύπτει ότι οι ζημιωθέντες από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των ιατρών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους σε δημόσιο νοσοκομείο βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση<sup>268</sup>.

Τι γίνεται όμως με τον αμελή ιατρό; Υπέχει προσωπική ευθύνη; Στο άρθρο 38 του *Υπαλληλικού Κώδικα* (Ν. 2638/1999), που εφαρμόζεται και στους ιατρούς των δημοσίων νοσοκομείων, προβλέπεται ότι ο δημόσιος υπάλληλος ευθύνεται για την αποζημίωση που κατέβαλε το δημόσιο σε τρίτους, εφόσον οι παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του έγιναν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του και οφείλονται σε δόλο ή βαρεία αμέλεια. Προβλέπεται ακόμη ότι ο δημόσιος υπάλληλος δεν ευθύνεται έναντι των τρίτων για τις ζημίες αυτές. Για το λόγο αυτό, η αγωγή του ζημιωθέντος κατά του δημοσίου υπαλλήλου απορρίπτεται, λόγω ελλείψεως παθητικής νομιμοποίησης<sup>269</sup>. Ο καταλογισμός της ζημίας που επήλθε στο Δημόσιο γίνεται από το Ελεγκτικό Συνέδριο. Η παραπομπή του υπαλλήλου είναι υποχρεωτική μόνο στην περίπτωση του δόλου, κάτι που είναι εξαιρετικά σπάνιο. Εάν η υπόθεση παραπεμφθεί στην περίπτωση της βαριάς αμέλειας, το Ελεγκτικό Συνέδριο μπορεί να εκτιμήσει τις ειδικές περιστάσεις και αν καταλογίσει μέρος μόνο της ζημίας στον υπάλληλο.

<sup>267</sup> Ενδεικτικά: ΣτΕ 740/2001 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΔΕΦΑΘ 88/2007 ΤΝΠ ΔΣΑ΄ ΔΠΡΑΘ 15547/2004 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>268</sup> Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Η αστική ευθύνη των Δημοσίων Νοσοκομείων (ΝΠΔΔ) από ιατρικά λάθη, ΕφΔΔ ΙΙ 2008, 464.

<sup>269</sup> Ενδεικτικά: ΕφΛαρ 47/2002 Δ/νη, 2002, 1408΄ Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, ό.π, σ. 465.

Πρακτικά, σπάνια καταλογίζεται ευθύνη στους ιατρούς, καθώς η πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά σε ζημιογόνες πράξεις ή παραλείψεις που δεν έγιναν με δόλο. Επί βαρειάς αμέλειας, εκτιμώνται, όπως προαναφέρθηκε οι ειδικότερες περιστάσεις. Συνεπώς, όπως τονίζεται, η αστική ευθύνη των δημοσίων νοσοκομείων είναι ιδιαίτερα πλεονεκτική όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους ιατρούς, καθώς στην πράξη ισοδυναμεί με ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης<sup>270</sup>.

## **Δ. ΕΙΔΙΚΟΙ ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑΣ**

### **Ι. Η αυξημένη επιμέλεια του ιατρού**

Έχει υποστηριχθεί στην ελληνική θεωρία και νομολογία<sup>271</sup> ότι «ο ιατρός οφείλει να παρέχει την ζητηθείσα ιατρική συνδρομή ουχί μόνο, όπως ορίζει το άρθρο 330 ΑΚ, κατά το μέτρον της εν ταις συναλλαγáis επιμέλειας, αλλά μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας»<sup>272</sup>, «επιδεικνύων επιμέλειαν πέραν της εν ταις συναλλαγáis απαιτούμενης υπό του άρθρου 330 ΑΚ»<sup>273</sup>.

Η ιδέα της υποχρέωσης του ιατρού για επίδειξη «αυξημένης» επιμέλειας βρίσκει έρεισμα στον νόμο και ειδικότερα στη διάταξη του άρθρου **24 Α.Ν 1565/1939**<sup>274</sup>, η οποία -όπως αναφέρθηκε ανωτέρω- συναντάται στις δικαστικές αποφάσεις και ισχύει παράλληλα με τις νεότερες διατάξεις του ΚΙΔ, οι οποίες επίσης αναφέρονται, εμμέσως, στις υποχρεώσεις του ιατρού (άρθρ. 3 και 10 ΚΙΔ), αλλά και στην άποψη ότι η ίδια η φύση της ιατρικής πράξης, καθώς ενέχει επικινδυνότητα, απαιτεί από τον ιατρό αυξημένη προσοχή<sup>275</sup>. Υποστηρίζεται<sup>276</sup>, επομένως, ότι η απαιτούμενη στις συναλλαγές επιμέλεια της 330 ΑΚ, όταν πρόκειται για παροχή ιατρικής υπηρεσίας, είναι η ιδιαίτερη και αυξημένη επιμέλεια που περιγράφει το άρθρο 24 ΑΝ 1565/1939. Ο «μέσος συνετός ιατρός», ο ιατρός που αποτελεί το μέτρο της οφειλόμενης

<sup>270</sup> Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, ό.π, σ. 465 επ.

<sup>271</sup> Την θέση αυτή διατύπωσε για πρώτη φορά η ΑΠ 768/1954 ΕΕΝ 1955, 27.

<sup>272</sup> ΠΠρΑθ 6890/1985 ΕΕΝ 1986, 197.

<sup>273</sup> ΑΠ 251/1974 ΝοΒ 22, 1261· ΕφΑθ 479/1983, ΝοΒ 1983, 527· ΔΠρΚαλ 150/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 329.

<sup>274</sup> Φουντεδάκη, Παρατηρήσεις στην ΠΠρΛαρ 191/2012 ΕφΑΔ 8-9/2012, 732.

<sup>275</sup> Ψαρούλης-Βούλτσος Π., Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, Θεσσαλονίκη, σ. 233.

<sup>276</sup> Φουντεδάκη, ό.π, 732.

επιμέλειας, είναι ένας ιατρός που επιδεικνύει επιμέλεια περισσότερη από επαγγελματίες άλλων κλάδων.

Στη νεότερη νομολογία η άποψη αυτή αντικρούεται<sup>277</sup>. Επί λέξει, γίνεται δεκτό ότι: «η παραδοχή ότι η επιμέλεια που απαιτείται από τον ιατρό πρέπει να ιδιαίτερη και αυξημένη **δεν προσθέτει κάτι νέο στο άρθρο 330 ΑΚ** -καθώς με ορθή ερμηνευτική του προσέγγιση για τον καθορισμό του μέτρου επιμέλειας που απαιτείται κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών ασφαλώς και θα ληφθούν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ιατρικής δραστηριότητας, όπως είναι ιδίως η εγγενής επικινδυνότητά της για αγαθά της προσωπικότητας με μεγάλη βαρύτητα (ζωή, υγεία) και η υπαγωγή της σε κανόνες ή πρότυπα συμπεριφοράς, που καθορίζονται από την επιστήμη και εμπειρία», και **«δεν συμβάλλει προκειμένου να κριθεί σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση εάν η ιατρική συμπεριφορά ήταν επιμελής ή όχι. Και τούτο διότι ακόμη κι αν γίνει δεκτό γενικά και αφηρημένα ότι η επιμέλεια του γιατρού πρέπει να είναι ιδιαίτερη (...) δεν τίθενται νομικά διαχωριστικά όρια διάφορα των κατά τας γενικές περί πταίσματος διατάξεων»**. Όλες αυτές οι διατάξεις, λοιπόν, **εξειδικεύουν την έννοια της επιμέλειας στο ειδικότερο πεδίο της ιατρικής ευθύνης**<sup>278</sup> και δεν προσθέτουν κάτι.

Και κατά την άποψη της γράφουσας, η θέση υπέρ της υποχρέωσης καταβολής «αυξημένης επιμέλειας» από την πλευρά του ιατρού πράγματι δεν φαίνεται να έχει κάποιο «νέο» περιεχόμενο, με την έννοια ότι θεμελιώνει κάτι διαφορετικό από αυτό που θα πρόκυπτε από την ορθή εφαρμογή του κριτηρίου του «μέσου συνετού ιατρού», αλλά αποτελεί μάλλον μια προσπάθεια υπόδειξης στο «μέσο ιατρό» να λειτουργεί ως «συνετός ιατρός». Όπως μάλιστα εύστοχα έχει επισημανθεί, η διάταξη του άρθρου 24 Α.Ν 1565/1939 θέτει μία διατύπωση που είναι περισσότερο «παιδαγωγικού και ηθογραφικού ή παραινετικού χαρακτήρα και θυμίζει πιο πολύ γλώσσα στρατιωτικής εκπαίδευσης παρά νομική έκφραση»<sup>279</sup>.

## II. Οι ιδιαίτερες ικανότητες του ιατρού

Έντονα αμφιλεγόμενο είναι το ζήτημα αν οι ιδιαίτερες ικανότητες του ιατρού (λ.χ η ιδιαίτερη εξειδίκευσή του, η πολύχρονη εμπειρία του, η ακαδημαϊκή και ερευνητική

<sup>277</sup> ΠΠρΑθ 1912/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΜΠρΛαρ 56/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ΄ ΠΠρΛαρ 191/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>278</sup> Φουντεδάκη, Παρατηρήσεις στην ΠΠρΛαρ 191/2012, ΕφΑΔ 8-9/2012, 732.

<sup>279</sup> Χελιδόνης Απ., Η έννοια του ιατρικού σφάλματος, ΕφΑΔΠολΔ 8-9/2017, 707.

καταξίωσή του) αυξάνουν προς το αυστηρότερο το πρότυπο επιμέλειας με το οποίο αυτός θα κριθεί. Τίθεται, λοιπόν, το ερώτημα: Ο «κορυφαίος ιατρός» υπέχει αυξημένη ευθύνη έναντι του ασθενούς, σε σχέση με τον μέσο ιατρό ή, στο πλαίσιο της αντικειμενικοποιημένης αντίληψης της αμέλειας που αναλύθηκε παραπάνω, οι εξαιρετικές ικανότητές του δεν θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και να επηρεάσουν το μέτρο επιμέλειας βάσει του οποίου θα κριθεί; Επιχειρήματα μπορούν να προβληθούν υπέρ και των δύο απόψεων και πράγματι προβάλλονται, αφού το εν λόγω ζήτημα αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας.

Υπέρ της αυστηροποίησης της ευθύνης του «κορυφαίου» ιατρού, σε σχέση με αυτή του μέσου ιατρού, συνηγορεί η διαπίστωση ότι ο ασθενής, επιλέγοντας ιατρό με εξαιρετικές ικανότητες, αποβλέπει σε αυτές ακριβώς τις ικανότητες και γι' αυτό, συνήθως, καταβάλλει αυξημένη αμοιβή. Από την άλλη πλευρά, η υιοθέτηση της παραπάνω άποψης, η οποία, απομακρυνόμενη από το αφηρημένο αντικειμενικό πρότυπο επιμέλειας, εστιάζει στις προσωπικές ικανότητες του γιατρού, ενέχει τον κίνδυνο να λειτουργήσει και αντίστροφα, επηρεάζοντας αρνητικά -για τους αρχάριους ή τους λιγότερο έμπειρους ιατρούς- το γενικό πρότυπο επιμέλειας, κάτι που εάν συνέβαινε, θα απόβαινε σε βάρος του ασθενούς<sup>280</sup>. Επιπλέον, γεννάται ο προβληματισμός μήπως, εάν δεχθούμε ότι ο άριστος και ικανός ιατρός μπορεί σε ορισμένη περίπτωση να κριθεί υπεύθυνος -παρότι έχει, τηρήσει την επιβαλλόμενη επιμέλεια, έχει λειτουργήσει, δηλαδή, όπως θα λειτουργούσε ο μέσος συνετός ιατρός της ειδικότητάς του- μόνο και μόνο επειδή δεν έδειξε μεγαλύτερη (εξειδικασμένη) επιμέλεια, «δεν έκανε ακόμη περισσότερα από τον μέσο ιατρό», οδηγούμαστε σε μια υπερβολικά αυστηρή μεταχείριση του ιατρού με αυξημένα προσόντα και τελικά σε αποθάρρυνση αυτού να επιδιώξει την επαγγελματική και επιστημονική του εξέλιξη, αφού γνωρίζει ότι η «μεγαλύτερη κατάρτιση» ισούται με «μεγαλύτερη ευθύνη».

Επί του ζητήματος αυτού, στην ελληνική θεωρία δεν υπάρχει ομοφωνία. Κατά μία άποψη, οι ιδιαίτερες κλίσεις ή ικανότητες του ιατρού δεν οδηγούν σε επαύξηση του μέτρου επιμέλειας, τόσο σε επίπεδο αδικοπρακτικής όσο και ενδοσυμβατικής ευθύνης, όπως -αντιστοίχως- οι «περιορισμένες δυνατότητές» του δεν οδηγούν σε μείωση της ευθύνης του<sup>281</sup>. Κάθε ιατρός αντιμετωπίζεται, προκειμένου να θεμελιωθεί

---

<sup>280</sup> Τροκάνας, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, σε Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, σ. 146.

<sup>281</sup> Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, σ. 290. Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Ειδικό Μέρος Τόμ. II, σ. 202 επ.

η υπαιτιότητά του, όχι ως ατομική οντότητα αλλά ως *τυπικός εκπρόσωπος του οικείου κλάδου της ιατρικής ειδικότητάς του*<sup>282</sup>. Ο ιατρός, με άλλα λόγια, δεν οφείλει να ανταποκρίνεται σε κάθε περίπτωση στις δικές του, ιδιαίτερες ικανότητες, αλλά στο γενικό πρότυπο επιμέλειας της ειδικότητάς του. Αυτό είναι σύμφωνο με τη ρύθμιση του άρθρου 300 ΑΚ εδ. β', κατά το οποίο «*αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές*». Επισημαίνεται, βέβαια, ότι σε περίπτωση που οι προσωπικές κλίσεις και ικανότητες του ιατρού συνομολογηθούν ρητά και ειδικά στη σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενή, με αποτέλεσμα η τελευταία να παίρνει τη μορφή *υπόσχησης εγγυημένου αποτελέσματος ή υπόσχησης παροχής αναβαθμισμένων ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών* από τον ιατρό, τότε αυτές ενδέχεται να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση του προτύπου επιμέλειας<sup>283</sup>.

Κατά άλλη άποψη<sup>284</sup>, η απάντηση διαφοροποιείται με κριτήριο το αν πρόκειται για αδικοπρακτική ή ενδοσυμβατική ευθύνη, αντίληψη που αποτελεί ρωγμή στον κανόνα ότι το ιατρικό σφάλμα, ως νόμιμος λόγος ευθύνης, προσδιορίζεται με κριτήρια ενιαία και ανεξάρτητα από την ενδοσυμβατική ή αδικοπρακτική φύση της ευθύνης<sup>285</sup>. Στο πεδίο της *αδικοπρακτικής ευθύνης*, που αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας, η δεύτερη άποψη συμφωνεί με την κρατούσα και τάσσεται υπέρ ενός γενικού προτύπου επιμέλειας, που δεν θα διαμορφώνεται διαφορετικά με βάση την ύπαρξη ή την έλλειψη ιδιαίτερων ικανοτήτων του γιατρού. Η απάντηση αλλάζει στο πεδίο της *ενδοσυμβατικής ευθύνης*, αφού κατά την υπό εξέταση άποψη η αυξημένη ευθύνη του γιατρού με εξαιρετικές ικανότητες μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί περιεχόμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής. Το αν οι ικανότητες του ιατρού έχουν αναχθεί σε περιεχόμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής ή όχι, θα προκύπτει από την ερμηνεία της σύμβασης σύμφωνα με την καλή πίστη και τα συναλλακτικά ήθη και συνήθως θα συνάγεται από την επιλογή του συγκεκριμένου ιατρού, λόγω ακριβώς των ιδιαίτερων προσόντων του σε συνδυασμό με τη συμφωνία αμοιβής, ιδιαίτερα αν αυτή υπερβαίνει τη συνήθη, για την ειδικότητα του ιατρού αλλά και για τη συγκεκριμένη

---

<sup>282</sup> Γεωργιάδης Απ., ό.π, σ. 202

<sup>283</sup> Γεωργιάδης Απ., ό.π, σ. 202.

<sup>284</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 382-383 και Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, σ. 56· Πελένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, σ. 214 επ· Τροκάνας., Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, σε Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, 2010, σ. 146· Μηλιόπουλος, Όταν το δικαστικό σύστημα αντιμετωπίζει την ιατρική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού (Η οπτική ενός δικαστικού λειτουργού στις θαυμαστές εξελίξεις της πλαστικής χειρουργικής), Αρμ. 2008, 181.

<sup>285</sup> Φουντεδάκη, ό.π, σ. 383.



αγωγή, αμοιβή<sup>286</sup>. Το αυστηρότερο μέτρο επιμέλειας του γιατρού με αυξημένα προσόντα βρίσκει, άλλωστε, έρεισμα στη διάταξη του άρθρου 652§2 ΑΚ κατά το οποίο *«Ο βαθμός επιμέλειας, για την οποία ευθύνεται ο εργαζόμενος, κρίνεται με βάση τη σύμβαση, ενόψει της μόρφωσης ή των ειδικών γνώσεων που απαιτούνται για την εργασία, καθώς και των ικανοτήτων και των ιδιοτήτων του εργαζόμενου που ο εργοδότης γνώριζε ή όφειλε να γνωρίζει»*<sup>287</sup>.

Ίσως πάντως μεταξύ των δύο αυτών απόψεων, δεν υφίσταται διάσταση, αφού και η πρώτη άποψη φαίνεται να «υπαναχωρεί» και να αναγνωρίζει αυξημένη ευθύνη του ιατρού με ιδιαίτερες ικανότητες σχετικά με τη θεμελίωση της ενδοσυμβατικής του ευθύνης, όταν οι προσωπικές κλίσεις και δυνατότητες του ιατρού συνομολογηθούν ρητώς και ειδικώς στη συμφωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή. Πάντως, και το άρθρο 3§2 εδ. α' και β' ΚΙΔ, το οποίο ορίζει ότι ο ιατρός ενεργεί *«με βάση την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί...»* (εδ. α'), *«την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής»* (εδ. β'), φαίνεται να αποδίδει σημασία στις ιδιαίτερες ικανότητές του ιατρού, στοιχείο που επιτρέπει μια πιο υποκειμενικοποιημένη έννοια της επιβαλλόμενης επιμέλειας και συνηγορεί υπέρ της αποδοχής της επίταξης της ευθύνης του ιατρού με ιδιαίτερα προσόντα<sup>288</sup>.

Τα τελευταία χρόνια, διαμορφώνεται στην ελληνική θεωρία και μια τρίτη άποψη, που υποστηρίζει την αναγνώριση αυξημένου προτύπου επιμέλειας του κορυφαίου ιατρού όχι μόνο στο πεδίο της ενδοσυμβατικής ευθύνης (όταν λ.χ ενόψει ακριβώς των ιδιαίτερων προσόντων του ιατρού έχει συμφωνηθεί υψηλή αμοιβή ) αλλά και στο πεδίο της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού με το επιχείρημα ότι το πρόσωπο που διαθέτει υψηλότερες του συνήθους επαγγελματικές ικανότητες και μεγαλύτερο κοινωνικό κύρος και λαμβάνει για το λόγο αυτό υψηλότερη αμοιβή οφείλει να επιδεικνύει στην επαγγελματική (και κοινωνική) του συμπεριφορά αντίστοιχα ανώτερο επίπεδο επιμέλειας<sup>289</sup>. Η άποψη αυτή δέχεται την κριτική ότι σχετικοποιεί υπερβολικά την έννοια της επιβαλλόμενης επιμέλειας και επιτρέπει αναπόφευκτα και διαβαθμίσεις «προς τα κάτω», οι οποίες πρέπει να αποφεύγονται<sup>290</sup>.

<sup>286</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 383' ΠΠρΘεσσαλ 8413/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>287</sup> Η άποψη ότι ο γιατρός θα κριθεί τελικά με το μέτρο που η διάταξη του άρθρου 652§2 ΑΚ θέτει υποστηρίχθηκε αρχικά από το Ζέπο, χωρίς ωστόσο ο τελευταίος να προεκτείνει τη σκέψη του και στο ζήτημα της ευθύνης του γιατρού με ιδιαίτερες ικανότητες (Ζέπος., Η Ευθύνη του Ιατρού, ΝοΒ (21) 1973, σ. 6).

<sup>288</sup> Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2315.

<sup>289</sup> Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, σ. 217 και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2315.

<sup>290</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 382.

Παρατηρούμε πως κατά την κρατούσα στη θεωρία άποψη, κατά την οποία, στο πεδίο της αδικοπρακτικής ευθύνης, δεν αναγνωρίζεται διαφορετική μεταχείριση στον ιατρό με ιδιαίτερες ικανότητες, γίνεται δεκτός μόνο ένας βαθμός «σχετικοποίησης» της αντικειμενικοποιημένης αμέλειας, δηλαδή ο συσχετισμός του ζημιώσαντος με το μέσο επιμελή εκπρόσωπο του ειδικότερου επαγγελματικού κύκλου στον οποίο ανήκει, δηλαδή -στην περίπτωση του ιατρού- με το μέσο ιατρό της αντίστοιχης με τον ζημιώσαντα ειδικότητας<sup>291</sup>. Η ελληνική νομολογία, αντιθέτως, φαίνεται να τάσσεται υπέρ της αναγνώρισης ενός αυξημένου προτύπου επιμέλειας για τον ιατρό με ιδιαίτερες ικανότητες στο πεδίο της αδικοπρακτικής ευθύνης. Η θέση της αυτή δεν είναι ούτε πάντοτε σαφής ούτε σταθερή μέσα στο χρόνο.

Ήδη σε μία παλαιότερη απόφαση, στην ΕφΑθ 197/1988<sup>292</sup>, το δικαστήριο τάχθηκε σαφώς υπέρ της βαρύτερης ευθύνης του ιατρού με αυξημένα προσόντα. Το δικαστήριο έκρινε ότι «*ιδιαίτερα θα ληφθεί υπόψη η συνδρομή ειδικότητας στο πρόσωπο του ιατρού, η οποία αποτελεί και το λόγο βαρύτερης ευθύνης του ειδικού (SPECIALISTE), αφού η προσφυγή στις υπηρεσίες του, με βαρύτερη οικονομική επιβάρυνση συνήθως του ασθενούς, γίνεται ακριβώς λόγω της ειδικότητάς του αυτής*». Σύμφωνα με το ιστορικό της υπόθεσης, έγγαμο ζεύγος κατέφυγε στις υπηρεσίες Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα πρωτοπαθούς στειρότητας της γυναίκας. Μετά την επίτευξη εγκυμοσύνης συμφωνήθηκε μεταξύ τους η διενέργεια του τοκετού στο Γυναικολογικό Τμήμα ιδιωτικής Κλινικής, διευθυντής της οποίας ήταν ο ίδιος. Συμφωνήθηκε ειδικότερα ότι ο τοκετός θα διενεργούνταν με καισαρική τομή τόσο λόγω της σχετικά προχωρημένης ηλικίας της εγκυμονούσας όσο και λόγω του αρχικού προβλήματος στειρότητας. Για αυτό το λόγο άλλωστε ο εναγόμενος ιατρός εισέπραξε και μια υψηλή για την εποχή εκείνη αμοιβή. Τελικά, δεν έγινε καισαρική τομή αλλά η εξαγωγή του εμβρύου υποβοηθήθηκε με ελαστικό εμβρυολικό (βεντούζα) ως ταχύτερο -κατά την άποψη του ιατρού- μέσο ολοκλήρωσης του τοκετού και αποφυγής θανάτου του εμβρύου, οι παλμοί του οποίου είχαν πέσει κάτω από το φυσιολογικό λόγω ατελούς οξυγόνωσης του εγκεφάλου. Δύο ημέρες μετά τον τοκετό το έμβρυο εμφάνισε εγκεφαλική παράλυση και στη συνέχεια σημαντική διανοητική καθυστέρηση. Το Εφετείο Αθηνών έκρινε ότι η βλάβη του σώματος και της υγείας του παιδιού οφείλεται σε «*βαρεία*

<sup>291</sup> Φουντεδάκη, Παρατηρήσεις στην ΠΠρΛαφ 191/2012 ΕφΑΔ 8-9/2012.

<sup>292</sup> ΑρχΝ 1985, 139 και ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

αμέλεια» του ιατρού, καθώς η υπαναχώρησή του από την αρχική του επιλογή για καισαρική τομή *«ήταν λανθασμένη και ιατρικά ανεπίτρεπτη από αυτόν που ήταν ειδικός και μάλιστα Καθηγητής του Πανεπιστημίου Γυναικολογίας και Μαιευτικής (SPECIALISTE) και εν όψει της τέλει γνώσης του των προβλημάτων της συγκεκριμένης εγκύου»*. Η απόφαση αυτή καταπιάστηκε με όλες τις παραμέτρους της ευθύνης του «ειδικού ιατρού»<sup>293</sup>: αφενός την ειδικότητα του του εναγόμενου ιατρού ως καθηγητή Πανεπιστημίου, αφετέρου τη σύναψη σύμβασης ιατρικής αγωγής με συγκεκριμένο περιεχόμενο και συμφωνία ιδιαίτερα υψηλής αμοιβής.

Στην ΑΠ 220/2003<sup>294</sup>, αντιθέτως, οι ιδιαίτερες ικανότητες του ιατρού δεν φαίνεται να λαμβάνονται υπόψη, αφού κατά την κρίση του δικαστηρίου: *«αν και εξειδικευμένος χειρουργός με μεγάλη εμπειρία (26 ετών) δεν ενήργησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (lege artis), όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και τα στη διάθεσή του μέσα κάθε συνετός και επιμελής ιατρός, αλλά, κατά παράβαση των ως άνω κανόνων, προέβη σε εσφαλμένους χειρουργικούς χειρισμούς κατά τη διενεργηθείσα από αυτόν χειρουργική επέμβαση (...)»*. Αν και ο ιατρός της υπό κρίσης υπόθεση είχε αυξημένα προσόντα, το μέτρο επιμέλειας φαίνεται να παραμένει αυτό του μέσου συνετού ιατρού και δεν γίνεται καμία αναφορά στην αυξημένη, λόγω των ιδιοτήτων του, ευθύνη του.

Σε άλλες, μεταγενέστερες δικαστικές αποφάσεις<sup>295</sup>, η θέση της νομολογίας **δεν διαγράφεται με σαφήνεια**. Ενώ συναντάται η διατύπωση: *«ιδιαίτερα θα ληφθεί υπόψη η συνδρομή ειδικότητας στο πρόσωπο του ιατρού, η οποία αποτελεί και το λόγο βαρύτερης ευθύνης του ειδικού, αφού η προσφυγή στις υπηρεσίες του, με συνήθως βαρύτερη οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς, γίνεται ακριβώς λόγω της ειδικότητάς του αυτής»*, η οποία είναι σχεδόν όμοια με αυτή της ΕφΑθ 197/1988, από το ιστορικό των αποφάσεων δεν φαίνεται να ασκεί κάποια επίδραση στη θεμελίωση του ιατρικού σφάλματος και δεν προκύπτει ότι -στις υπό κρίση περιπτώσεις- επρόκειτο για ιατρό με αυξημένα προσόντα. Όπως ορθά παρατηρείται<sup>296</sup>, από τη διατύπωση αυτή δεν προκύπτει με σαφήνεια αν θίγεται το ζήτημα της τυχόν βαρύτερης ευθύνης του

---

<sup>293</sup> Τροκάνας, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, σε Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, σ. 149 (υποσ. 60)

<sup>294</sup> ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>295</sup> ΕφΑθ 4964/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΑθ 443/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΠΠρΘεσσαλ 8413/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

<sup>296</sup> Τροκάνας, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, σ.148.

«κορυφαίου ιατρού» ή αν απλώς εξειδικεύει το ζήτημα της ευθύνης του ιατρού με ειδικότητα. Απομονώνοντας τις λέξεις «βαρύτερη ευθύνη», «ειδικός» «οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς» μπορεί κανείς να οδηγηθεί στη σκέψη ότι το δικαστήριο υπονοεί την πρώτη περίπτωση, ωστόσο από το ιστορικό των αποφάσεων δεν μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι επρόκειτο για «κορυφαίους ιατρούς», όπως συνέβαινε στην προηγούμενη περίπτωση (απόφαση ΕφΑθ 197/1988), αλλά απλώς για ιατρούς με ειδικότητα.

Στην ΕφΠειρ 242/2012<sup>297</sup>, που δέχθηκε αδικοπρακτική ευθύνη των ζημιωσάντων ιατρών, συναντάται ακριβώς η ίδια (με τις ως άνω αποφάσεις) διατύπωση με τη διαφορά ότι από το ιστορικό της απόφασης προκύπτουν τα αυξημένα προσόντα των εναγομένων. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι ο πρώτος των εναγομένων ήταν «πτυχιούχος του Πανεπιστημίου Αθηνών, με μεταπτυχιακές σπουδές στο αντικείμενο της Γενετικής στα Πανεπιστήμια Cambridge και Harvard» ενώ ο τρίτος των εναγομένων «πτυχιούχος του Πανεπιστημίου της Κοπεγχάγης της Δανίας και Διευθυντής στον Τομέα Γενετικής του Ινστιτούτου». Σε άλλο σημείο της απόφασης, αναφορικά με την προσοχή που όφειλαν, στη συγκεκριμένη περίπτωση, να καταβάλουν οι ιατροί, αναφέρεται: «την οποία (προσοχή) όφειλαν επιπλέον να επιδείξουν στη συγκεκριμένη περίπτωση, ως προστηθέντες της πρώτης εναγόμενης εταιρίας, η οποία παρέχει εξειδικευμένες διαγνωστικές ιατρικές υπηρεσίες στο κοινό».

Στην ΠΠρΛαρ 191/2012<sup>298</sup>, λαμβάνεται, για πρώτη φορά, σαφής θέση σχετικά με το επίμαχο ζήτημα της ευθύνης του ιατρού με ιδιαίτερες ικανότητες, η οποία επαναλαμβάνεται αυτολεξεί και στην ΠΠρΑθ 1912/2014<sup>299</sup>. Σε αυτές τις δικαστικές αποφάσεις γίνεται δεκτό ότι: «θα γίνεται κάθε φορά αναγωγή στην ειδικότητα του κάθε γιατρού για την ανεύρεση του προτύπου επιμέλειας. Όπως έχει χαρακτηριστικά λεχθεί (Ζέπος Π., Η ευθύνη του ιατρού ΝοΒ 21. 4 διατύπωση που υιοθετεί και η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς-Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης 1993 σ. 176) το κριτήριο επιμέλειας του ιατρού «σχηματίζεται από τα κατά κοινή συνείδηση και αντικειμενική κρίση δεοντολογικώς κρατούντα σε ορισμένη ειδικότητα ιατρού». Τα όρια του κριτηρίου αυτού αναδεικνύονται σε περιπτώσεις όπου η επιβαλλόμενη επιμέλεια του γιατρού της οικείας ειδικότητας τηρείται, αλλά η ζημία θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με την τήρηση μεγαλύτερης

<sup>297</sup> ΕφΠειρ 242/2012 ΠειρΝ 2012, 322.

<sup>298</sup> ΠΠρΛαρ 191/2012 ΝοΒ 2012, 1416.

<sup>299</sup> ΠΠρΑθ 1912/2014, ΧρΙΔ 2014, 519.

(εξειδικασμένης) επιμέλειας. Είναι δε σύνηθες ο ασθενής να γνωρίζει τα αυξημένα προσόντα του ιατρού και σε αυτά ακριβώς να αποβλέπει, συμφωνώντας αντίστοιχα την καταβολή υψηλότερης αμοιβής (πρβλ. ΕφΑθ 197/1988 ΕλλΔνη 29. 1240, ΕφΑθ 4964/2008 ΝοΒ 2009. 523). Και το ερώτημα που τίθεται είναι αν ο ιατρός με τα αυξημένα προσόντα πρέπει να κριθεί - όχι μόνο στα πλαίσια της ενδοσυμβατικής του (κάτι που γίνεται ευχερέστερα αποδεκτό βλ. Φουντεδάκη, ό.π. σ. 383), αλλά κυρίως της αδιοπρακτικής του ευθύνης -με βάση ένα πρότυπο αυξημένης επιμέλειας και ποιο. Το ζητούμενο βέβαια είναι η περαιτέρω εξειδίκευση του αντικειμενικού κριτηρίου επιμέλειας και όχι η αλλοίωση του σε υποκειμενικό. Το ότι η προσπάθεια αυτή είναι ενδεχομένως επιρρεπής σε «σχετικοποίηση» (έτσι Φουντεδάκη, ό.π. σ. 382) της επιβαλλόμενης επιμέλειας δεν είναι επαρκής λόγος εγκατάλειψής της, διότι κατά τον τρόπο αυτό μπορεί να μένουν *a priori* ακάλυπτες από την αστική ευθύνη περιπτώσεις, οι οποίες χρήζουν μιας εγγύτερης (αναγκαστικά *in concreto*) διερεύνησης προκειμένου να κριθεί εάν πρέπει τελικά να υπαχθούν στην αδιοπρακτική αστική ευθύνη ή όχι. Τούτο δε καθόσον σκοπός της αστικής ευθύνης δεν είναι η μομφή και η επιβολή κύρωσης (όπως στην ποινική ευθύνη όπου κάθε προσπάθεια «υποκειμενικοποίησης» του κριτηρίου επιμέλειας μπορεί να γίνει μόνο προς όφελος του κατηγορουμένου βλ. Ανδρουλάκη, Ποινικό Δίκαιο Γενικό Μέρος 2000 σ. 312), αλλά πρωτίστως η αποκατάσταση της ζημίας του θύματος, το πρόσωπο του οποίου ενδιαφέρει περισσότερο (Σταθόπουλος, ό.π. § 6 αρ. 64). Προς αυτή την κατεύθυνση **θα είχε σημασία να αναζητηθούν όχι οι «μεγάλες επιδόσεις» και οι «ιδιαιτέρως ικανότητες» του συγκεκριμένου φυσικού προσώπου (ιατρού), αλλά εάν αυτός αντικειμενικά λόγω της περαιτέρω εξειδίκευσης του (θεωρητικής και πρακτικής) -ως προς ορισμένο πάντα πεδίο- ανήκει πλέον όχι στον ευρύτερο κύκλο των ανθρώπων που συναπαρτίζουν την ειδικότητα του αλλά σε ένα στενότερο κύκλο. Εάν αυτός ο στενότερος κύκλος υφίσταται ως προϊόν της επιστημονικής εξέλιξης και εξειδίκευσης, εάν αυτό αντικατοπτρίζεται λ.χ. στο ότι η παραπομπή του ασθενούς γίνεται εξειδικασμένα στον γιατρό αυτό όχι ως φορέα «εξαιρετικών ατομικών ικανοτήτων» αλλά ως φορέα εξειδικασμένης αντικειμενικά μετρήσιμης (π.χ. με τίτλους μετεκπαίδευσης) γνώσης ή στο ότι ο ίδιος ο ιατρός βασίζει την επιστημονική, επαγγελματική και οικονομική του πρόοδο στην ιδιότητα του φορέα αυτής της γνώσης, το δίκαιο της αστικής ευθύνης δεν έχει άλλη επιλογή από την προσπάθεια περαιτέρω εξειδίκευσης του αντικειμενικού κριτηρίου επιμέλειας».**

Η άποψη αυτή προσεγγίζει, όπως έχει επισημανθεί, αυτήν που επικρατεί στο γερμανικό δίκαιο<sup>300</sup>. Βλέπουμε λοιπόν, πως με τις πρόσφατες αποφάσεις της, η νομολογία λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ικανότητες του ιατρού, προβαίνοντας παράλληλα σε μια προσπάθεια να «εναρμονίσει» τη θέση της με την αντικειμενικοποιημένη αμέλεια του άρθρου 330 ΑΚ. Η αξιολόγηση των ιδιαίτερων ικανοτήτων του δράστη πρέπει να φτάσει μέχρι του σημείου που αυτές είναι δυνατό να υπάρχουν και σε άλλους και να συγκριθούν αντικειμενικά. Διαφορετικά, η αμέλεια καταλήγει να κρίνεται με υποκειμενικά κριτήρια, εν όψει της συμπεριφοράς του συγκεκριμένου δράστη, σύμφωνα δηλαδή με την υποκειμενική θεωρία<sup>301</sup>.

Το πρόβλημα σε αυτή την προσέγγιση είναι, όπως παρατηρείται<sup>302</sup>, το όριο πέρα από το οποίο μια ιδιότητα δεν είναι αντικειμενικά μετρήσιμη και επομένως η συνεκτίμησή της θα οδηγούσε σε υποκειμενικοποίηση της αμέλειας. Η επιφύλαξη, δηλαδή, είναι ότι πίσω από τα «αντικειμενικά» προσόντα στην πραγματικότητα φιλοτεχνείται ένα πρότυπο επιμέλειας αποκλειστικά για τον συγκεκριμένο ιατρό που ζημίωσε τον ασθενή, με συνέπεια την απομάκρυνση από την αντικειμενικοποιημένη αμέλεια. Είναι δε αξιοσημείωτο ότι στην πράξη, ο εναγόμενος ιατρός προτάσσει την επαγγελματική του εμπειρία, γνώση και επιτυχία προς αντίκρουση της αγωγής αποζημίωσης για ιατρικό σφάλμα, ο ίδιος δηλαδή ο εναγόμενος δεν αισθάνεται ότι τα αυξημένα προσόντα του αποτελούν κριτήριο που θα λειτουργήσει σε βάρος του<sup>303</sup>.

**Σε κάθε περίπτωση πάντως, οι ιδιαίτερες ικανότητες του ιατρού λαμβάνονται υπόψη στον καθορισμό του ύψους του ποσού της χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης<sup>304</sup>.**

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο και με αφορμή το ερώτημα αν ο ιατρός με ιδιαίτερες ικανότητες πρέπει να αντιμετωπιστεί διαφορετικά από το δίκαιο, είναι ανάγκη να επισημανθεί πως ο «κορυφαίος» ιατρός δεν πρέπει να διαχωρίζεται πάντα από τον μέσο ιατρό και κυρίως δεν θα πρέπει ο ίδιος να διαχωρίζει τον εαυτό του, θεωρώντας πως αποτελεί «ιδιαίτερη κατηγορία ιατρού». Η επισήμανση αυτή δεν γίνεται τυχαία. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας, στο πλαίσιο

<sup>300</sup> Φουντεδάκη, Παρατηρήσεις στην ΠΠρΛαρ 191/2012, ΕφΑΔ 8-9/2012, 733.

<sup>301</sup> Κουμάνης, Παρατηρήσεις στην ΠΠρΛρ 191/2012 Αρμ. 2012, 1268.

<sup>302</sup> Φουντεδάκη, ό.π., 733.

<sup>303</sup> Φουντεδάκη, ό.π., 733

<sup>304</sup> Τροκάνας, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, σ. 149· Τσαλαπόρτας Α., Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε «Επίκαιρα Ζητήματα Ιατρικού Δικαίου» και ενδεικτικά: ΠΠρΛαρ 191/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος με τίτλο «Organisational Culture and Patient Safety» και στην οποία συμμετείχαν 325 ιατροί (χειρουργοί, παιδίατροι και παθολόγοι) νοσοκομείων, κατέδειξε ότι οι εμπειρότεροι ιατροί κάνουν περισσότερα λάθη, γεγονός που αποδίδεται μάλλον στην απροθυμία τους να δεχθούν την «άλλη» άποψη. Ένας νέος ιατρός ακούει τις παρατηρήσεις των άλλων ιατρών και συχνά αποφεύγει το λάθος, κάτι που δεν ισχύει για έναν μεγαλύτερο στην ιεραρχία του νοσοκομείου ιατρό, ο οποίος τείνει να θεωρεί ότι η εμπειρία του του εξασφαλίζει την αναγκαία γνώση ώστε να δρα χωρίς τη συμβουλή των συναδέλφων του<sup>305</sup>.

### III. Αντικειμενικές συνθήκες παροχής της υπηρεσίας

#### 1. Αντικειμενικές και απρόβλεπτες συνθήκες

Τα διαθέσιμα μέσα, οι εγκαταστάσεις και γενικότερα οι υφιστάμενες αντικειμενικές δυνατότητες μπορούν να διαφοροποιήσουν το μέτρο της επιβαλλόμενης επιμέλειας. Ο ιατρός δεν ευθύνεται για μια επιμέλεια που δεν μπορούσε να επιδείξει, για λόγους αντικειμενικούς και ανεξάρτητους από αυτόν, ή κατά την επικρατέστερη – στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης- άποψη που δεν όφειλε<sup>306</sup> να επιδείξει στη συγκεκριμένη περίπτωση. Περιπτώσεις τέτοιων συνθηκών αποτελούν<sup>307</sup>:

α) οι έκτακτες καταστάσεις, όπως λ.χ ένα μεγάλο δυστύχημα ή μια φυσική καταστροφή, που δημιουργούν υπέρμετρη επιβάρυνση των ιατρικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα είτε η απόδοση του μεμονωμένου γιατρού (λόγω κόπωσης, έλλειψης χρόνου κλπ) είτε η παροχή υπηρεσιών από συλλογικό φορέα να υπολείπονται του κανονικού προτύπου επιμέλειας.

Β) οι συνθήκες της γενικής εφημερίας σε νοσοκομείο, που είναι δυνατό να δημιουργούν ανάλογα προβλήματα.

Γ) οι περιορισμένες αντικειμενικές δυνατότητες που έχει στη διάθεσή του ο ιατρός, όπως οι ελλείψεις βοηθητικού προσωπικού και εξοπλισμού (λ.χ ο ιατρός σε απομακρυσμένο κέντρο υγείας δεν διαθέτει το κατάλληλο μηχανήμα για να προβεί σε αναγκαία

---

<sup>305</sup> «Οι συχνότερες αιτίες που οδηγούν στα ιατρικά λάθη», 14.12.2016, <http://www.kathimerini.gr/887798/article/epikairothta/ellada/oi-syxnoteres-aities-poy-odhgoy-n-sta-iatrika-la8h> (τελευταία πρόσβαση: 30.8.2017).

<sup>306</sup> Φουντεδάκη, ό.π, σ. 380., Giesen D., International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, σ. 97.

<sup>307</sup> Φουντεδάκη, ό.π, σ. 380., Giesen D., International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, σ. 97.

εξέταση ή η μεταφορά του ασθενούς σε άλλο μέρος είναι ανέφικτη, λόγω έλλειψης ασθενοφόρου).

Πρέπει, βέβαια, να επισημανθεί ότι οι συνθήκες επιδρούν στο πρότυπο επιμέλειας, εφόσον είναι *αντικειμενικές* και *απρόβλεπτες* και δεν οφείλονται σε σφάλμα του ιατρού ή του νοσοκομείου, λ.χ σε σφάλμα στην οργάνωση<sup>308</sup>. Στην περίπτωση που η αδυναμία τήρησης του προτύπου της επιβαλλόμενης επιμέλειας οφείλεται σε οργανωτικό σφάλμα του νοσοκομείου (δεν προέβλεψε ή δεν εξασφάλισε το αναγκαίο προσωπικό ή δεν έκανε ορθή κατανομή του) ή του μεμονωμένου ιατρού (δεν φρόντισε να έχει τις αναγκαίες σωματικές και ψυχικές δυνάμεις ώστε να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του), δεν μπορεί να γίνει δεκτό ένα «κατώτερο» μέτρο επιμέλειας.

Μειωμένο μέτρο επιμέλειας σε περιπτώσεις όπου οι αντικειμενικές συνθήκες θέτουν περιορισμούς στην παροχή της ιατρικής υπηρεσίας φαίνεται να αναγνωρίζεται και στον ΚΙΔ. Σύμφωνα με το άρθρο 9 παρ. 3 ΚΙΔ, *«Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης»*. Επομένως κατά το άρθρο 9 παρ. 3 του ΚΙΔ, σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, ήτοι περιστατικού που απαιτεί άμεση ιατρική συνδρομή, προς αποφυγή είτε σοβαρής βλάβης της υγείας του ασθενούς, ή ακόμη και του θανάτου του, ο ιατρός υποχρεούται καταρχήν να πράξει οτιδήποτε είναι αναγκαίο για την προστασία της υγείας και της ζωής του ασθενούς, ανεξάρτητα από την ειδικότητά του και από το εάν διαθέτει τα κατάλληλα μέσα, μέχρις ότου να είναι δυνατή η παραπομπή του σε ιατρό της κατάλληλης ειδικότητας ή σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης.

## **2. Το πρότυπο ποιότητας στη δημόσια περίθαλψη – Οικονομικές παράμετροι**

Τίθεται το ερώτημα αν οι ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στη δημόσια περίθαλψη (μεγάλος αριθμός σοβαρών περιστατικών, έλλειψη προσωπικού, ελλιπής

---

<sup>308</sup> Giesen, International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, 1988, σ. 97.



κρατική χρηματοδότηση) είναι δυνατό να οδηγήσουν στην αποδοχή ενός χαμηλότερου προτύπου ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

Κατά την σχεδόν απολύτως κρατούσα γνώμη, η άποψη υπέρ της αποδοχής ενός χαμηλότερου προτύπου ποιότητας στο πλαίσιο της δημόσιας περίθαλψης, καταρχήν, δεν μπορεί να γίνεται δεκτή<sup>309</sup>. Για όλους τους ασθενείς ισχύει το ίδιο πρότυπο ποιότητας (standard), ανεξαρτήτως του αν αυτοί λαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες στο πλαίσιο της ιδιωτικής ή της δημόσιας περίθαλψης<sup>310</sup>. Άλλωστε, κατά το άρθρ. 21 παρ. 3 Σ: *«Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»*. Μόνο το γεγονός της παροχής ιατρικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της δημόσιας περίθαλψης δεν επιφυλάσσει στα δημόσια νοσοκομεία και τους ιατρούς που εργάζονται σε αυτά ευνοϊκότερη μεταχείριση ως προς την αστική τους ευθύνη. Αντιθέτως, θα πρέπει να εξετασθεί, όπως ακριβώς συμβαίνει και στην περίπτωση των ιδιωτικών νοσοκομείων ή των μεμονωμένων ιατρών, αν οι συνθήκες που δυσχεραίνουν την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών ανήκουν στη σφαίρα ελέγχου του δημοσίου νοσοκομείου ή βρίσκονται έξω από αυτή.

Έτσι, εάν οι οργανωτικές ή άλλες ελλείψεις ανήκουν στη σφαίρα ελέγχου του νοσοκομείου (λ.χ. αδικαιολόγητη απουσία ιατρού, ελλείψεις προγραμματισμού και παραγγελιών, παράλειψη να επισημάνει την έλλειψη ιατρών και να ζητήσει πρόσληψη, χορήγηση μη νόμιμης άδειας σε ιατρό), τότε το νοσοκομείο ευθύνεται για τα σφάλματα που οφείλονται σε αυτές. Αντιθέτως, εάν παρά τις προσπάθειες του νοσοκομείου να καλύψει τις ελλείψεις (λ.χ. να γίνουν προσλήψεις ιατρών), αυτό δεν κατέστη δυνατό, λόγω ελλειπούς κρατικής χρηματοδότησης, το νοσοκομείο δεν φέρει ευθύνη για την οφειλόμενη σε αυτές τις ελλείψεις αδυναμία του να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στην αντιμετώπιση των ασθενών.

Συναφές με όσα εκτέθηκαν σχετικά με το πρότυπο της επιμέλειας στη δημόσια περίθαλψη είναι το ζήτημα του αν και σε ποιο βαθμό οι οικονομικές παράμετροι μπορούν να διαφοροποιήσουν το μέτρο επιμέλειας του ιατρού. Τι συμβαίνει όταν το οφειλόμενο ιατρικό standard απαιτεί υψηλά έξοδα και δεν καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς; Το ερώτημα αυτό αποκτά σήμερα, λόγω των

<sup>309</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 379.

<sup>310</sup> Giesen, International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, 1988, σ. 90-91.

δύσκολων οικονομικών συνθηκών υπό τις οποίες καλείται να λειτουργήσει το ελληνικό κράτος και συνακόλουθα η δημόσια υγεία, ακόμη μεγαλύτερη σημασία.

Κατά την *Φουντεδάκη*, το πρότυπο της ιατρικής επιμέλειας είναι ανεξάρτητο από την οικονομική διάσταση της ιατρικής πράξης. Η οφειλόμενη από τον ιατρό ιατρική υπηρεσία παραμένει ίδια, χωρίς «εκπτώσεις» ανάλογα με το κόστος ή την ασφαλιστική της κάλυψη<sup>311</sup>. Κατά την άποψη αυτή, η γενική αρχή που διέπει το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με την οποία οι ασφαλιστικές παροχές καλύπτουν το κόστος των ιατρικών πράξεων που είναι αναγκαίες και πρόσφορες για τον συγκεκριμένο ασθενή και όχι πολυτελείς ή πολυέξοδες εναλλακτικές θεραπείες<sup>312</sup>, αποσκοπεί στον περιορισμό επιβάρυνσης του ασφαλιστικού συστήματος με περιττά έξοδα και συνιστά ένα πρόσφορο μέσο για την αντιμετώπιση της «αμυντικής ιατρικής», που ωθεί τους ιατρούς σε πολλαπλές διαγνωστικές εξετάσεις.

Αυτή η θέση φαίνεται πάντως να εκφράζει περισσότερο το τι θα ίσχυε ιδανικά και όχι το τι θα πρέπει πράγματι να ισχύσει, αφού η ίδια η *Φουντεδάκη* επισημαίνει ότι οι συνέπειες που συνεπάγεται ενδεχόμενη διάσταση μεταξύ του ιατρικού προτύπου επιμέλειας και της ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενούς, δεν μπορούν να επιβαρύνουν τον συγκεκριμένο ιατρό αλλά αποτελούν ζήτημα της κρατικής πολιτικής για την υγεία. Αυτό όμως δεν μπορεί παρά να σημαίνει ότι, σε περίπτωση που οι οικονομικές συνθήκες αποκλείουν την υψηλού επιπέδου ιατρική υπηρεσία, που θα ωφελούσε τον ασθενή, την ευθύνη για την «κατώτερη» υπηρεσία δεν φέρει ο ιατρός και, επομένως, οι οικονομικές παράμετροι μπορούν να επηρεάσουν το μέτρο επιμέλειας.

Κατά την άποψη του *Πολίτη*, ο οποίος με διάθεση κριτικής επισημαίνει ότι μερικές φορές οι ιατροί πραγματογνώμονες δεν λαμβάνουν υπόψη τα χρηματοδοτικά όρια και τις συνέπειες της οικονομικής στενότητας στην ιατρική καθημερινότητα και βασίζονται σε ιδανικά ιατρικά πρότυπα σχετικά με το αναγκαίο και εφικτό μέτρο της επιμέλειας του ιατρού, το ιατρικό δίκαιο πρέπει να αναλάβει μια προστατευτική λειτουργία προς τον ιατρό έναντι υπερβολικών οικονομικών περικοπών στην περίθαλψη του ασθενούς<sup>313</sup>. Ο ίδιος παρατηρεί ότι δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν και σε ποιο βαθμό τα αστικά και ποινικά δικαστήρια αποδέχονται μείωση του προτύπου επιμέλειας του ιατρού για οικονομικούς λόγους, επισημαίνει, ωστόσο ότι η γερμανική

---

<sup>311</sup> *Φουντεδάκη*, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 385

<sup>312</sup> *Φουντεδάκη*, ό.π., σ. 384 με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>313</sup> *Πολίτης* Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, Ε.Ι.Δ 1/2016, 29.

νομολογία έχει αναγνωρίσει την ανάγκη οι οικονομικές παράμετροι να λαμβάνονται υπόψη στην ιατρική σκέψη με τη στάθμιση των εν γένει ορίων στο σύστημα της νοσοκομειακής περίθαλψης, ιδίως όταν υπάρχουν περιορισμοί στη χρηματοδότηση και στους προϋπολογισμούς<sup>314</sup>.

#### IV. Η βαρύτητα της κατάστασης ή η ευπάθεια του ασθενή

Γίνεται δεκτό ότι η βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή ή μια ασυνήθιστα μεγάλη ευπάθειά του επιβάλλει την τήρηση ενός αυξημένου μέτρου επιμέλειας από την πλευρά του ιατρού προκειμένου να μην χαρακτηριστεί η συμπεριφορά του ιατρικού σφάλμα<sup>315</sup>. Αντιθέτως, στην περίπτωση ενός μέσου ασθενή, αρκεί η τήρηση του συνηθισμένου προτύπου επιμέλειας.

Επισημαίνεται βέβαια, ορθά, ότι η λήψη υπόψη από τον ιατρό της κατάστασης του συγκεκριμένου ασθενούς λειτουργεί μόνο προς την ανύψωση του προτύπου επιμέλειας και όχι προς τη μείωσή του (λ.χ τήρηση μικρότερου προτύπου επιμέλειας στις περιπτώσεις νέων και υγιών ατόμων ή αντίστροφα, στις περιπτώσεις «καταδικασμένων» ατόμων)<sup>316</sup>. Στην υπ' αριθ. 4495/2002 απόφαση του *Εφετείου Αθηνών*<sup>317</sup> κρίθηκε ότι η εναγόμενη ιατρός, η οποία δεν συνέδραμε ασθενή της κατά την κατάκλιση στην ιατρική κλίνη για εξέταση με αποτέλεσμα αυτή να καταπέσει στο δάπεδο και να υποστεί κατάγματα, *δεν υπέπεσε σε ιατρικό σφάλμα*, διότι η ενάγουσα ασθενής *δεν απείχε από το μέσο ασθενή*, για τον οποίο είναι συνήθης ενέργεια η αυτοδύναμη κατάκλιση στην εξεταστική κλίνη. Κατά την κρίση του δικαστηρίου, η συνοδεία του ιατρού ή του βοηθητικού προσωπικού καθίσταται αναγκαία *«εάν οι ασθενείς είναι νήπια ή αδυνατούν να μετακινηθούν ακινδύνως υπερήλικες ή πρόσωπα αδυνατούν να μετακινηθούν ακινδύνως λόγω καταβολής δυνάμεων ή αδυνατούν να μετακινηθούν υπέρβαροι, δηλαδή αν διαγιγνώσκεται η ύπαρξις ειδικών προβλημάτων υγείας τα οποία τους καθιστούν ανίκανους να μετακινηθούν και έχουν ανάγκη παροχής βοήθειας κατά την κατάκλιση»*. Σε περίπτωση, λοιπόν, που συνέτρεχαν ιδιαίτεροι λόγοι (πχ ηλικία, επιβαρυνμένη κατάσταση υγείας, δυσχέρεια στις συνήθεις σωματικές κινήσεις, γνωστοποίηση στον ιατρό της αδυναμίας ασφαλούς αυτοδύναμης

<sup>314</sup> Πολίτης Χ., ό.π.

<sup>315</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 380· Τροκάνας, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, σε: Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, σ. 149.

<sup>316</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 380.

<sup>317</sup> ΔΕΕ, 2004, 204 επ. και ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

κατάκλισης στην ιατρική κλίνη), θα ήταν αναγκαία η επίδειξη αυξημένης επιμέλειας εκ μέρους της εναγόμενης ιατρού και τότε η επικαλούμενη ως παράλειψή της, να παραμείνει δηλαδή κοντά στην ασθενή και να τη βοηθήσει στην προσπάθειά της για κατάκλιση ή να αφήσει μαζί της κάποιο μέλος του βοηθητικού προσωπικού, θα στοιχειοθετούσε ιατρικό σφάλμα.

## **V. Η απουσία θεραπευτικού σκοπού της ιατρικής πράξης**

Το ερώτημα που τίθεται εν προκειμένω, ενόψει και του αυξανόμενου τα τελευταία χρόνια αριθμού επεμβάσεων πλαστικής χειρουργικής, οι οποίες δεν έχουν θεραπευτικό σκοπό, είναι κατά πόσο ο χαρακτήρας της ιατρικής πράξης ως θεραπευτικής ή μη επηρεάζει το ζητούμενο πρότυπο επιμέλειας. Διερωτάται δηλαδή κανείς μήπως τυχόν η επέμβαση για αισθητικούς λόγους διαφοροποιεί το μέτρο επιμέλειας με το οποίο θα κριθεί ο πλαστικός χειρουργός<sup>318</sup>.

Κατά το άρθρο 1§1 ΚΙΔ: *«Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου»*. Ο παραπάνω ορισμός αποτελεί μάλλον ατυχή διατύπωση, αφού περιγράφει αποκλειστικά την έννοια της «θεραπευτικής» ιατρικής πράξης και δίνει εσφαλμένα την εντύπωση ότι εξαιρούνται από το πεδίο εφαρμογής του ΚΙΔ οι μη θεραπευτικές πράξεις. Κάτι τέτοιο όμως, όπως προκύπτει και από επιμέρους διατάξεις του ΚΙΔ, δεν ισχύει. Ειδικότερα, στο άρθρο 11§3 ΚΙΔ γίνεται αναφορά σε *«μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις»* ενώ το άρθρο 31 ΚΙΔ αναφέρεται στη μη επιβαλλόμενη για ιατρικούς λόγους τεχνητή διακοπή της κύησης.

Κατόπιν των ανωτέρω, διαπιστώνουμε ότι οι ιατρικές πράξεις διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- α) τις *θεραπευτικές* ιατρικές πράξεις που αποσκοπούν στην *«πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου»* (άρθρ. 1 ΚΙΔ) και
- β) τις *μη θεραπευτικές* ιατρικές πράξεις (λ.χ καθαρά αισθητικές επεμβάσεις, τεχνητή διακοπή της κύησης ή στείρωση χωρίς να συντρέχουν ιατρικοί λόγοι), που αποτελούν

---

<sup>318</sup> Μηλιόπουλος, Όταν το δικαστικό σύστημα αντιμετωπίζει την ιατρική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού (Η οπτική ενός δικαστικού λειτουργού για τις θαυμαστές εξελίξεις της πλαστικής χειρουργικής), Αρμ. 2008, 180.

επεμβάσεις στη σωματική ακεραιότητα και υγεία του ασθενούς, χωρίς όμως θεραπευτικό σκοπό.

Στη θεωρία, έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η απουσία θεραπευτικού σκοπού επιβάλλει την επίδειξη αυξημένης επιμέλειας από πλευράς του ιατρού<sup>319</sup>.

Στη νομολογία, αντιθέτως, στην περίπτωση του πλαστικού χειρουργού, που επιχειρεί πλαστικές επεμβάσεις για αισθητικούς λόγους (λ.χ. ενέσεις botox, χειρουργική επέμβαση ανόρθωσης στήθους), δεν φαίνεται να διαφοροποιείται το μέτρο ευθύνης<sup>320</sup>.

Κατά την άποψη της γράφουσας, η απάντηση στο ερώτημα αν ο θεραπευτικός ή μη χαρακτήρας της ιατρικής πράξης πρέπει επηρεάζει το πρότυπο επιμέλειας του ιατρού δεν μπορεί παρά να είναι αρνητική. Δεδομένου ότι πρόκειται για «ιατρική πράξη», «ιατρό» και «ασθενή», κριτήριο για την επιμέλεια που οφείλει να επιδείξει ο πλαστικός χειρουργός κατά τη διενέργεια επεμβάσεων για αισθητικούς λόγους δεν αποτελεί ο θεραπευτικός ή μη χαρακτήρας της πράξης αλλά η επιμέλεια που επιδεικνύει «ο μέσος συνετός πλαστικός χειρουργός όταν ενεργεί αισθητικές επεμβάσεις».

Καθώς, λοιπόν, οι αισθητικές επεμβάσεις εντάσσονται στην έννοια της ιατρικής πράξης, σύμφωνα με όσα ειπώθηκαν ανωτέρω, σε περίπτωση που ο ασθενής υποστεί βλάβη της υγείας του, ο μη θεραπευτικός χαρακτήρας της αισθητικής επέμβασης δεν έχει καμία σημασία. Κρίσιμη είναι η μη επίδειξη εκ μέρους του πλαστικού χειρουργού επιμελούς συμπεριφοράς.

## **Ε. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ**

### **Ι. Γενικά**

Σε αυτό το μέρος της εργασίας θα επιχειρηθεί να αποδοθεί η **«φαινομενολογία» του ιατρικού σφάλματος**, έτσι όπως αυτή έχει διαμορφωθεί σε επίπεδο θεωρίας και νομολογίας. Το δίκαιο της αστικής ιατρικής ευθύνης, άλλωστε, έχει διαμορφωθεί σε

---

<sup>319</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 381.

<sup>320</sup> ΠΠρΘεσσαλ 8413/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΜΠρΑθ 7896/2002 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

μεγάλο βαθμό νομολογιακά<sup>321</sup>, όχι μόνο στα κράτη του common law αλλά και στα κράτη της ηπειρωτικής νομικής παράδοσης.

Βασικό γνώρισμα του δικαίου αστικής ιατρικής ευθύνης, όπως και κάθε νομολογιακού δικαίου, είναι ο **περιπτώσιολογικός του χαρακτήρας**. Συχνά, μάλιστα, το δίκαιο της αστικής ιατρικής ευθύνης αναφέρεται ως **«τυποποιημένη περιπτώσιολογία των πολιτικών δικαστηρίων»** και αυτό ισχύει τουλάχιστον για δύο βασικούς θεματικούς άξονες: την έννοια του ιατρικού σφάλματος και το περιεχόμενο και την έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς<sup>322</sup>. Παρότι η τυποποίηση δεν μπορεί είναι διεξοδική, καθώς η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται διαρκώς και νέες μορφές ιατρικής αμέλειας προκύπτουν συνεχώς, η δημιουργία κατηγοριών ιατρικού σφάλματος, η ταξινόμησή του, καθιστά ευκολότερη τη σύλληψή του και διευκολύνει τη δημιουργία κριτηρίων ιατρικής ευθύνης<sup>323</sup>.

Κατά τη νομολογία<sup>324</sup>, η ιατρική αμέλεια μπορεί να εμφανίζεται υπό τις εξής μορφές: **«α) είτε ως εσφαλμένη διάγνωση ή μη διάγνωση μιας νόσου, που στη μη συμμόρφωση προς τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και έχει ως συνέπεια τη μη αντίληψη και μη κοινοποίηση του κινδύνου που απειλεί το έννομο αγαθό της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας και υγείας (ως επί το πλείστον η ορθή διάγνωση προϋποθέτει τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς, εξέταση του ασθενούς, εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες και συμβουλή άλλων ιατρών) β) είτε ως εσφαλμένη πλημμελής θεραπευτική αγωγή (φαρμακευτική, διαιτητική, εγχειρηματική), διαδικασία δηλαδή που αποσκοπεί στην ίαση του ασθενούς κατά τρόπο παρακάμπτοντα τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (π.χ. - μετάγγιση αίματος χωρίς έλεγχο της συμβατότητας των ομάδων αίματος, εγκατάλειψη εργαλείων ή άλλων αντικειμένων στο σώμα του ασθενούς μετά την εγχείρηση, μη έγκαιρη επέμβαση, χορήγηση υπερβολικής δόσης φαρμάκου), δηλαδή συγκεκριμένα η αμέλεια του ιατρού μπορεί να θεμελιωθεί σε σφάλμα περί την εκλογή της θεραπείας, λόγω της οποίας και επέρχεται κακό στον ασθενή, είτε αυτό οφείλεται σε άγνοια της προσήκουσας για την περίπτωση θεραπείας ή γενικά ενέργειας, είτε γιατί επέλεξε μέθοδο και θεραπεία η οποία, κατά τις γενικά κρατούσες αρχές της ιατρικής επιστήμης, δεν ήταν για την περίπτωση, γ) είτε ως μη παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό θάλαμο και την**

<sup>321</sup> Ομπέση, Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο: επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ 1993, 402.

<sup>322</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 38 με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>323</sup> Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, σ. 46.

<sup>324</sup> ΑΠ 974/2014, ΕΙΔ, 1/2015, 367.

*ανάληψη της διεξαγωγής ενός διαγνωστικού ή θεραπευτικού εγχειρήματος, χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες ειδικές γνώσεις και ικανότητες ή τα κατάλληλα διαγνωστικά μέσα, (δ) είτε ως μη εκπλήρωση καθήκοντος ιατρικής μέριμνας και επιμέλειας».*

## **II. Διαγνωστικά σφάλματα**

Ως **διάγνωση** ορίζεται «η νοητική εκείνη ενέργεια του ιατρού με βάση την οποία αναγνωρίζει και βεβαιώνει, αξιολογώντας τα ευρήματά του, κλινικά και εργαστηριακά, την ύπαρξη μια συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας»<sup>325</sup>. Η διάγνωση αποτελεί την πρώτη και σπουδαιότερη ενέργεια του ιατρού, αφού από αυτήν εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η περαιτέρω πορεία του ασθενή. Η εσφαλμένη διάγνωση, άλλωστε, αποτελεί τη συχνότερη αιτία της εσφαλμένης επιλογής θεραπείας. Όπως χαρακτηριστικά έχει ειπωθεί: «η σωστή διάγνωση της νόσου είναι το *A* και το *Ω* της επιτυχημένης αντιμετώπισης ενός περιστατικού»<sup>326</sup>.

Η διαδικασία αναγνώρισης της νόσου είναι σύνθετη και απαιτητική, με υψηλές πιθανότητες πλάνης, και για το λόγο αυτό τα διαγνωστικά σφάλματα αποτελούν τη συχνότερη μορφή ιατρικού σφάλματος<sup>327</sup>. Ο ιατρός θα πρέπει να ακολουθήσει ένα *lege artis* διαγνωστικό αλγόριθμο, χρησιμοποιώντας μέσα που του παρέχει εκείνη τη στιγμή η επιστήμη<sup>328</sup>.

Σημειωτέο ότι **κάθε εσφαλμένη διάγνωση δεν συνιστά απαραίτητα ιατρικό σφάλμα**, αφού αυτή μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους άλλους παράγοντες και όχι στη μη καταβολή της απαιτούμενης επιμέλειας εκ μέρους του ιατρού. Άλλωστε, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο ιατρός δεν υπόσχεται το θετικό αποτέλεσμα των ιατρικών πράξεων που διενεργεί, εν προκειμένω την ορθή διάγνωση, αλλά ότι θα επιδείξει την επιβαλλόμενη επιμέλεια.

Οι λόγοι για τους οποίους ακόμη κι ένας επιμελής ιατρός μπορεί να καταλήξει σε εσφαλμένο πόρισμα σχετικά με τη νόσο του ασθενή είναι πολλοί. Ένα νόσημα λ.χ μπορεί να μη δίνει από την αρχή σαφείς ενδείξεις που οδηγούν σε ασφαλή διάγνωση<sup>329</sup> ή να είναι αδύνατο να διαγνωσθεί από την αρχή. Κρίθηκε, λοιπόν, ότι δεν αποτελεί

<sup>325</sup> Σακελλαροπούλου, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς, σ. 99.

<sup>326</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 53.

<sup>327</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα-Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 97.

<sup>328</sup> Πολίτης Χ., Η Ιατρική Ευθύνη. Πρόβλημα ιατρικό και νομικό. Νομικές παράμετροι (II), ΕΙΔ 10/2010, 836.

<sup>329</sup> ΣυμβΠλημΑιγίου 46/2001 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

διαγνωστικό σφάλμα η μη διάγνωση από τον οφθαλμίατρο ρωγμής στον οφθαλμό ασθενούς, καθώς η ρωγμή, αποτελώντας μια εξελικτική κατάσταση που απαιτεί κάποιο λανθάνοντα χρόνο μέχρι να εκδηλωθεί, δεν μπορούσε να προβλεφθεί από τον ιατρό στο χρονικό σημείο που έγινε η εξέταση<sup>330</sup>. Μπορεί ακόμη οργανισμός του ασθενούς να αντιδρά διαφορετικά σε κάποια ασθένεια σε σχέση με το συνήθως συμβαίνον. Κρίθηκε, για παράδειγμα, ότι δεν αποτελεί διαγνωστικό σφάλμα η παράλειψη του ιατρού-μαιευτήρα να συστήσει σε έγκυο, η οποία ήταν τριανταπέντε (35) ετών, δεν είχε βεβαρημένο ιστορικό και, γενικώς, δεν ανήκε στην ομάδα υψηλού κινδύνου, να προβεί στη διενέργεια υπερηχογραφήματος II επιπέδου<sup>331</sup>. Μπορεί ακόμη, η νόσος από την οποία πάσχει ο ασθενής να δίνει τα ίδια συμπτώματα με τη νόσο η οποία λανθασμένα διαγνώστηκε<sup>332</sup>. Τέλος, ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να αποκρύπτει συμπτώματα που εμφανίζει<sup>333</sup> ή κρίσιμα στοιχεία για την κατάσταση της υγείας του, εμποδίζοντας τον ιατρό να καταλήξει σε ορθό συμπέρασμα. Όπως εύστοχα επισημαίνεται, η συμβολή του ασθενούς στη διάγνωση της ασθένειάς του είναι καθοριστική και για αυτό ο ασθενής θα πρέπει να εμπιστευθεί τον ιατρό και να τον ενημερώσει πλήρως για την κατάστασή του, ώστε αυτός να μπορέσει να εκτιμήσει με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια το περιστατικό και να πράξει αναλόγως<sup>334</sup>.

Η διάγνωση είναι από τα χαρακτηριστικά πεδία όπου εκδηλώνεται η προβληματική σύνδεση της επιστημονικής ελευθερίας του ιατρού με το ιατρικό σφάλμα. Τα όρια μεταξύ μιας διάγνωσης που, αν και αποδεικνύεται εσφαλμένη, όταν έγινε ήταν αντικειμενικά δικαιολογημένη βάσει των κανόνων της επιστήμης, και μιας διάγνωσης που σχηματίστηκε κατά παράβαση της οφειλόμενης επιμέλειας, είναι ασαφή<sup>335</sup>. Δεν είναι τυχαίο ότι η γερμανική νομολογία, εμφανίζεται συγκρατημένη ως προς την αναγνώριση διαγνωστικών σφαλμάτων, εκτός αν η εσφαλμένη διάγνωση δεν δικαιολογείται βάσει και άλλων ευρημάτων ή ο ιατρός δεν αναγνωρίζει ή ερμηνεύει εσφαλμένα προφανή συμπτώματα<sup>336</sup>.

Για όλους τους ανωτέρω λόγους, η διαγνωστική αστοχία συνιστά το δυσχερέστερο πεδίο κατάφασης ιατρικού σφάλματος. Πρέπει πάντως να τονισθεί ότι

---

<sup>330</sup> ΜΠρΚω 824/2011, ΕφΑΔ 2012, 933 επ.

<sup>331</sup> ΕφΑθ 2384/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>332</sup> *Ψαρούλης-Βούλτσος*, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 268.

<sup>333</sup> *Χελιδόνης Απ.*, Η έννοια του Ιατρικού σφάλματος, ΕφΑΔΠολΔ 8-9/2017, 703.

<sup>334</sup> *Χελιδόνης Απ.*,ό.π.

<sup>335</sup> *Φουντεδάκη Κ.*, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 389 επ.

<sup>336</sup> *Πελλένη-Παπαγεωργίου*, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, σ. 227, με περαιτέρω παραπομπές σε γερμανική βιβλιογραφία.



μόνη η **διαγνωστική δυσχέρεια** δεν απαλλάσσει τον ιατρό από την ευθύνη. Όπως έχει κριθεί, «(...)μόνο τότε η εσφαλμένη διάγνωση δεν καταλογίζεται σε βάρος του ιατρού, όταν ορισμένα ευρήματα παραπέμπουν κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και της πείρας που έχει αποκτηθεί στην (ή και στην) ασθένεια που εσφαλμένα αυτός διέγνωσε, και έτσι δικαιολογημένα τον οδήγησαν σε αναμφίβολο, πλην εσφαλμένο πόρισμα (...) Διαφορετικά, αν τα ευρήματα είναι τέτοια που δημιουργούν σοβαρές αμφιβολίες για την ύπαρξη της μιας ή της άλλης ασθένειας, **ο ιατρός οφείλει να συμβουλευθεί και άλλον, εμπειρότερο μάλιστα συνάδελφο του, και αν διατηρεί τις αμφιβολίες του, οφείλει να τις διατυπώσει στη γνωμάτευση του και να προτείνει την επανεξέταση από άλλον ιατρό της αυτής ειδικότητας, ή από εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο (...)**»<sup>337</sup>.

Το σφάλμα περί τη διάγνωση δύναται να προσλάβει τις ακόλουθες μορφές:

1. **Σφάλμα της ίδιας της διάγνωσης.** Αυτό διαπράττεται, όταν αλλοιώνεται η διαγνωστική εικόνα είτε λόγω βλάβης στα διαγνωστικά μηχανήματα είτε λόγω εσφαλμένων χειρισμών του χρήστη των διαγνωστικών μηχανημάτων ή μεθόδων. Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται, για παράδειγμα, η *μη ορθή λήψη επιχρίσματος από τον κόλπο, τράχηλο* σε διαγνωστική εξέταση για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (τεστ ΠΑΠ) ή η *μη ορθή εργαστηριακή εξέταση του δείγματος*<sup>338</sup>.
2. **Παράλειψη διενέργειας ή επανάληψης αναγκαίας για το ιατρικό περιστατικό διαγνωστικής πράξης σε οποιοδήποτε στάδιο της θεραπείας ή επιλογή ακατάλληλης διαγνωστικής μεθόδου.** Η εν λόγω παράλειψη δύναται να οφείλεται είτε σε ανεπίτρεπτη άγνοια είτε σε εσφαλμένη εκτίμηση περί την αναγκαιότητα ορισμένης διαγνωστικής πράξης<sup>339</sup>. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται:
  - i. **η παράλειψη του ιατρού να δώσει στην (κυοφορούσα) ασθενή του έγκαιρη εντολή για παρακλινικές εξετάσεις αίματος και ούρων**, που θα τον οδηγούσαν στη διάγνωση της οξείας νεφρίτιδας, προς την καταστολή της οποίας θα χορηγούνταν αμέσως αντιβιοτικά<sup>340</sup>,
  - ii. **η παράλειψη των ιατρών να προβούν σε επιπλέον εξετάσεις ώστε να καταλήξουν σε ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση της εγκεφαλίτιδας**, που

<sup>337</sup> ΑΠ 1693/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>338</sup> ΠΠρΘεσσαλ 16451/2009 ΤΝΠ ΔΣΑ, η οποία εν τέλει έκρινε ότι ο ιατρός ενήργησε de lege artis και ότι κάποιες φορές εκδηλώνεται αδυναμία του τεστ ΠΑΠ να καταδείξει κακοήθεια στον ενδοτράχηλο.

<sup>339</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 98.

<sup>340</sup> ΑΠ 88/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

εμφανίστηκε σε ασθενή, ως επιπλοκή, μετά από εξέταση μυελογραφίας στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης<sup>341</sup>,

- iii. **η παράλειψη του ιατρού να υποβάλει ασθενή, που εμφάνισε “πρήξιμο” του στομάχου, σε σχετικές εξετάσεις και να καλέσει άλλους ιατρούς, άλλων ειδικοτήτων, προς ενίσχυσή του, παρότι τα συμπτώματα που εμφάνιζε έπρεπε να τον προβληματίσουν, ενόψει και του ιστορικού του ασθενούς για έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου<sup>342</sup>,**
- iv. **η παράλειψη του ιατρού να συστήσει στην ασθενή του, που μετά από χειρουργική πλαστική επέμβαση στο στήθος, εμφάνισε συμπτώματα πόνου και πυρετού, να προβεί αμέσως σε παρακλινικές εξετάσεις (μικροβιολογικές, αιματολογικές) για να διαπιστωθεί αν συνέτρεχε μόλυνση, σύμφωνα με το γενικό κανόνα της ιατρικής ότι σε κάθε ιατρική επέμβαση ελλοχεύει κίνδυνος μόλυνσης<sup>343</sup>,**
- v. **η παράλειψή των ιατρών να προβληματιστούν για την πορεία της υγείας ασθενούς, καθώς δεν προέβησαν σε περαιτέρω εξετάσεις για τα ευρήματα που είχαν εντοπίσει (αναιμία, αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων, δύσπνοια, κοιλιακό άλγος) αλλά επέτρεψαν την έξοδό του από το νοσηλευτήριο και ακόμη και όταν οι συγγενείς του ασθενούς ενημέρωσαν τον έναν από τους ιατρούς ότι η κατάσταση του, μετά την έξοδο από το νοσηλευτήριο, έβαινε επιδεινούμενη και ζήτησαν την επανεισαγωγή του, ο ιατρός επέμεινε ότι ο ασθενής δεν χρήζει περαιτέρω ιατρικής παρακολούθησης, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατός του<sup>344</sup>,**
- vi. **η παράλειψη χειρουργού να διενεργήσει, κατά τη διάρκεια επέμβασης βουβωνοκήλης, ταχεία βιοψία με βελόνα σε μόρφωμα που εντόπισε, η οποία είχε ως αποτέλεσμα να αφαιρέσει (ο ιατρός) το μοναδικό έκτοπο νεφρό του ασθενούς, υπολαμβάνοντας εσφαλμένα ότι επρόκειτο για κακοήγη όγκο (λόγω της έκτοπης θέσης του, του ανώμαλου σχήματος και του διαφορετικού μεγέθους υπήρχε δυσχέρεια να αναγνωριστεί το μόρφωμα ως νεφρό) ενώ, εάν είχε**

---

<sup>341</sup> ΣτΕ 2669/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>342</sup> ΑΠ 1683/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>343</sup> ΑΠ 1741/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ (στην υπό κρίση περίπτωση το -αρχικό- διαγνωστικό σφάλμα οδήγησε, περαιτέρω, σε σφάλμα περί της επιλογής θεραπείας).

<sup>344</sup> ΕφΑθ 4964/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

διενεργηθεί η ταχεία βιοψία, θα διαπιστωνόταν η ύπαρξη νεφρικού παρεγχύματος και ο ιατρός δεν θα προέβαινε στην αφαίρεσή του<sup>345</sup>,

- vii. **η παράλειψη ιατρού να διενεργήσει βιοψία ώστε να ερευνήσει αν οι дисπλαστικές αλλοιώσεις που παρατηρήθηκαν στην περιφερειακή ζώνη του προστάτη ασθενούς οφείλονται σε καρκίνωμα**, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποβληθεί -κατόπιν σύστασης του ιατρού, που θεώρησε εσφαλμένα ότι πρόκειται για καρκίνωμα- σε επέμβαση αφαίρεσης του προστάτη, ενώ δεν ήταν αναγκαίο, και να υποστεί τις δυσμενείς συνέπειές της (έντονη ακράτεια ούρων, εμπόδια στο βάδισμα, ανάγκη για χρήση εξωτερικού καθετήρα)<sup>346</sup>.
- viii. **η παράλειψη ιατρού, που εξέτασε ασθενή στο στάδιο απεξάρτησης από τη χρήση ναρκωτικών, να ζητήσει να διενεργηθούν άμεσα ακτινολογικές και αιματολογικές εξετάσεις** με αποτέλεσμα να μην διαγνώσει ότι ο ασθενής έπασχε από περιτονίτιδα, που τελικώς οδήγησε στο θάνατό του, αλλά να θεωρήσει εσφαλμένα ότι τα συμπτώματα που εμφάνιζε (κοιλιακό άλγος, εμετοί, διάρροια) οφείλονταν σε στερητικό σύνδρομο και να του χορηγήσει αναλγητικά φάρμακα, συστήνοντάς του να μεταβεί στον Ο.ΚΑ.ΝΑ<sup>347</sup>.
- ix. **η παράλειψη ενέργειας υπερηχογραφικού ελέγχου της επιτόκου**, τον οποίο ο ίδιος της είχε συστήσει και με τον οποίο θα διαπιστωνόταν η περιέλιξη του ομφάλιου λώρου στο λαιμό του εμβρύου και θα γινόταν νωρίτερα ο τοκετός με καισαρική τομή<sup>348</sup>.
3. **Μη λήψη ή πλημμελής λήψη ιστορικού του ασθενούς**, με αποτέλεσμα την άγνοια του ιατρού για σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη διάγνωσή του ή την κρίση του για υποβολή του ασθενούς σε συγκεκριμένη θεραπεία, εκτός αν η συγκεκριμένη λήψη είναι αδύνατη (λ.χ εισαγωγή άγνωστου ατόμου σε κωματώδη κατάσταση<sup>349</sup>). Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται:
- i. **η παράλειψη χειρουργού, στο πλαίσιο προεγχειρητικού ελέγχου ασθενούς να τη ρωτήσει αν λαμβάνει αντισυλληπτικά φάρμακα**, που αυξάνουν σημαντικά τον -εγγενή με την ορθοπεδική εγχείρηση στην οποία υποβλήθηκε- κίνδυνο

<sup>345</sup> ΠΠρΘεσσαλ 12941/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>346</sup> ΠΠρΑθ 443/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>347</sup> ΠοινΧρ ΞΕ', σ. 414.

<sup>348</sup> ΑΠ 1671/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>349</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, 1996, σ. 56.

φλεβοθρομβώσεως και πνευμονικής εμβολής, που τελικώς οδήγησε, στο θάνατό της<sup>350</sup>,

- ii. **η παράλειψη λήψης πλήρους ιστορικού του ασθενούς**, πάσχοντα από στηθάγχη, εκ μέρους των ιατρών (όφειλαν να ζητήσουν τα ηλεκτροκαδιογραφήματα που είχαν γίνει από το θεράποντα ιατρό του), πριν την υποβολή του στην διαγνωστική εξέταση της φαρμακευτικής δοκιμασίας (τεστ) κόπωσης<sup>351</sup>.

**4. Εσφαλμένη εκτίμηση των συμπτωμάτων και της εν γένει κλινικής και εργαστηριακής εικόνας του ασθενούς**, ενόψει δε του ότι η ιατρική επιστήμη σήμερα διαθέτει πλειάδα παρακλινικών εξετάσεων, οι οποίες έχουν στόχο να βοηθήσουν τον κλινικό ιατρό να οδηγηθεί στη σωστή διάγνωση για το πρόβλημα του ασθενούς<sup>352</sup>. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται:

- i. **η μη ορθή αξιολόγηση των ιατρών διαγνωστικού εργαστηρίου εξειδικευμένου στην έρευνα γενετικών ασθενειών- των εξετάσεων μοριακού ελέγχου της κυστικής ίνωσης**, στις οποίες υποβλήθηκαν οι γονείς του κυοφορούμενου εμβρύου, η οποία είχε ως αποτέλεσμα -παρότι υπήρχε η τεχνική δυνατότητα της μεθόδου που ακολούθησαν να προβούν σε ορθή διάγνωση- να μην διαγνώσουν ότι οι γονείς του κυοφορούμενου ήταν φορείς της εν λόγω νόσου, να εμποδιστούν οι τελευταίοι να ασκήσουν ελεύθερα το δικαίωμα επιλογής διακοπής κύησης και τελικώς να γεννηθεί το τέκνο τους με τη σοβαρή και ανίατη νόσο της κυστικής ίνωσης<sup>353</sup>,
- ii. **η μη έγκαιρη διάγνωση του ιατρού -από βαριά αμέλεια- ότι τα συμπτώματα (της δύσπνοιας και της δυσφορίας) που εμφάνισε ασθενής, μετά από χειρουργική επέμβαση, ήταν αποτέλεσμα του συνδρόμου οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS)**, που οδήγησε σε βαριά υποξαιμία που υπέστη και τελικώς οδήγησε σε εγκεφαλική βλάβη του ασθενούς<sup>354</sup> και η καθυστέρηση, εκ μέρους των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ μαιευτηρίου, να καλέσουν νευρολόγο να εξετάσει την ασθενή, που μετά την αφαίρεσης του κυήματος της με καισαρική τομή, παρουσίασε μειωμένη κινητικότητα στο αριστερό άνω και κάτω άκρο και πτώση της γωνίας του

<sup>350</sup> ΑΠ 181/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>351</sup> ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>352</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 101.

<sup>353</sup> ΕφΠειρ 242/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>354</sup> ΠΠρΑθ 453/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

στόματος δεξιά, σε συνδυασμό με τη μετέπειτα εσφαλμένη διάγνωση του νευρολόγου, ο οποίος ισχυρίστηκε ότι δεν πρόκειται για εγκεφαλική αιμορραγία, με αποτέλεσμα να εγκατασταθεί μη αναστρέψιμη ημιπληγία στην ασθενή, αφού η εγκεφαλική αιμορραγία πρέπει να αντιμετωπιστεί εντός τριάντα (30) λεπτών από την εκδήλωσή της και στην υπό κρίση περίπτωση είχαν περάσει πέντε (5) ώρες<sup>355</sup>.

5. **Μη λήψη επιστημονικής γνώμης από άλλους ιατρούς**, όπου αυτό κρίνεται επιβεβλημένο ή παράλειψη επικοινωνίας με τα πρόσωπα που είχαν επιμεληθεί προηγουμένως την υγεία του ασθενούς, αφού ο ιατρός σε δύσκολες περιπτώσεις, αλλά και όταν ακόμα έχει αμφιβολίες για τη διάγνωση της νόσου του ασθενή, καλό είναι να ζητά την γνώμη και άλλου ιατρού<sup>356</sup>. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται:

- i. **η εσφαλμένη εκτίμηση ιατρού περί κακοήθειας όγκου (ενώ ήταν καλοήθης) και η παράλειψή του, αφού αντιμετώπισε δυσκολία στη διάγνωση, να συμβουλευθεί άλλον ιατρό της ίδια ειδικότητας ή να προτείνει επανεξέταση του υλικού της βιοψίας από εμπειρότερο ιατρό ή από εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο**, η οποία είχε ως αποτέλεσμα να υποβληθεί η ασθενής σε συνεχείς εξετάσεις και χημειοθεραπείες και να υποστεί πολύμηνη σωματική και ψυχική ταλαιπωρία<sup>357</sup>
- ii. **η παράλειψη ιατρού να μελετήσει ο ίδιος διαγνωστικά αποτελέσματα που εξήγαγε άλλος ιατρός**, ιδίως όταν ο πρώτος είχε υποδείξει ως επιβεβλημένες τις σχετικές εξετάσεις<sup>358</sup>.

### III. Σφάλμα περί τη θεραπεία

Στην έννοια της «θεραπείας» ή της «θεραπευτικής αγωγής» περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι ιατρικές πράξεις που κατατείνουν στην αντιμετώπιση και ίαση της ασθένειας είτε με φαρμακευτική αγωγή είτε με χειρουργική επέμβαση είτε με κάποιο άλλο τρόπο,

---

<sup>355</sup> ΑΠ 974/2014, ΕΙΔ, 1/2015, 367 επ. (στην υπό κρίση περίπτωση, οι ιατροί δεν έσφαλαν μόνο ως προς τη διάγνωση της εγκεφαλικής αιμορραγίας αλλά και ως προς τη μη παραπομπή της ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο, που διέθετε τον κατάλληλο εξοπλισμό. Η παράλειψη αυτή παρατίθεται παρακάτω, στο σημείο ανάλυσης του σφάλματος ανάληψης. Πάντως, το βασικό σφάλμα των ιατρών ήταν το σφάλμα διάγνωσης, αφού ο λόγος που δεν παρέπεμψαν την ασθενή σε άλλο νοσοκομείο ήταν ακριβώς ότι είχαν αποκλείσει το ενδεχόμενο της εγκεφαλικής αιμορραγίας).

<sup>356</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, 1996, σ. 57.

<sup>357</sup> ΑΠ 1693/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>358</sup> ΑΠ 2581/2008 ΝοΒ 57, 1732.

ή αλλιώς στη «διαχείριση του περιστατικού»<sup>359</sup>. Έτσι, η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής θα πρέπει να βασισθεί σε τρεις, κυρίως, παράγοντες: α) στη σωστή διάγνωση, β) στην αντικειμενική εκτίμηση της όλης κατάστασης της υγείας του ασθενούς και γ) στις υφιστάμενες δυνατότητες εφαρμογής της<sup>360</sup>.

Ως «σφάλμα περί τη θεραπεία» θεωρείται η επιλογή ή η εφαρμογή μιας θεραπευτικής μεθόδου, η οποία κρίνεται εσφαλμένη κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί ισχύουν τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, η εσφαλμένη διενέργεια της καθώς και η παράλειψη του ιατρού να ενεργήσει έγκαιρα για την παρεμπόδιση του αποτελέσματος της σωματικής βλάβης ή του θανάτου <sup>361</sup>. Κυρίως ωστόσο, όπως εύστοχα επισημαίνεται<sup>362</sup>, τα σφάλματα αυτά απορρέουν από τη λανθασμένη διάγνωση του ιατρού επί του ασθενή. Διαπιστώνεται, επομένως, συχνά μια «αλυσίδα» υπό τη μορφή της αλληλουχίας γεγονότων που ξεκινούν από την εσφαλμένη ή ελλιπή διάγνωση και καταλήγουν στην εφαρμογή εσφαλμένης θεραπείας<sup>363</sup>. Για το λόγο αυτό η ένταξη του ιατρικού σφάλματος στην κατηγορία «σφάλμα περί τη διάγνωση» ή «σφάλμα περί τη θεραπεία» δεν είναι πάντα εύκολη. Στο παρόν υποκεφάλαιο επιχειρείται η κατηγοριοποσφαλμάτων που σχετίζονται αποκλειστικά με την εσφαλμένη επιλογή ή εφαρμογή θεραπείας και δεν συνδέονται με προγενέστερη εσφαλμένη διάγνωση. Τα σφάλματα περί τη θεραπεία κατηγοριοποιούνται ως εξής:

## **1. Εσφαλμένος χειρισμός.**

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται περιστατικά αδέξιων, επιστημονικά αντενδεικνυόμενων ή επιπόλαιων χειρισμών ή παραλείψεων, που έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας του ασθενούς<sup>364</sup>. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν:

- i. **η εσφαλμένη τοποθέτηση βαλβίδας υδροκεφάλου σε ασθενή, με αποτέλεσμα η άτυπη πορεία του κεντρικού σκέλους της βαλβίδας να του προκαλέσει νευρολογικά, κινητικά και αισθητικά προβλήματα**<sup>365</sup>,

<sup>359</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 107.

<sup>360</sup> Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, σ. 59.

<sup>361</sup> Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 270.

<sup>362</sup> Χαραλαμπίδης Α., Ιατρική Ευθύνη-Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, 317.

<sup>363</sup> Χαραλαμπίδης Α., ό.π.

<sup>364</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 108.

<sup>365</sup> ΑΠ 221/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

- ii. **ο κακός χειρισμός των λαβίδων (εμβρυουλκών), κατά τη διάρκεια φυσιολογικού τοκετού με αναρροφητική εμβρυουλκία, που προκάλεσε κάταγμα στο κρανίο του βρέφους και, συνακόλουθα, σοβαρές σωματικές βλάβες**<sup>366</sup>,
- iii. **η πρόκληση -από βαριά αμέλεια και αδεξιότητα των ιατρών- τρώσης της τραχείας ασθενούς, κατά την εισαγωγή τραχειοσωλήνα για την επίτευξη ενδοτραχειακής διασωληνώσεως, που οδήγησε, λόγω της αδυναμίας αερισμού και της κατακλύσεως των πνευμόνων της με αίμα, στον θάνατό της**<sup>367</sup>,
- iv. **ο εγκλωβισμός νευρικής ρίζας, λόγω εσφαλμένης τοποθέτηση βίδας, κατά τη διενέργεια χειρουργικής σπονδυλοδεσίας με βίδες, που προκάλεσε στον ασθενή χωλότητα του δεξιού σκέλους κατά τη βάδιση**<sup>368</sup>,
- v. **οι εσφαλμένοι χειρουργικοί χειρισμοί, κατά τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης βουβωνοκήλης, που οδήγησαν σε απονέκρωση του αριστερού όρχι του ασθενούς**<sup>369</sup>,
- vi. **ο λανθασμένος χειρισμός των ιατρικών εργαλείων, κατά τη διάρκεια χειρουργικής προς αντιμετώπισης της παχυσαρκίας ασθενούς, εξ αιτίας του οποίου προκλήθηκε οπή στο θόλο του στομάχου του, με αποτέλεσμα, από την διαφυγή γαστρικών υγρών που ακολούθησε, να προκληθεί φλεγμονή και σήψη των ιστών καθώς και οίδημα στη μεμβράνη διάχυσης οξυγόνου, που οδήγησαν στην εμφάνιση συνδρόμου οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS)**<sup>370</sup>,
- vii. **η τρώση αγγείου ασθενή, κατά τη διενέργεια εμβολισμού, που προκάλεσε ενδοεγκεφαλική αιμορραγία**<sup>371</sup>,
- viii. **η εγκατάλειψη χειρουργικής γάζας, κατά τη διενέργεια εγχείρησης καισαρικής τομής, σε κυοφορούσα, που είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αποστήματος και τελικώς, την αφαίρεση της αριστερής της σάλπιγγας**<sup>372</sup>,
- ix. **η εγκατάλειψη τμήματος βελόνας, που αποκόπηκε από το κυρίως σώμα αυτής, κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης αφαίρεσης ογκιδίου, στον αριστερό μαστό ασθενούς**<sup>373</sup>,

<sup>366</sup> ΣτΕ 2664/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>367</sup> ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>368</sup> ΕφΘεσσαλ 692/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>369</sup> ΑΠ 220/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>370</sup> ΠΠρΑθ 453/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>371</sup> ΕφΑθ 6426/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>372</sup> ΠΠρΑθ 689/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>373</sup> ΠΠρΘεσσαλ 33096/2007 Αρμ 2008, 1170.

- x. **η έκχυση υλικού (υδροξειδίου του ασβεστίου) από οδοντίατρο, κατά τη διάρκεια απονεύρωσης, χωρίς να λάβει τα απαραίτητα μέτρα και χωρίς να προειδοποιήσει έστω την ασθενή να κρατήσει κλειστούς τους οφθαλμούς της, που είχε ως αποτέλεσμα, λόγω της πήξεως του υλικού και της άσκησης μεγάλης πίεσης στην ήδη δυσλειτουργική σύριγγα, να εκτοξευτεί αυτό με δύναμη και να εισέλθει στον οφθαλμό της ασθενούς προκαλώντας της έγκαυμα<sup>374</sup>,**
- xi. **η εγκατάλειψη υπολείμματος πλακούντος εντός του σώματος επιτόκου, που οδήγησε στο θάνατο της τελευταίας, λόγω διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης<sup>375</sup>.**

**2. *Ημιτελής ή ανεπιτυχής ιατρική ενέργεια, ενδεχομένως λόγω καθυστερημένης λήψης απόφασης για τη διενέργειά της.***

Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν, ενδεικτικά:

- i. **η καθυστέρηση μαιευτήρα να διενεργήσει καισαρική τομή σε κυοφορούσα, παρά τις σαφείς ενδείξεις περί αναγκαιότητας διενέργειάς της, η οποία είχε ως αποτέλεσμα, μέχρι τη γέννηση του βρέφους με καισαρική τομή, να υποστεί ανοξία και περιγεννητική ασφυξία<sup>376</sup>,**
- ii. **η επιλογή ιατρών επαρχιακού νοσοκομείου να διατάξουν τη μεταφορά ασθενούς με ακατάσχετη αιμορραγία γεννητικών οργάνων σε κεντρικό νοσοκομείο μεγαλούπολης παρότι μπορούσαν να αναχαιτίσουν την αιμορραγία με άμεση διενέργεια ολικής υστερεκτομίας, με αποτέλεσμα το θάνατο της ασθενούς κατά την διάρκεια της μεταφοράς από αιμορραγία<sup>377</sup>.**
- iii. **η μη έγκαιρη διακοπής εξέτασης κοπώσεως, παρά την εμφάνιση στηθαγχικού πόνου στον ασθενή και τη διαμαρτυρία και απαίτησή του να διακοπεί η εξέταση, που είχε ως αποτέλεσμα να υποστεί ο ασθενής έμφραγμα και να καταλήξει<sup>378</sup>,**
- iv. **η μη έγκαιρη διακοπή αναισθησιολόγου των προσπάθειών ενδοτραχειακής διασωλήνωσης του ασθενούς και κλήση χειρουργού, ώστε ο τελευταίος να προβεί σε άμεση τραχειοστομία και να αποκατασταθεί η πρόσληψη οξυγόνου από τον ασθενή, που οδήγησε σε εγκεφαλική βλάβη του ασθενούς<sup>379</sup>,**

---

<sup>374</sup> ΑΠ 1009/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>375</sup> ΔΠρΚαλ 4/2009 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>376</sup> ΑΠ 762/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>377</sup> ΑΠ (Πολυ) 782/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>378</sup> ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>379</sup> ΑΠ (Πολυ) 822/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.



- ν. η παραμόρφωση μαστού ασθενούς, κατά τη διάρκεια θεραπευτικής αισθητικής χειρουργικής επέμβασης που έγινε κατόπιν μαστεκτομής, με αποτέλεσμα η εικόνα του να είναι αποκρουστική και αφύσικη<sup>380</sup>.

### 3. Εσφαλμένη επιλογή θεραπευτικής μεθόδου.

Γίνεται δεκτό ότι ο ιατρός έχει τη *δυνατότητα επιλογής μεταξύ εξίσου υποστηριζόμενων στην επιστήμη θεραπευτικών μεθόδων*<sup>381</sup>, υπό την προϋπόθεση ότι η μέθοδος που θα επιλεγεί θα είναι σύγχρονη, επιστημονικά εδραιωμένη και θα ακολουθείται από συναδέλφους ιατρούς, έστω και λίγους<sup>382</sup>. Σχετική είναι η διάταξη του άρθρου 3§3 εδ. β ' ΚΙΔ, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός «*έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση*». Όσο, λοιπόν, ο ιατρός κινείται στα όρια της ιατρικής πρακτικής και θεραπευτικών μεθόδων, που χρησιμοποιούνται από ιατρούς της ειδικότητας του και είναι γνωστές και παραδεδομένες από την επιστημονική πείρα, δεν ευθύνεται για τα αρνητικά αποτελέσματα της θεραπείας του στην υγεία του ασθενούς<sup>383</sup>. Περιπτώσεις όπου ο ιατρός ευθύνεται για εσφαλμένη επιλογή μεθόδου αποτελούν:

- i. η εσφαλμένη επιλογή μεθόδου τοκετού, αφού ο μαιευτήρας, παρότι η κυοφορούσα αισθανόταν έντονους πόνους -παρά τη χορήγηση αναισθησίας- και είχε υποστεί μεγάλη ταλαιπωρία, δεν επέλεξε να πραγματοποιήσει (εγκαίρως) καισαρική τομή, με αποτέλεσμα αυτή-εξουθενωμένη από την κόπωση και τους πόνους- να αδυνατεί να συμμετάσχει ενεργά στη διαδικασία του τοκετού και, λόγω της της καθυστέρησης εξόδου του εμβρύου, της παραμονής του σε κατάσταση ελλιπούς οξυγόνωσης και των δύο περιτυλίξεων ομφάλιου λώρου, να υποστεί αυτό περιγεννητική ασφυξία και βαριά εγκεφαλική παράλυση<sup>384</sup>,
- ii. η μη προσήκουσα και ενδεδειγμένη μέθοδος θεραπείας που ακολούθησε ιατρός προς αντιμετώπιση της μόλυνσης των τραυμάτων που υπέστη η

<sup>380</sup> ΠΠρΑθ 1329/2015, Ιστοσελίδα: Ιατρικό Δίκαιο ([iatrikodikaio.com](http://iatrikodikaio.com)).

<sup>381</sup> Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 271.

<sup>382</sup> Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, σ. 112.

<sup>383</sup> Ανδρονιλάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, σ. 50.

<sup>384</sup> ΑΠ 633/2014, ΕΙΔ 1/2015, σ. 360 επ. (η αμέλεια του μαιευτήρα δεν θεμελιώθηκε μόνο στην εσφαλμένη επιλογή μεθόδου τοκετού αλλά στην συνολική συμπεριφορά του, αφού αυτός, πριν τον τοκετό, είχε αποχωρήσει από την κλινική, αφήνοντας τη μαία της κλινικής να παρακολουθεί την εξέλιξη του τοκετού μέσω ενός μόνιτορ-παλμογράφου, ενώ όταν αυτή διαπίστωσε αλλοίωση στους παλμούς του εμβρύου και αναζήτησε τον ιατρό στο ιατρείο και στο κινητό του τηλέφωνο, δεν μπορούσε να τον βρει ενώ τελικώς αυτός εμφανίστηκε στην κλινική δύο (2) ώρες μετά).

ασθενής του, μετά από χειρουργική πλαστική επέμβαση στο στήθος, αφού αυτός, αντί να αφαιρέσει τα προσθετικά υλικά σιλικόνης και να επανατοποθετήσει νέα, αρκέστηκε στο να διενεργήσει καθαρισμό των τραυμάτων και των ενθεμάτων σιλικόνης, να επανατοποθετήσει τα ίδια ενθέματα και να ξανακλείσει τα τραύματα, παραβλέποντας ότι έτσι τα μικρόβια φυλακίζονται στις κοιλότητες<sup>385</sup>,

- iii. **η επιλογή των ιατρών να προβούν σε ακρωτηριασμό του ποδιού ασθενούς, ηλικίας δεκαοκτώ (18) ετών, λόγω διάγνωσης (καλοήθους) δεσμοειδούς όγκου, χωρίς να προηγηθούν οι επιβαλλόμενες από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, λοιπές θεραπευτικές μέθοδοι, με τις οποίες θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα του ασθενούς<sup>386</sup>,**
- iv. **η σύσταση ιατρού να προβεί ο ασθενής σε ολική προστατεκτομή ενώ θα μπορούσαν να ακολουθηθούν άλλες ηπιότερης μορφής θεραπείες, όπως φαρμακευτική αγωγή, και αν ακόμη συνέτρεχε περίπτωση αδενοκαρκινώματος (στην υπό κρίση βέβαια περίπτωση δεν συνέτρεχε καν τέτοια περίπτωση, καθώς υπήρξε σφάλμα στη διάγνωση)<sup>387</sup>,**
- v. **η διενέργεια από αναισθησιολόγο, σε καισαρική τομή, αναισθησίας με μάσκα -παρότι αυτό αντενδείκνυται-, η οποία είχε ως αποτέλεσμα να υποστεί η επίτοκος ανοξία του εγκεφάλου και βαριές νευρολογικές βλάβες<sup>388</sup>.**

**4. Σφάλμα κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όπως λ.χ η υπερδοσολογία, η μη χορήγηση ή η χορήγηση ακατάλληλου φαρμάκου.**

Τέτοια σφάλματα αποτελούν, ενδεικτικά:

- i. η μη χορήγηση σε ασθενή με κάταγμα επιγονατίδας, της ενδεδειγμένης αντιπηκτικής φαρμακευτικής αγωγής, που είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής<sup>389</sup>,
- ii. η χορήγηση σε ανήλικη υπερβολικής, για την ηλικία της, δόσης αναισθητικού, κατά τη διάρκεια αμυγδαλεκτομής από ΩΡΛ, που της προκάλεσε ασφυξία<sup>390</sup>,

---

<sup>385</sup> ΑΠ 1741/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>386</sup> ΔΕφΠειρ 391/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>387</sup> ΠΠρΑθ 443/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>388</sup> ΑΠ 1230/2001 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>389</sup> ΠΠρΑθ 260/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>390</sup> ΑΠ (Ποιν) 1438/2001 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

- iii. η παρατεταμένη χορήγηση υπερβολικής δόσης ωκυτοκίνης σε πολύτοκο κυοφορούσα<sup>391</sup>,
- iv. η χορήγηση στην ασθενή ενέσεων botox, μη εγκεκριμένων από τον ΕΟΦ<sup>392</sup>,
- v. η χορήγηση, σε περιστατικό λιποαναρρόφησης, αναισθητικού φαρμάκου, το οποίο κατά τη διεθνή βιβλιογραφία έχει ενοχοποιηθεί και για θανατηφόρα αποτελέσματα, ενώ, μετά την εκδήλωση των παρενεργειών του φαρμάκου, δεν χορήγησε τα κατάλληλα αντίδοτα<sup>393</sup>.

#### **5. Παράλειψη «θεραπευτικής» ενημέρωσης ή «ενημέρωση ασφαλείας»<sup>394</sup>.**

Πρόκειται για ειδικότερη μορφή ενημέρωσης, που αποσκοπεί στην προστασία της υγείας του ασθενούς και *συνδέεται με κάθε πληροφορία που είναι απαραίτητη για την αποφυγή διακινδύνευσής της*<sup>395</sup>. Ως περιπτώσεις θεραπευτικής ενημέρωσης αναφέρονται<sup>396</sup>: α) η καθοδήγηση του ασθενούς σχετικά με τη συμμετοχή και συνεργασία του σε ορισμένη ιατρική πράξη, β) οι οδηγίες για τη χρήση φαρμάκων (δοσολογία, αντενδείξεις, παρενέργειες), γ) η πληροφόρηση σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας, επιπλοκής ή χειροτέρευσης της κατάστασης της υγείας του ασθενούς και συνακόλουθα της ανάγκης ιατρικής παρακολούθησης ή περαιτέρω εξετάσεων ή εισαγωγής στο νοσοκομείο, δ) οι οδηγίες σχετικά με την παρακολούθηση του ασθενούς ύστερα από επέμβαση ή γενικά μετά το πέρας της κυρίως θεραπευτικής αγωγής, ε) οι οδηγίες και συστάσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενούς (λ.χ αποφυγή καταπόνησης, διαιτολόγιο, αποφυγή καπνίσματος), στ) η πληροφόρηση σχετικά με τη στατιστική πιθανότητα αποτυχίας μιας πράξης, ώστε ο ασθενής να υπολογίζει και σε αυτό το ενδεχόμενο, ζ) η γνωστοποίηση ιατρικού σφάλματος, το οποίο έχει διαπράξει ο ίδιος ή άλλος ιατρός, όταν απαραίτητο για την προστασία της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, η) η προσπάθεια του ιατρού να μεταπείσει τον ασθενή που αρνείται μια αναγκαία ιατρική πράξη ή θεραπεία. Παραλείψεις θεραπευτικής ενημέρωσης αποτελούν, ενδεικτικά:

<sup>391</sup> ΑΠ (Ποιν) 1211/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>392</sup> ΜΠρΑθ 7896/2002 ΧρΙΔ 2003,231.

<sup>393</sup> ΑΠ (Ποιν) 2432/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>394</sup> Η «θεραπευτική ενημέρωση» διακρίνεται από την «νομιμοποιητική ενημέρωση», αφού η δεύτερη αποσκοπεί στην προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς και στη λήψη έγκυρης συναίνεσής του, ώστε η ιατρική πράξη που θα διενεργηθεί να μην είναι αυθαίρετη, ενώ η πρώτη στην προστασία της υγείας του ασθενούς.

<sup>395</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 396 επ.

<sup>396</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 398 επ.

- i. **η αθέμιτη απόκρυψη και παρασιώπηση των ενδεχόμενων επιπλοκών που τυχόν θα συνεπαγόταν οφθαλμολογική επέμβαση με ακτίνες Laser σε ασθενή,** με κίνητρο να τον προσελκύσουν, παρουσιάζοντάς την ως ανώδυνη, χωρίς συνέπειες και παρενέργειες και με μόνη ενδεχόμενη αποτυχία ένας μικρός αριθμός χειρουργημένων ασθενών να χρησιμοποιούν γυαλιά για ορισμένες μόνο δραστηριότητες<sup>397</sup>, η παράλειψη ενημέρωσης ασθενούς ότι έπρεπε να διακόψει την λήψη αντισυλληπτικού σκευάσματος, που αύξανε σημαντικά τον -εγγενή με την ορθοπεδική εγχείρηση στην οποία υποβλήθηκε- κίνδυνο φλεβοθρομβώσεως και πνευμονικής εμβολής, που τελικώς οδήγησε, σε συνδυασμό με τη μη χορήγηση της ενδεδειγμένης αντιπηκτικής αγωγής, στο θάνατο της ασθενούς<sup>398</sup>,
- ii. **η εσφαλμένη διαβεβαίωση από οφθαλμίατρο ότι οι πτυχώσεις που προκλήθηκαν στον κερατοειδή του οφθαλμού ασθενή, κατά τη διενέργεια επέμβασης για διόρθωση μυωπίας με χρήση μηχανήματος laser, θα υποχωρήσουν με την πάροδο του χρόνου και η όρασή του θα αποκατασταθεί, ενώ αυτό ήταν αδύνατο να συμβεί με τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης, αγνοώντας ή αδιαφορώντας ο ίδιος ότι η περαιτέρω καθυστέρηση θα προκαλούσε δυσχέρειες και θα περιόριζε τις πιθανότητες διόρθωσης της βλάβης**<sup>399</sup>.

**6. Μη παρακολούθηση των ανεπιθύμητων παρενεργειών μιας θεραπείας που υποχρεωτικά εφαρμόστηκε.**

Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν:

- i. **η μη διενέργεια τακτικού αιματολογικού ελέγχου** προς διακρίβωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων σε χημειοθεραπεία με αντιμιτωσικά φάρμακα<sup>400</sup>,
- ii. **η παράλειψη παρακολούθησης της μετεγχειρητικής πορείας της ασθενούς,** παρά τις συνεχείς οχλήσεις της τελευταίας και των συγγενών της<sup>401</sup>,
- iii. **η παράλειψη ιατρού, παρά τις συνεχείς οχλήσεις των συγγενών της ασθενούς,** που είχε χειρουργηθεί στο σιγμοειδές του παχέος εντέρου, **να διερευνήσει εγκαίρως την αιτία των συμπτωμάτων (περιτονίτιδας),** που εμφανίστηκαν

---

<sup>397</sup> ΑΠ 687/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>398</sup> ΑΠ 181/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>399</sup> ΕφΘεσσαλ 1905/2006 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>400</sup> Σακκελαροπούλου, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς, σ. 78.

<sup>401</sup> ΠΠρΑθ 1059/2009, ΕΙΔ 2010, 83.

μετεγχειρητικά, με συνέπεια να προκληθούν σηπτικά φαινόμενα και η ασθενής να καταλήξει από πολυοργανική ανεπάρκεια<sup>402</sup>,

- iv. **η παράλειψη πλαστικού χειρουργού να εξετάσει ασθενή που παραπονούνταν για εντεινόμενο πόνο στον δεξιό οφθαλμό**, μετά από βλεφαροπλαστική εγχείρηση, και η απλή χορήγηση παυσίπων, που είχε ως αποτέλεσμα, λόγω του έλκους που προκλήθηκε λόγω της εγχείρησης, την απώλεια της όρασης της ασθενούς κατά 84%<sup>403</sup>.

#### IV. Σφάλμα ανάληψης

Έως τώρα παρουσιάστηκαν περιπτώσεις όπου ο ιατρός επέδειξε αμελή συμπεριφορά κατά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, με αποτέλεσμα να διαπράξει ιατρικό σφάλμα. Υπάρχουν ωστόσο και περιπτώσεις όπου ο ιατρός διαπράττει ιατρικό σφάλμα όχι επειδή επέδειξε αμελή συμπεριφορά αλλά επειδή εσφαλμένα ανέλαβε τη διενέργεια της ιατρικής πράξης. Πρόκειται για το λεγόμενο «σφάλμα ανάληψης». «Σφάλμα ανάληψης» υπάρχει όταν ο ιατρός αναλαμβάνει την ιατρική αγωγή χωρίς να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις αντικειμενικές προϋποθέσεις για την **τήρηση του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμέλειας**<sup>404</sup>. Όταν λ.χ ένας άπειρος ιατρός χειρουργός αναλαμβάνει να προβεί σε πολύπλοκη εγχείρηση και αποτυγχάνει, παρότι έπραξε το «κατά δύναμιν», τότε δεν δύναται να του αποδοθεί αμέλεια ως προς τη συμπεριφορά του αλλά αμέλεια ως προς την ανάληψη της εγχείρησης. Η μομφή δηλαδή που του επιρρίπτεται οφείλεται στο ότι δέχτηκε να προβεί σε ένα εγχείρημα, για το οποίο δεν είχε τις απαιτούμενες ικανότητές<sup>405</sup>. Το ίδιο μπορεί να ισχύσει και για το νοσοκομείο ή την κλινική που δεν πληροί τις παραπάνω προϋποθέσεις<sup>406</sup>.

Για να μη διαπράξει σφάλμα ανάληψης, ο ιατρός, σε περίπτωση που διαπιστώσει ανεπάρκεια των ικανοτήτων του, υποχρεούται **-με εξαίρεση την περίπτωση του κατεπείγοντος, όταν δεν είναι δυνατό να ανευρεθεί έγκαιρα τρίτο πρόσωπο με μεγαλύτερη εμπειρία για να το αναλάβει**<sup>407</sup>, όπου είναι υποχρεωμένος

<sup>402</sup> ΑΠ (Πολυ) 419/2000 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>403</sup> ΑΠ 1404/2008, Ιστοσελίδα: Ιατρικό Δίκαιο (*iatrikodikaio.com*).

<sup>404</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 386.

<sup>405</sup> Χαραλαμπίδης Α., Ιατρική Ευθύνη- Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, σ. 301-302.

<sup>406</sup> Πελένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, σ. 233.

<sup>407</sup> Χαραλαμπίδης Α., Ιατρική Ευθύνη- Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, σ. 303.

να παρέχει τις υπηρεσίες του και όπου επιτρέπεται ένα μειωμένο πρότυπο επιμέλειας- να παραπέμψει τον ασθενή στον κατάλληλο ιατρό ή στο κατάλληλο νοσηλευτικό τμήμα<sup>408</sup>. Ενδεικτικά, σφάλμα ανάληψης, υπάρχει όταν:

1. ο ιατρός ή το γενικό νοσοκομείο τηρεί το standard του (λ.χ της ειδικότητάς του ή το πρότυπο ποιότητας ενός γενικού νοσοκομείου, αντίστοιχα) **αλλά στη συγκεκριμένη περίπτωση το standard αυτό δεν είναι πρόσφορο ή αρκετό**, όπως π.χ συμβαίνει όταν η παροχή υπηρεσίας ενός γενικού παθολόγου αντιστοιχεί στο οφειλόμενο πρότυπο επιμέλειας για το γενικό ιατρό, η αντιμετώπιση, όμως, του συγκεκριμένου προβλήματος απαιτεί συνδρομή ειδικού<sup>409</sup>. Κρίθηκε, επομένως, αμελής η συμπεριφορά στρατιωτικοί ιατρού μονάδας, οποίος εξέτασε στρατευόμενο διότι παραπονέθηκε για αιφνίδια θόλωση της όρασης του αριστερού οφθαλμού, αποδίδοντας το πρόβλημα την πρώτη φορά σε κούραση και τη δεύτερη σε επιπεφυκίτιδα, με ταυτόχρονη χορήγηση κολλυρίου, παρότι δεν είχε ειδικότητα οφθαλμιάτρου, αντί να τον παραπέμψει στο νοσοκομείο, ενώ ο ασθενής, όπως τελικώς διαγνώστηκε, είχε υποστεί αποκόλληση αμφιβληστροειδούς<sup>410</sup>.
2. ο ιατρός **δεν κατέχει τις αναγκαίες επιστημονικές γνώσεις και ικανότητες**, όπως συμβαίνει λ.χ όταν αυτός βρίσκεται ακόμη στο στάδιο της ειδικότητας. Κρίθηκε, λοιπόν, ότι ειδικευόμενη ιατρός έπρεπε να ενημερώσει και να ζητήσει τη συνδρομή ειδικού ιατρού καρδιολόγου, που εφημέρευε, και να μην εκτιμήσει μόνη της το περιστατικό<sup>411</sup>.
3. ο ιατρός **δεν διαθέτει την απαραίτητη για την ιατρική πράξη υλικοτεχνική υποδομή ή βοηθητικό προσωπικό**. Τέτοια σφάλματα αποτελούν: η ανάληψη, από πυρηνική ιατρό, εκτέλεσης σπινθηρογράφηματος μυοκαρδίου σε πυρηνικό εργαστήριο, χωρίς να υπάρχουν σ' αυτό τα απαραίτητα και κατάλληλα εργαλεία και συσκευές για την καρδιοπνευμονική ανάνηψη, η οποία και είχε τελικά ως αποτέλεσμα, ο ιατρός να μην μπορεί να προβεί σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση του ασθενούς που, κατά τη διενέργεια της εξέτασης, εμφάνισε στηθαγχική κρίση κι έτσι αυτός να καταλήξει<sup>412</sup>, η πραγματοποίηση τεχνητή διακοπή της κύησης, σε χώρο (ιδιωτικό-ιατρείο), ο οποίος, στερούνταν της

<sup>408</sup> Ψαρούλης- Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 239· Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 420.

<sup>409</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 420.

<sup>410</sup> ΑΠ (Ποιν) 1446/2008, ΠοινΛογ 2008, 903.

<sup>411</sup> ΑΠ 607/2010 ΤΝΠ ΔΣΑ.

<sup>412</sup> ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

ανάλογης και αναγκαίας υλικοτεχνικής υποδομής και νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να διατηρήσει τις ζωτικές λειτουργίες της εγκύου και να είναι δυνατό να αντιμετωπισθεί επείγουσα ανάγκη μετεγχειρητικής επιπλοκής με αποτέλεσμα, όταν αυτή υπέστη εσωτερική αιμορραγία, να μην μπορεί να ανανήψει<sup>413</sup>, η διενέργεια λιποαναρρόφησης στο ιατρείο πλαστικού χειρουργού, χωρίς αυτό να διαθέτει υποδομή ανάνηψης, που ήταν αναγκαία όταν η ασθενής παρουσίασε επιπλοκές από αναισθητικό φάρμακο<sup>414</sup>, η διενέργεια επέμβασης αφαίρεσης πολύποδα σε χειρουργείο, που δεν διέθετε πλήρες σύστημα monitoring, απαραίτητο σε περιπτώσεις γενικής αναισθησίας, αφού παρέχει συνεχή και αξιόπιστο ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο, με αποτέλεσμα οι ιατροί, που χρησιμοποίησαν για την παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών της ασθενούς δακτυλικό οξύμετρο (φορητή συσκευή που υπολείπεται του συστήματος monitoring, αφού δεν μπορεί να ελεγχθεί με αυτό η συνεχής συμπεριφορά της καρδιάς ούτε η πίεση του ασθενούς), να μην αντιληφθούν εγκαίρως το πρόβλημα που παρουσίασε η ασθενής, να καθυστερήσει η διασωλήνωσή της και τελικώς αυτή να υποστεί ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια<sup>415</sup>.

4. ο ιατρός έχει μεν τις απαραίτητες γνώσεις αλλά **βρίσκεται σε παροδική μείωση των προσωπικών του δυνατοτήτων** (βρίσκεται υπό την επήρεια μέθης ή είναι υπερβολικά κουρασμένος)<sup>416</sup>,
5. ο ιατρός **αναλαμβάνει ιατρικές πράξεις, χωρίς να διαθέτει τις νόμιμες προϋποθέσεις**, όπως κρίθηκε στην περίπτωση που δόθηκε οδηγία σε ασθενή από πρόσωπο το οποίο **δεν κατείχε πτυχίο ιατρικής** (ήταν έμπορος και βιοτέχνης διαφόρων βιταμινών και συμπληρωμάτων διατροφής, και είχε φοιτήσει για κάποιο διάστημα σε ιατρική σχολή, αλλοδαπού Πανεπιστημίου, χωρίς όμως να λάβει ποτέ πτυχίο) να μειώσει την αντιπηκτική αγωγή που λάμβανε έως τότε, με αποτέλεσμα αυτός να υποστεί σοβαρότατο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο<sup>417</sup> ή στην περίπτωση όπου ιατρός διενεργούσε πλαστικές επεμβάσεις, μολονότι ο ίδιος ήταν ιατρός γενικής ιατρικής, αποκρύπτοντας την έλλειψη χειρουργικής ειδικότητας (γενικής ή πλαστικής) από τους πελάτες του<sup>418</sup>,

---

<sup>413</sup> ΑΠ 496/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>414</sup> ΑΠ (Ποιν) 2432/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>415</sup> ΕφΛαρ 217/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>416</sup> Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 239.

<sup>417</sup> ΑΠ 1878/2006 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>418</sup> ΠΠρΘεσσαλ 8413/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

6. ο ιατρός παραλείπει να διατάξει την παραπομπή του περιστατικού, λόγω κρισιμότητας, σε κατάλληλη ιατρική μονάδα, εκτός αν αυτός αντικειμενικά διαθέτει τα εξειδικευμένα μέσα για την αντιμετώπιση του περιστατικού. Έτσι, έγινε δεκτό ότι «αν στην κλινική, νοσοκομείο κλπ δεν υπάρχει η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή (π.χ δύσκολα περιστατικά που χρήζουν μετεγχειρητικής υποστήριξης σε μονάδα εντατικής θεραπείας, η οποία ελλείπει) θα πρέπει να γίνεται προεγχειρητική διακομιδή των περιστατικών αυτών σε φορείς υγείας με τέτοια υλικοτεχνική υποδομή. Εάν έτσι ο χειρουργός αναλάβει περιστατικό καίτοι γνωρίζει τις ελλείψεις του νοσηλευτικού ιδρύματος σε υλικοτεχνική υποδομή, υπάρχει σφάλμα ανάληψης»<sup>419</sup>. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν: η απόφαση των ιατρών να παραμείνει εγκυμονούσα στη ΜΕΘ της κλινικής, όπου νοσηλευόταν, και η παράλειψη να δώσουν αμέσως εντολή, λόγω εκδήλωσης «εκλαμψίας» και αυξημένης αρτηριακής πίεσης, να μεταφερθεί σε άλλο νοσοκομείο, το οποίο να διαθέτει πλήρη υποστήριξη από ειδικά μηχανήματα<sup>420</sup>, η επιλογή του θεράποντα χειρουργού γυναικολόγου να μη μεταφέρει τον ασθενή σε νοσοκομείο κατάλληλο για την κρίσιμη επέμβαση της ολικής υστερεκτομής, το οποίο διέθετε αιματολογικό εργαστήριο για τον έλεγχο της πήκτικότητας του αίματος, τμήμα αιμοδοσίας και ΜΕΘ, ενόψει και του ότι η ασθενής είχε χάσει μεγάλη ποσότητα αίματος<sup>421</sup>, η παράλειψη υπόδειξης για άμεση εισαγωγή σε μεγαλύτερο νοσοκομείο, στο οποίο θα αντιμετωπιζόταν ασφαλέστερα το περιστατικό (δήγμα φιδιού) με τη διενέργεια αιμοκάθαρσης<sup>422</sup>.

## V. Σφάλμα οργάνωσης

Το «σφάλμα οργάνωσης» σχετίζεται με την οργάνωση της παροχής της ιατρικής υπηρεσίας, τόσο από την άποψη της εξασφάλισης των αντικειμενικών προϋποθέσεων για την τήρηση της οφειλόμενης επιμέλειας (προμήθειες των αναγκαίων φαρμάκων και των τεχνικών μέσων) όσο και της κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ περισσότερων προσώπων που εμπλέκονται στην ιατρική αγωγή<sup>423</sup> και αφορά, κυρίως, στις περιπτώσεις όπου στην ιατρική αγωγή μετέχουν περισσότερα πρόσωπα,

<sup>419</sup> ΠΠρΘεσσαλ 12941/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>420</sup> ΑΠ 974/2014, ΕΙΔ 1/2015, 367 επ.

<sup>421</sup> ΑΠ 1709/2009 ΤΝΠ ΔΣΑ.

<sup>422</sup> ΑΠ (Πολυ) 21/2001, ΝοΒ 2001, 1207 επ.

<sup>423</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 420.



ιδίως όταν αυτή παρέχεται από οργανωμένο συλλογικό φορέα (νοσηλευτική μονάδα, νοσοκομείο, κλινική κλπ).

Πολύ συχνά το ίδιο βιοτικό γεγονός χαρακτηρίζεται ως σφάλμα ανάληψης, για το πρόσωπο που έκανε την εσφαλμένη ιατρική πράξη, και ως σφάλμα οργάνωσης, για το πρόσωπο που του ανέθεσε την ενέργεια και που δεν του άσκησε την αναγκαία επίβλεψη ή τον αναγκαίο έλεγχο των προσόντων του<sup>424</sup>. Έτσι, η απόφαση ιδιωτικής κλινικής να επιτρέπει να διενεργούνται επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής στις εγκαταστάσεις της, ενώ επίσημα δεν προβλεπόταν η λειτουργία αντίστοιχου τμήματος, καθώς επίσης και να επιτρέπει τη διενέργεια των επεμβάσεων αυτών από ιατρό που δεν κατείχε ανάλογη ειδικότητα κρίθηκε ως (οργανωτικό) σφάλμα της κλινικής ενώ η διενέργεια πλαστικών επεμβάσεων από τον ιατρό που δεν διέθετε χειρουργική ειδικότητα (γενική ή πλαστική) κρίθηκε ως σφάλμα (ανάληψης) του ιατρού<sup>425</sup>. Ακόμη, ως σφάλμα οργάνωσης, κρίθηκε η διενέργεια επέμβασης αφαίρεσης πολύποδα σε σηπτικό χειρουργείο, που δεν ήταν οργανωμένο όπως το κανονικό χειρουργείο και δεν διέθετε πλήρες σύστημα monitoring, απαραίτητο σε περιπτώσεις γενικής αναισθησίας, αφού παρέχει συνεχή και αξιόπιστο ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο, με αποτέλεσμα οι ιατροί να μην αντιληφθούν εγκαίρως το πρόβλημα που παρουσίασε η ασθενής, να καθυστερήσει η διασωλήνωσή της και τελικώς αυτή να υποστεί ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια κρίθηκε ως σφάλμα τόσο ιατρών που διενήργησαν την επέμβαση (σφάλμα ανάληψης) όσο και της ίδια της κλινικής (σφάλμα οργάνωσης)<sup>426</sup>.

---

<sup>424</sup> Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, σ. 430.

<sup>425</sup> ΠΠρΘεσσαλ 8413/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>426</sup> ΕφΛαρ 217/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

## ΣΤ. ΜΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

### Ι. Ιατρικό σφάλμα. Σφάλμα του ιατρού ή σφάλμα του συστήματος;

Έως τώρα, εξετάσαμε το ιατρικό σφάλμα ως ατομικό σφάλμα, ως σφάλμα που οφείλεται στη συμπεριφορά του ιατρού. Είναι όμως αυτή η ορθή αντιμετώπιση του φαινομένου των ιατρικών σφαλμάτων ή μήπως αγνοούμε μια πολύ σημαντική διάσταση που μας στερεί την βαθιά κατανόηση του προβλήματος;

Υπάρχουν δύο τρόποι προσέγγισης του ανθρώπινου σφάλματος: η **προσέγγιση που επικεντρώνεται στον άνθρωπο** και η **προσέγγιση που επικεντρώνεται στο σύστημα**<sup>427</sup>. Η πρώτη επικεντρώνεται στα ατομικά-ψυχολογικά αίτια του σφάλματος (λ.χ απροσεξία). Η δεύτερη, αντιθέτως, υιοθετεί μια «ολιστική» στάση σχετικά με την αποτυχία και το σφάλμα. Αναγνωρίζει ότι πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί, εν προκειμένω τα νοσοκομεία, είναι σύνθετα και πολυπαραγοντικά. Κατά την προσέγγιση αυτή, όταν διαπραχθεί ένα σφάλμα, το κρίσιμο ζήτημα δεν είναι ποιος το έκανε αλλά ποιοι παράγοντες συνέβαλαν στη δημιουργία των συνθηκών υπό τις οποίες προέκυψε, καθώς το ίδιο σύνολο παραγόντων μπορεί να προκαλέσει παρόμοια λάθη, ανεξάρτητα από τους εμπλεκόμενους<sup>428</sup>.

Υποστηρίζεται, λοιπόν, ότι εσφαλμένα επικρατεί η **ατομοκεντρική προσέγγιση του λάθους** και η συνακόλουθη κουλτούρα «ενοχοποίησης» μεμονωμένων ατόμων (blame culture)<sup>429</sup> και ότι η αιτία των ιατρικών σφαλμάτων, είναι κατά κύριο λόγο **συστημική**. Επισημαίνεται, μάλιστα, ότι στους ιατρούς επιρρίπτονται οι αδυναμίες ενός ολόκληρου συστήματος, με αποτέλεσμα αυτοί να έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρότατες νομικές συνέπειες. Επακόλουθο των παραπάνω είναι ο φόβος και το άγχος των ιατρών, που συχνά οδηγούν τόσο σε συγκάλυψη των λαθών τους όσο και σε «αμυντική Ιατρική»<sup>430</sup>. Οι συστημικοί παράγοντες εντοπίζονται κυρίως στην υποστελέχωση των νοσοκομείων, στο μη ασφαλές εργασιακό

<sup>427</sup> An organization with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. The Stationary Office, London, 2000, s. 20.

<sup>428</sup> An organization with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. The Stationary Office, London, 2000, s. 21.

<sup>429</sup> Παναγιώτου, Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου ης ιατρικής ευθύνης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(3), 358. Διαθέσιμο και στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2015-3/pdf/354.pdf>.

<sup>430</sup> Η έννοια του όρου «αμυντική ιατρική» αναλύθηκε ήδη στην εισαγωγή της παρούσας εργασίας.

περιβάλλον, στη βαρύτητα των ασθενών, στον αυξημένο φόρτο εργασίας, στο κυκλικό ωράριο και την επαγγελματική εξουθένωση<sup>431</sup>. Έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης<sup>432</sup> έδειξε ότι το 41,7% των ιατρών στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση (burnout), η οποία αποδεδειγμένα ευνοεί την πρόκληση ιατρικών λαθών. Το ποσοστό αυτό προσεγγίζει το 49,1% στους ειδικευόμενους, το 34,3% στους αναισθησιολόγους και το 32,5% στους χειρουργούς, σε κατηγορίες, δηλαδή, ιατρών οι οποίοι εκ των πραγμάτων είναι περισσότερο επιρρεπείς σε ιατρικά σφάλματα. Δεν είναι, άλλωστε, τυχαίο ότι η χώρα μας καταδικάστηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο για το ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών, το οποίο συχνά υπερβαίνει κατά πολύ τα προβλεπόμενα από την ΕΕ<sup>433</sup>.

Αυτός ο προβληματισμός, σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα, συναντάται σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και του υπόλοιπου κόσμου, στις οποίες, μάλιστα, έχει αναδειχθεί η ανάγκη ανάπτυξης και υλοποίησης πληροφοριακών συστημάτων ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των δυσμενών συμβάντων και ιατρικών σφαλμάτων<sup>434</sup>. Σκοπός των συστημάτων αυτών θα πρέπει να είναι, σε πρώτο επίπεδο, η ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων και, σε δεύτερο επίπεδο, η εξεύρεση λύσεων και η λήψη μέτρων ώστε να αποφευχθεί η επανάληψη παρόμοιων λαθών στο μέλλον, αφού η απλή καταγραφή των δεδομένων, χωρίς λήψη περαιτέρω δράσης και μέτρων, δεν θα εξυπηρετούσε κανέναν ουσιαστικό σκοπό<sup>435</sup>. Ένας τέτοιος μηχανισμός μελλοντικά μπορεί να λειτουργήσει και σαν μηχανισμός πρόληψης των ιατρικών σφαλμάτων και ενίσχυσης της ασφάλειας των ασθενών<sup>436</sup>. Κατά την προσέγγιση που εστιάζει στους συστημικούς παράγοντες των ιατρικών λαθών, το κρίσιμο ζήτημα είναι

---

<sup>431</sup> «Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα», έρευνα του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά, δημοσιευμένη στον 11<sup>ο</sup> Τόμο, 4<sup>ο</sup> Τεύχος Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2012 του επιστημονικού περιοδικού «Το Βήμα του Ασκληπιού», που βρίσκεται και σε ηλεκτρονική μορφή ([www.vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr)).

<sup>432</sup> ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ. Επαγγελματική εξουθένωση γιατρών, φροντίδα υγείας και ασφάλεια ασθενών. Δελτίο τύπου, Θεσσαλονίκη, 2014. Διαθέσιμο στο: <http://www.auth.gr/news/press/1764>.

<sup>433</sup> «Δικαστήριο ΕΕ: Καταδίκη της Ελλάδας για τα ωράρια εργασίας των γιατρών», άρθρο δημοσιευμένο στις 23.12.2015 στην ιστοσελίδα LAWSPOT (<https://www.lawspot.gr/nomika-nea/dikastirio-ee-katadiki-tis-elladas-gia-ta-oraria-ergasias-ton-giatron>).

<sup>434</sup> «Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα», έρευνα του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά, δημοσιευμένη στον 11<sup>ο</sup> Τόμο, 4<sup>ο</sup> Τεύχος Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2012 του επιστημονικού περιοδικού «Το Βήμα του Ασκληπιού», που βρίσκεται και σε ηλεκτρονική μορφή ([www.vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr)).

<sup>435</sup> Παναγιώτου, Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου ης ιατρικής ευθύνης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(3), 358. Διαθέσιμο και στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2015-3/pdf/354.pdf>.

<sup>436</sup> Παναγιώτου, ό.π, σ. 360.

η προώθηση της κουλτούρας ασφάλειας (*safety culture*) έναντι της κουλτούρας επίρριψης ευθυνών σε μεμονωμένα άτομα (*blame culture*).

Σε σχετική συζήτηση, πάντως, στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπήρξαν και απόψεις που τάχθηκαν ενάντια σε αυτή τη «συστημική» προσέγγιση του ιατρικού λάθους. Υποστηρίχθηκε ότι ο πλήρης περιορισμός της ατομικής επαγγελματικής ευθύνης και η υπερβολική έμφαση στο σύστημα και τις αδυναμίες του ενέχει κινδύνους και θα μπορούσε να αποτελέσει «άσυλο» για ανίκανους και κακούς επαγγελματίες<sup>437</sup>.

## II. Σύστημα «ιατρικής ευθύνης χωρίς σφάλμα» (*no fault system*)

Το ισχύον στη χώρα μας σύστημα αποζημίωσης με βάση την αδιοπρακτική ευθύνη του ιατρού, λόγω ιατρικού σφάλματος, έχει επικριθεί, όπως αναλύθηκε και παραπάνω, ως στιγματιστικό και υπερβολικά πιεστικό για τον ιατρό, ο οποίος, προκειμένου να αποφύγει τυχόν δικαστική εμπλοκή, καταφεύγει στην άσκηση αμυντικής ιατρικής. Ως λύση στο πρόβλημα αυτό, λαμβάνοντας υπόψη την και την - σε μεγάλο βαθμό- «συστημική προέλευση» των ιατρικών λαθών, έχει προταθεί η αλλαγή του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης και ειδικότερα η μετατροπή του συστήματος υποκειμενικής ευθύνης σε σύστημα αντικειμενικής, χωρίς πταίσμα (*no fault*) ευθύνης. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό (*no fault system*), το οποίο αποσυνδέει την αποκατάσταση των ζημιών, που προκαλούνται από ιατρικές πράξεις, από το ιατρικό σφάλμα και ήδη εφαρμόζεται σε ορισμένες χώρες<sup>438</sup>, για κάθε απρόβλεπτο γεγονός ο ασθενής αποζημιώνεται εντός λίγων μηνών με τη λογική της αντικειμενικής ευθύνης<sup>439</sup>. Η αποζημίωση δεν καταβάλλεται από τον πάροχο των ιατρικών υπηρεσιών ή τον ασφαλιστή του, όπως συμβαίνει στη χώρα μας, αλλά από κοινωνικούς πόρους, συνήθως από ειδικό ταμείο (λ.χ στη Γαλλία προβλέπεται ότι η κάλυψη των ζημιών

---

<sup>437</sup> Παναγιώτου, ό.π., σ. 359.

<sup>438</sup> Σε κάποιες χώρες, η ευθύνη χωρίς σφάλμα ισχύει μόνο για συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις ή ζημίες. Λ.χ. στο γαλλικό δίκαιο, προβλέφθηκε αποζημίωση χωρίς να χρειάζεται η τεκμηρίωση ιατρικού σφάλματος για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (άρθρο L. 1142-1 code de la santé publique)· με αναφορά σε παλιότερες διατάξεις, η ίδια αντιμετώπιση επεκτάθηκε και για τις ζημίες από μετάγγιση μολυσμένου αίματος, υποχρεωτικό εμβολιασμό και συμμετοχή σε μη θεραπευτική έρευνα—Στις Πολιτείες Florida και Virginia των ΗΠΑ η αποζημίωση αφορά σοβαρές βλάβες που προκαλούνται κατά τον τοκετό (birth-related neurological injuries). *Αμυγές* σύστημα, που αποσυνδέει την αποζημίωση από το ιατρικό σφάλμα για όλες τις ζημίες από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών ισχύει στη Ν. Ζηλανδία και, με πρόσθετες προϋποθέσεις (απόδειξη ότι η ζημία θα μπορούσε να αποφευχθεί ή η ιατρική πράξη να προκαλέσει μικρότερη διακινδύνευση του ασθενούς), στη Σουηδία, Φινλανδία, Δανία και Νορβηγία (Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη: Σύγχρονα προβλήματα και προτάσεις αντιμετώπισης, ΧρΙΔ 2017, 481).

<sup>439</sup> Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 286.

γίνεται από την «εθνική αλληλεγγύη» και καταβάλλεται από το Εθνικό Ταμείο για την αποζημίωση ιατρικών ατυχημάτων) <sup>440</sup>.

Το σύστημα αυτό, πράγματι, παρουσιάζει κάποια σημαντικά πλεονεκτήματα<sup>441</sup>. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι ταχύτερη συγκριτικά με τη δίκη αποζημίωσης, έχει μικρότερο κόστος για το δικαιούχο, οι εντάσεις και αντιπαραθέσεις μεταξύ ασθενών και ιατρών εκλείπουν εντελώς ή σε σημαντικό βαθμό, οι ποινικές διώξεις περιορίζονται δραστικά, καθώς ο ασθενής ικανοποιείται και οι ιατροί, νιώθοντας πιο ασφαλείς, απαλλαγμένοι από τη «δαμόκλειο σπάθη» μιας πιθανής καταδίκης, αποκαλύπτουν τα ιατρικά λάθη (δικά τους ή άλλων ιατρών) ή δίνουν πληροφορίες γι' αυτά με μεγαλύτερη ευκολία. Έτσι το σύστημα αυτό επικεντρώνεται όχι στην αναζήτηση του «ενόχου», αλλά στη διόρθωση των προβλημάτων του.

Παρά τα σημαντικά πλεονεκτήματα, ωστόσο, παρατηρούνται και σημαντικά μειονεκτήματα, που αποδεικνύουν πως τα συστήματα no fault, καθώς και οι παραλλαγές τους, ούτε πανάκεια συνιστούν ούτε μπορούν να εφαρμοστούν σε κάθε χώρα. Το πρώτο και το σοβαρότερο μειονέκτημα συνδέεται με το *ύψος της χορηγούμενης αποζημίωσης* και μπορεί να οδηγήσει σε αδιέξοδο με δύο διαφορετικούς τρόπους: Εάν η αποζημίωση είναι μεγάλη, το συνολικό κόστος του συστήματος εκτινάσσεται, κάτι που, όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, αποκλείει την υιοθέτησή του σε χώρες με ασφυκτικούς δημοσιονομικούς περιορισμούς και εξαντλημένους κοινωνικούς πόρους, όπως η Ελλάδα. Πράγματι, με δεδομένη την παρούσα οικονομική συγκυρία καθώς και τη σημαντική οικονομική επιβάρυνση που θα συνεπαγόταν ένα τέτοιο σύστημα για τον -ήδη συρρικνωμένο- προϋπολογισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και τα -οικονομικά αποδυναμωμένα- ασφαλιστικά ταμεία, η υλοποίησή του θα απαιτούσε την εξεύρεση επιπρόσθετων οικονομικών. Εάν, αντιθέτως, η αποζημίωση είναι χαμηλή, οι ζημιωθέντες από ιατρικές πράξεις θα έχουν την αίσθηση μη επαρκούς κάλυψης της ζημίας τους και θα επιλέγουν συχνότερα την προσφυγή στα δικαστήρια για τη διεκδίκηση μεγαλύτερων ποσών, με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση των πλεονεκτημάτων του όλου συστήματος που προαναφέρθηκαν.

Επιπλέον, η αποσύνδεση της αποζημίωσης από το ιατρικό σφάλμα δεν επιλύει, αλλά αντίθετα ανάγει σε *θεμελιώδες ζήτημα*, ένα πολύ βασικό πρόβλημα της ιατρικής ευθύνης, αυτό της *απόδειξης της αιτιώδους συνάφειας* μεταξύ της βλάβης για την

---

<sup>440</sup> Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη: Σύγχρονα προβλήματα και προτάσεις αντιμετώπισης, ΧρΙΔ 2017, 481.

<sup>441</sup> Φουντεδάκη, ό.π.

οποία ζητείται αποζημίωση και της ιατρικής υπηρεσίας. Η χορήγηση της αποζημίωσης «κοινωνικής αλληλεγγύης» προϋποθέτει ότι η αποκαταστατέα ζημία προκλήθηκε από την ιατρική πράξη και δεν οφείλεται σε αναπότρεπτη εξέλιξη της ασθένειας, κάτι που συχνά είναι πολύ δύσκολο να τεκμηριωθεί χωρίς σύνδεση με ένα ή περισσότερα ιατρικά σφάλματα<sup>442</sup>.

Τέλος, από την άποψη της νομοθετικής πολιτικής, πρέπει να συνεκτιμηθεί ότι τα συστήματα ευθύνης χωρίς σφάλμα περιορίζουν σημαντικά την *προληπτική λειτουργία* της αστικής ευθύνης: εάν όλες οι ζημιές αποκαθίστανται χωρίς αναγωγή στο κριτήριο του λάθους και χωρίς προσωπική άμεση ή έμμεση επιβάρυνση του παρόχου της ιατρικής υπηρεσίας, σχεδόν εκλείπει για τους ιατρούς το κίνητρο να επιδεικνύουν την επιβαλλόμενη επιμέλεια<sup>443</sup>.

Η πορεία του προβληματισμού για την αστική ιατρική ευθύνη στις έννομες τάξεις κατέδειξε ότι, κατά γενικό κανόνα και εκτός περιπτώσεων με ειδικά χαρακτηριστικά, η ευθύνη του ιατρού δεν πρέπει να αποσυνδεθεί από το ιατρικό σφάλμα. Η ιατρική ευθύνη δεν μπορεί να είναι γενικά μια αντικειμενική ευθύνη ή ευθύνη από διακινδύνευση. Ίσως η αποσύνδεση της αποζημίωσης από την ιατρική αμέλεια να ενδείκνυται για συγκεκριμένες κατηγορίες ιατρογενών ζημιών, όπου δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί υπαιτιότητα, όπως οι ζημιές από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ή οι οφειλόμενες στο περιθώριο σφάλματος που χαρακτηρίζει κάποιες αυτοματοποιημένες εργαστηριακές εξετάσεις.

## **Z. ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στην παρούσα εργασία, όπως τονίσθηκε -ήδη από την εισαγωγή-, στο πλαίσιο εξέτασης της ιατρικής ευθύνης, η εύρεση της «χρυσής τομής» ανάμεσα στο συμφέρον του ιατρού και στο συμφέρον του ασθενούς είναι δυσχερής και, συγχρόνως, εξαιρετικής σημασίας. Και όσο κι αν, εκ πρώτης όψεως, δίνεται η εντύπωση ότι πρέπει να δοθεί προβάδισμα στο συμφέρον του ασθενούς, λόγω ανάγκης προστασίας του εννόμου αγαθού της υγείας, φαινόμενα όπως η «αμυντική ιατρική» μας υπενθυμίζουν τον κίνδυνο που ελλοχεύει σε περίπτωση υπερβολικής απειλής προς τον ιατρό.

---

<sup>442</sup> Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη: Σύγχρονα προβλήματα και προτάσεις αντιμετώπισης, ΧρΙΔ 2017, 481.

<sup>443</sup> Φουντεδάκη, ό.π., 481.

Στην προσπάθεια εύρεσης της χρυσής τομής, η προσέγγιση και η οριοθέτηση του ιατρικού σφάλματος, ως δικαιολογητικού λόγου της ιατρικής ευθύνης, αποτελεί το πολυτιμότερο εργαλείο, καθώς, όπως χαρακτηριστικά έχει λεχθεί, αποτελεί «έννοια-κλειδί» για την αστική ευθύνη του ιατρού.

Το ιατρικό σφάλμα, λοιπόν, συνιστά το *θεμελιώδες κριτήριο* για τη *δίκαιη και ορθολογική κατανομή του θεραπευτικού κινδύνου* μεταξύ του ιατρού και του ασθενή. Ο ορισμός του αποτελεί αιτία έριδος μεταξύ ιατρών και νομικών ενώ η διαπίστωσή του στην πράξη δεν είναι εύκολη και προσκρούει συχνά σε αποδεικτικές δυσχέρειες. Σε αυτό συντελεί όχι μόνο η έλλειψη ειδικών ιατρικών γνώσεων των δικαστών προκειμένου να διαπιστώσουν τη συνδρομή ιατρικού σφάλματος -που βέβαια τις έχουν στη διάθεσή τους διά της ιατρικής πραγματογνωμοσύνης- αλλά και η ιδιαιτερότητα της ιατρικής επιστήμης, που είναι συνδεδεμένη με το απρόβλεπτο του ανθρώπινου οργανισμού, τον κίνδυνο επιπλοκών και βασίζεται, σε μεγάλο βαθμό, σε πιθανότητες.

Όπως διαπιστώθηκε, μόνη η αποτυχία θεραπείας του ασθενή δεν συνιστά «ιατρικό σφάλμα», αλλά απαιτείται η *επίδειξη, εκ μέρους του ιατρού, πλημμελούς συμπεριφοράς*. Ο χαρακτηρισμός μιας ιατρικής πράξης ως πλημμελούς αποτελεί περίπλοκο ζήτημα, που απαιτεί τη *συνεκτίμηση πολλών κριτηρίων*. Προς την κατεύθυνσή της σύλληψης της έννοιας του ιατρικού σφάλματος και στη διευκόλυνση δημιουργίας κριτηρίων ιατρικής ευθύνης, ιδιαίτερα χρήσιμη αποδεικνύεται η δημιουργία κατηγοριών ιατρικού σφάλματος, η τυποποίησή του, έργο τόσο της θεωρίας όσο και της νομολογίας.

Στην παρούσα εργασία το ιατρικό σφάλμα εξετάστηκε *ως προϋπόθεση της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού*. Στις αποφάσεις των ελληνικών δικαστηρίων, όπως επισημάνθηκε, κατά κανόνα δεν διευκρινίζεται αν το ιατρικό σφάλμα αντιστοιχεί στην προϋπόθεση της παρανομίας ή της υπαιτιότητας.

Μεγάλη θεωρητική και πρακτική σημασία έχει το ερώτημα αν το μέτρο επιμέλειας στο οποίο οφείλει να ανταποκριθεί ο ιατρός επηρεάζεται από ειδικούς παράγοντες. Η απάντηση στο ως άνω ερώτημα, υπό προϋποθέσεις, είναι καταφατική. Όπως αναλύθηκε λ.χ. αντικειμενικές και απρόβλεπτες συνθήκες (λ.χ. επείγοντα περιστατικά) μπορεί να επηρεάσουν το μέτρο επιμέλειας. Ίσως όμως η διαφοροποίηση του μέτρου επιμέλειας δεν χρήζει ιδιαίτερης δικαιολόγησης ούτε απαιτεί διάκριση περιπτώσεων αλλά είναι αυτονόητη συνέπεια της εφαρμογής του οφειλόμενου, κατ' αρθρ. 330 εδ. β' ΑΚ, μέτρου επιμέλειας. Κάθε φορά, επομένως, που τίθεται ζήτημα διαπίστωσης ευθύνης του ιατρού υπό συγκεκριμένες συνθήκες αρκεί να τεθεί το

ερώτημα: *πώς θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις ο μέσος συνετός ιατρός;* Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα θα μας δείξει ποιο είναι το εκάστοτε οφειλόμενο μέτρο επιμέλειας.

Εάν τελικός προορισμός της μελέτης της ιατρικής ευθύνης, γενικά, και του ιατρικού σφάλματος, ειδικότερα, είναι η εύρεση της «χρυσής τομής» ανάμεσα στο συμφέρον του ιατρού και το συμφέρον του ασθενούς, τότε αφετηρία της πρέπει να είναι η παραδοχή ότι ιατρός και ασθενής *δεν είναι μέρη μιας σχέσης ανταγωνισμού αλλά μιας σχέσης κοινών συμφερόντων και εμπιστοσύνης* που κατευθύνεται προς έναν κοινό σκοπό, την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του<sup>444</sup>.

Πράγματι, κανένας ιατρός δεν επιθυμεί την επιδείνωση της υγείας ή το θάνατο του ασθενούς του. Στην παραδοχή αυτή δεν καταλήγουμε λαμβάνοντας υπόψη τον αλτρουισμό και την ευαισθησία των ιατρών, που μπορεί να υπάρχουν μπορεί και όχι, αλλά, κυρίως, το ίδιο το συμφέρον τους, το οποίο, σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος, πλήττεται τόσο σε ηθικό όσο και σε επαγγελματικό και οικονομικό επίπεδο. Η αυτονόητη αυτή διαπίστωση-υπενθύμιση, φυσικά, δεν απαλλάσσει τον ιατρό από την ηθική και νομική του ευθύνη ούτε από την υποχρέωση καταβολής κάθε δυνατής προσπάθειας προκειμένου να αποφευχθούν ή να περιοριστούν τα ιατρικά λάθη, λειτουργεί, όμως, κατευναστικά στην αντιπαράθεση που προξενεί το ιατρικό σφάλμα και μας επιτρέπει να πάρουμε μέρος στο διάλογο που ανοίγεται με μεγαλύτερη αντικειμενικότητα και διάθεση κατανόησης.

Είναι αλήθεια ότι ο ιατρός σήμερα, αποκαθλωμένος στη συνείδηση του ασθενούς είναι αντιμέτωπος με πολλές και ποικίλες δυσκολίες. Η συνθετότητα και αβεβαιότητα της ιατρικής επιστήμης, η καχυποψία για τον ιατρικό κόσμο, η αύξηση των δικών ιατρικής ευθύνης και των περιπτώσεων όπου το δικαστήριο δέχεται ευθύνη του ιατρού<sup>445</sup>, η επιδίκαση υπέρογκων -συχνά- αποζημιώσεων καθώς και οι

---

<sup>444</sup> Φουντεδάκη, ό.π., σ. 46.

<sup>445</sup> Όπως σχολιάζει η κ. Φουντεδάκη «Μελετώντας τις δημοσιευμένες αποφάσεις των δικαστηρίων, δημιουργείται η εντύπωση ότι ίσως έχουμε φτάσει στην άλλη άκρη του εκκρεμούς, με την έννοια ότι, ενώ στο παρελθόν οι αγωγές κατά ιατρών είχαν ελάχιστες πιθανότητες επιτυχίας, τώρα γίνονται δεκτές ακόμη και σε ιδιαίτερα αμφισβητούμενα θέματα. (...) Παράδειγμα αποτελεί η υπόθεση που έκριναν τα δικαστήρια της ουσίας και η ΑΠ 238/2016 (ΕφΑΔ 2016, 916): Ο ενάγων ασθενής έπασχε από σοβαρή και πολύπλοκη (όπως έκριναν τα δικαστήρια) νευροχειρουργική πάθηση (αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία του εγκεφάλου), η οποία τον εξέθετε σε κίνδυνο εγκεφαλικής αιμορραγίας, ενώ οι ενδεδειγμένες για την αντιμετώπισή της επεμβατικές θεραπείες είχαν υψηλό ποσοστό (7%) σοβαρών επιπλοκών. Το Εφετείο και ο ΑΠ (σε αντίθεση με το πρωτοβάθμιο δικαστήριο) δέχτηκαν αμέλεια του γιατρού κατά τη διενέργεια της νευροχειρουργικής επέμβασης, παρά το γεγονός ότι η βλάβη που επήλθε ανήκε στις επιπλοκές της επέμβασης αυτής, που ήταν



αποδεικτικές δυσχέρειες που επωμίζεται ο ιατρός, αφού κατά τη διάταξη του άρθρ. 8 Ν. 2251/1994 επιρρίπτεται σ' εκείνον το βάρος να αποδείξει ότι δεν διέπραξε σφάλμα που προκάλεσε αιτιωδώς ζημία στον ασθενή, συμβάλλουν στην ανασφάλεια και την ψυχική του εξουθένωση και επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα και στον τρόπο της παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το φαινόμενο της «αμυντικής ιατρικής», για το οποίο έγινε αναλυτικά λόγος στην εισαγωγή. Επιπλέον, όπως παρουσιάστηκε στο τελευταίο κεφάλαιο, ενώ τα ιατρικά σφάλματα, οφείλονται πράγματι, ως ένα βαθμό, σε βαθύτερους συστημικούς παράγοντες και συνθήκες, η αντίληψη αυτή δεν είναι διαδεδομένη με αποτέλεσμα οι ανεπάρκειες και τις δυσλειτουργίες του συστήματος (ανεπάρκεια μέσων και μηχανισμών, ελλείψεις προσωπικού, πολύωρες εφημερίες κοκ) να «χρεώνονται» στον ιατρό, ο οποίος βρίσκεται υπόλογος έναντι των ασθενών.

Παρ' όλα αυτά και παρότι, όπως τονίζει η συστημική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος, είναι πράγματι κρίσιμο ζήτημα η προώθηση της κουλτούρας ασφάλειας (*safety culture*) έναντι της κουλτούρας επίρριψης ευθυνών σε μεμονωμένα άτομα (*blame culture*), δεν πρέπει να ξεχνάμε πως ο ιατρός, ως άτομο, συχνά, έχει σημαντικό μερίδιο ευθύνης στη διάπραξη ιατρικού λάθους. Μια σύντομη επισκόπηση της νομολογίας αρκεί για να εντοπίσουμε σφάλματα είτε κραυγαλέας απροσεξίας είτε κραυγαλέας αδιαφορίας. Περιπτώσεις όπου ιατροί έλαβαν σοβαρές αποφάσεις με μη αναστρέψιμα αποτελέσματα για την υγεία του ασθενούς, χωρίς να συγκαλέσουν ιατρικό συμβούλιο, ιατροί που ανέλαβαν σοβαρά περιστατικά ενώ δεν διέθεταν την απαραίτητη επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία ή τα αναγκαία μέσα (κατάλληλα μηχανήματα και εξοπλισμένα ιατρεία), ιατροί που αδιαφόρησαν για την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς κοκ.

Τα ιατρικά λάθη είναι πράγματι αναπόφευκτα, ο ιατρός, ωστόσο, οφείλει να καταβάλλει τη μέγιστη δυνατή προσπάθεια ώστε να περιορίζει την πιθανότητα διάπραξής τους. Η καταβολή επιμέλειας κατά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης και εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών δεν αρκούν. Ο ιατρός έχει την υποχρέωση να εκπαιδεύεται δια βίου<sup>446</sup>, να ενημερώνεται για τις εξελίξεις στον επιστημονικό τομέα του, να παρίσταται σε επιστημονικά συνέδρια και γενικά να συμβαδίζει με την πρόοδο

---

ενδεδειγμένη, αλλά και ιδιαίτερα λεπτή και δύσκολη», Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη: Σύγχρονα προβλήματα και προτάσεις αντιμετώπισης, ΧρΙΔ 2017, 481.

<sup>446</sup> Βλ άρθρ. 10 παρ. 1 εδ. β' ΚΙΔ, σύμφωνα με το οποίο: «Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητας του».

της επιστήμης του. Οφείλει ακόμη να γνωρίζει τα όρια των επιστημονικών και επαγγελματικών του ικανοτήτων, να συμβουλευέται τους συναδέλφους του<sup>447</sup>, όταν αυτό χρειάζεται, και να μην αναλαμβάνει πέραν των όσων γνωρίζει<sup>448</sup>. Όπως χαρακτηριστικά έχει κριθεί «ο ιατρός οφείλει να συμβουλευθεί και άλλον, εμπειρότερο μάλιστα συνάδελφο του, και αν διατηρεί τις αμφιβολίες του, οφείλει να τις διατυπώσει στη γνωμάτευση του και να προτείνει την επανεξέταση από άλλον ιατρό της αυτής ειδικότητας, ή από εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο (...)»<sup>449</sup>. Και παρά τη (θλιβερή) διαπίστωση που προέκυψε από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας, στο πλαίσιο ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος με τίτλο «Organisational Culture and Patient Safety» ότι οι εμπειρότεροι ιατροί διαπράττουν περισσότερα λάθη, λόγω της απροθυμίας τους να δεχθούν την «άλλη» άποψη, γίνεται αντιληπτό ότι η διάσωση και διατήρηση του προσωπικού γοήτρου του ιατρού δεν θα πρέπει να λειτουργεί σε βάρος της ασφάλειας του ασθενούς. Άλλωστε σύμφωνα με το άρθρ. 4 παρ. 2 ΚΙΔ «Ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας».

Πράγματι η πιθανότητα επιπλοκής είναι σύμφυτη με την ιατρική πράξη. Πράγματι ο ιατρός, κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, δρα υπό το βάρος ανεπαρκειών και αδυναμιών του συστήματος. Υπάρχει όμως πάντοτε ένα περιθώριο ατομικής ευθύνης του ιατρού σχετικά με τη διάπραξη του ιατρικού σφάλματος. Κι έτσι η γνωστή ρήση του Σενέκα, «*errare humanum est = τα λάθη είναι ανθρώπινα*», με την οποία εισήλθαμε στο θέμα της παρούσας εργασίας βρίσκει το αναγκαίο συμπλήρωμά της στα λόγια του Νίκου Καζαντζάκη «*Ν' αγαπάς την ευθύνη. Να λες, εγώ μονάχος μου θα σώσω τον κόσμο. Αν χαθεί εγώ θα φταίω*».

---

<sup>447</sup> Βλ. άρθρ. 10 παρ. 3 ΚΙΔ σύμφωνα με το οποίο «Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του».

<sup>448</sup> Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, σ. 239.

<sup>449</sup> ΑΠ 1693/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- *Αλεξιάδης Α.*, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, 1996, εκδ. Δημόπουλου.
- *Αναπλιώτη-Βαζαίου Ε.*, Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, 1993, εκδ. Π.Ν Σάκκουλας.
- *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι.*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- *Γεωργιάδης Απ.*, Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2015, εκδ. Π.Ν. Σάκκουλας.
- *Γεωργιάδης Απ.*, Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος – Τόμ. ΙΙ, 2007, εκδ. Π.Ν Σάκκουλας.
- *Γεωργιάδης Αστ.*, Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, Τόμ. Ι, Ε' Έκδοση, 2007, εκδ. Σάκκουλας.
- *Γεωργιάδης Γ.*, σε ΣΕΑΚ Ι (αρθρ. 914), 2010, Εκδόσεις Π.Ν Σάκκουλας.
- *Giesen D.*, International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of CivilLiability Arising from Medical Care, 1988.
- *Δουγαλής Ζ.*, σε Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), 2012, Νομική Βιβλιοθήκη.
- *Δωρής Φ.*, Σκέψεις για την προϋπόθεση της «παρανομίας» στην αδικοπρακτική ευθύνη, για τη σχέση της προς την «υπαιτιότητα» και για τη λεγόμενη «διπλή λειτουργία της αμέλειας» κατά την ΑΚ 330 εδ. β', σε Τίμ. Τόμ. Μιχ. Π. Σταθόπουλου, 2010, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- *Κανελλοπούλου-Μπότη Μ.*, Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξονικό δίκαιο, 1999, εκδ. Αντ. Σάκκουλα.
- *Καράκωστας Ι.*, Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, 2008, Νομική Βιβλιοθήκη.
- *Καράκωστας Ι.*, Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ. 1994, 15 επ.
- *Κορνηλάκης Π.*, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο Ι, 2002, εκδ. Σάκκουλα.
- *Κότσιανος Σ.*, Η Ιατρική ευθύνη, Β' έκδοση, 1976
- *Κουκούλης Α.*, Θεμελίωση Αστικής Ευθύνης του Δημοσίου Νοσοκομείου για πλημμελή παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ΕφΑΔ 10/ 2013, 863 επ.

- *Κουμάνης Ι Σ.*, Παρατηρήσεις στην απόφαση ΠΠρΛαρ 191/2012, Αρμ. 2008, 1267 επ.
- *Κουτσουράδης Α.*, Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής, σε Τιμ. Τόμ. Γ.Δ Καλλιμοπούλου, 2010, 344 επ.
- *Μηλιόπουλος Α*, Όταν το δικαστικό σύστημα αντιμετωπίζει την ιατρική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού (Η οπτική ενός δικαστικού λειτουργού για τις θαυμαστές εξελίξεις της πλαστικής χειρουργικής), Αρμ. 2008, 180 επ.
- *Μουντοκαλάκης Φ.Δ*, Αποσαφηνίζοντας τον όρο “evidence based medicine”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, Τόμ. 32 (5), 650-660.
- *Ομπέση Φ.*, Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο: επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ. 1993, 401 επ.
- *Παναγιώτου Α.*, Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια σθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, Τόμ. 32, 54-363.
- *Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π.*, Η αστική ευθύνη των Δημοσίων Νοσοκομείων (ΝΠΔΔ) από ιατρικά λάθη, ΕφΔΔ 2008, 461 επ.
- *Πελένη-Παπαγεωργίου Α.*, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- *Πελένη-Παπαγεωργίου Α.*, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007 (τόμος 55), 2311 επ.
- *Πλεύρης Α.*, Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Έρευνα και πειραματισμός με αντικείμενο τον άνθρωπο, 2007, Νομική Βιβλιοθήκη.
- *Πολίτης Χ.*, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, 9 επ.
- *Πολίτης Χ*, Σύνδρομο «Μούσα», Σύνδρομο «Γλαυκία». Ιατρική αμέλεια, ιατρική ευθύνη, αμυντική ιατρική, ΕΙΔ 11/2010, 982-995.
- *Πολίτης Χ.*, Η Ιατρική Ευθύνη. Πρόβλημα ιατρικό και νομικό. Νομικές παράμετροι (II), ΕΙΔ 10/2010, 836 επ.
- *Πολίτης Χ.*, Η Ιατρική Ευθύνη. Πρόβλημα ιατρικό και νομικό. Νομικές παράμετροι (I), ΕΙΔ 9/2009, 740 επ.
- *Πολίτης Χ.*, Ενδοσυμβατική σχέση γιατρού και ασθενούς. Ιατρική αμέλεια. Συρροή ενδοσυμβατικής-αδικοπρακτικής ευθύνης, ΕΙΔ. 8/2009, 660 επ.
- *Ρούσσο Κ.*, Το σύστημα αδικοπρακτικής ευθύνης στο ελληνικό και στο ευρωπαϊκό δίκαιο, ΧρΙΔ 2013, 81 επ.

- *Σακελλαροπούλου Β.*, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς, 2011, εκδ. Σάκκουλα.
- *Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ.*, Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, Τόμ. 27 (2), 264 επ.
- *Σπυριδάκης Ι.Σ.*, Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, 2004, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- *Σταθόπουλος Μ.*, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, εκδ. Σάκκουλα.
- *Τζίβα Ε.*, Ασφάλιση Ιατρικής Ευθύνης, 2014, Νομική Βιβλιοθήκη.
- *Τρανταλίδης Γ.*, Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, 2012, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- *Τροκάνας Θ.*, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, σε «Η ιατρική ευθύνη στην πράξη», 2010, Νομική Βιβλιοθήκη, σ. 133 επ.
- *Τρούλη Ε.*, Ιατρική ευθύνη για ζημιογόνο ζωή (wrongful life) και ζημιογόνο τεκνοποίηση (wrongful birth), Digesta 2008, 384 επ.
- *Τσαλαπόρτας Α.*, Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε «Επίκαιρα Ζητήματα Ιατρικού Δικαίου», 2010, Νομική Βιβλιοθήκη.
- *Φίλιος Π.*, Ενοχικό δίκαιο - Ειδικό μέρος, 2011, εκδ. Σάκκουλα.
- *Φουντεδάκη Κ.*, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2007, εκδ. Σάκκουλα.
- *Φουντεδάκη Κ.*, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, εκδ. Σάκκουλα.
- *Φουντεδάκη Κ.*, Παρατηρήσεις σχετικά με την ΑΠ 1227/2007, ΕφΑΔΠολΔ 8-9/2012.
- *Φουντεδάκη Κ.*, Αστική Ευθύνη Ιδιωτικής Κλινικής, ΧρΙΔ 2010, 786 επ.
- *Φουντεδάκη Κ.*, Αστική Ιατρική Ευθύνη: Σύγχρονα προβλήματα και προτάσεις αντιμετώπισης, ΧρΙΔ 2017, 481 επ.
- *Χαραλαμπίδης Α.*, Ιατρική Ευθύνη- Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, 2016, Π.Ν Σάκκουλας.
- *Χελιδόνης Απ.*, Η έννοια του ιατρικού σφάλματος, ΕφΑΔΠολΔ 8-9/2017, 700 επ.
- *Χρυσανθάκης Χ.*, Η Αστική Ευθύνη του Δημοσίου Νοσοκομείου, 2010, Νομική Βιβλιοθήκη.

- *Ψαρούλης Δ-Βούλτσος Π.*, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, 2010, University Studio Press.
- *An organization with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS.* The Stationary Office, London, 2000.

## **ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ**

- Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΔΣΑ.
- Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ.
- Νομικά Περιοδικά (Αρμ, ΑρχΝ, ΕΙΔ, ΕπισκεΔ, ΕφΑΔΠολΔ, ΕΕΝ, ΘΠΔΔ, ΠειρΝ, ΧρΙΔ)

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

- Ιατρικό Δίκαιο (<http://www.iatrikodikaio.com>).
- Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (<http://www.mednet.gr>).
- World Health Organization (<http://www.who.int/en>)
- The BMJ (<http://www.bmj.com>).
- Το Βήμα του Ασκληπιού (<http://ejournals.teiath.gr>)
- LAWSPOT (<https://www.lawspot.gr>)
- Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ (<http://www.kathimerini.gr>).
- ΤΟ ΒΗΜΑ (<http://www.tovima.gr>).
- ΤΑ ΝΕΑ gr (<http://www.tanea.gr>).