ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών
ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

<u>ΣΧΟΛΗ ΝΟΜΙΚΗΣ</u>

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΜΣ ΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΈΤΟΣ 2018-2019

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

του Ανδρέα Δ. Ασημακόπουλου

Α.Μ.: 7340010218001

‘Επιλογή θεραπευτικής μεθόδου και αστική ιατρική ευθύνη’

<u>Τριμελής Επιτροπή</u>

Επίκουρος Καθηγητής Θ. Λύτρας (επιβλέπων)

Καθηγήτρια Α. Πελλένη – Παπαγεωργίου

Επίκουρος Καθηγητής Π. Νικολόπουλος

Αθήνα, 2019

Copyright © [Ανδρέας Δ. Ασημακόπουλος, 30-09-2019]

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.

Στα παιδιά του μεταπτυχιακού,
με τα οποία περάσαμε μαζί αυτήν
την δύσκολη μα και δημιουργική χρονιά

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας Περιεχομένων ……4

Συντομογραφίες……6

Α. Εισαγωγή……...8

Β. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και σύμβαση ιατρικής αγωγής..14

Νομική φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής……14

Περιεχόμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής……..17

Η επιλογή θεραπευτικής μεθόδου ως τμήμα της σύμβασης ιατρικής αγωγής;……18

Γ. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και κανόνες ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας..……23

Κανόνες της ιατρικής επιστήμης……25

Ιατρικά standards……30

Το συμφέρον του ασθενούς……..35

Δ. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και αρχή αυτοδιάθεσης/προστασίας προσωπικότητας ασθενούς: συναίνεση του ασθενούς κατόπιν ενημερώσεώς του……41

Η συναίνεση του ασθενούς: ρόλος και λειτουργία στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου……..42

Η απαραίτητη ενημέρωση……47

Το θεραπευτικό προνόμιο……51

Ε. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και σύσταση ιατρικού συμβουλίου ……..54

Η σύγκληση ιατρικού συμβουλίου: πρωτοβουλία και ζητήματα εξέλιξης της έννομης σχέσης ιατρού-ασθενούς……54

Ιατρικό συμβούλιο και οριοθέτηση της ελευθερίας επιλογής θεραπευτικής μεθόδου του θεράποντος ιατρού……59

ΣΤ. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και περιορισμοί νομοθετικού και οργανω-διοικητικού χαρακτήρα……...64

Αντικειμενικού χαρακτήρα περιορισμοί……..64

α) Ελλείψεις του συστήματος……..64

β) Νομοθετικοί-οργανωτικοί περιορισμοί……65

Υποκειμενικού χαρακτήρα περιορισμοί……..73

α) Επάρκεια γνώσεων του ιατρού……..73

β) Σχέσεις του ιατρού με άλλους δρώντες του συστήματος υγείας……76

Ζ. Συμπεράσματα……..78

Βιβλιογραφία……81

Ξενόγλωσση……...81

Ελληνική……81

Πηγές……88

Νομολογία……88

Ιστοσελίδες……...88

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ά.	άρθρο/άρθρου
ΑΚ	Αστικός Κώδικας
ΑΠ	Άρειος Πάγος
Αρμ	Αρμενόπουλος (νομικό περιοδικό)
ΑρχΝ	Αρχείο Νομολογίας (νομικό περιοδικό)
Βλ.	Βλέπε
ΔΕφΠειρ	Διοικητικό Εφετείο Πειραιά
ΔΣΑ	Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών
εδ.	εδάφιο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΙΔ	Επιθεώρηση Ιατρικού Δικαίου (νομικό περιοδικό)
ΕλλΔνη	Ελληνική Δικαιοσύνη (νομικό περιοδικό)
επ.	επόμενα
ΕφΑΔΠολΔ	Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας (νομικό περιοδικό)
ΘΠΔΔ	Θεωρία και Πράξη Διοικητικού Δικαίου (νομικό περιοδικό)
ΚΙΔ	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005 όπως ισχύει)
κλπ.	και λοιπά
λ.χ.	λόγου χάριν
ΜΠρΑθ	Μονομελές Πρωτοδικείο Αθηνών
Ν. ή ν.	Νόμος

NJW	Neue Juristiche Wochenschrift
NoB	Νομικό Βήμα (νομικό περιοδικό)
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
παρ.	παράγραφος
ΠειρΝ	Πειραϊκή Νομολογία (νομικό περιοδικό)
ΠΠρΑθ	Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών
ΠοινΧρ	Ποινικά Χρονικά (νομικό περιοδικό)
π.χ.	παραδείγματος χάριν
ΣτΕ	Συμβούλιο της Επικρατείας
ΤΝΠ ΔΣΑ	Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών
ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ	Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ
Τιμ. Τόμ.	Τιμητικός Τόμος
τ.	τόμος
ό.π.	όπως παραπάνω
Σ	Σύνταγμα
σελ.	σελίδα
ΧρΙΔ	Χρονικά Ιδιωτικού Δικαίου (νομικό περιοδικό)

Α. Εισαγωγή

Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης δεν είναι ούτε καινούργιο, ούτε ανεξερεύνητο πεδίο. Το εφήμερο και ευάλωτο της ανθρώπινης ύπαρξης γέννησαν, από την πρώτη κιόλας στιγμή της εμφάνισης της ανθρώπινης ζωής, την ανάγκη για παροχή ιατρικής φροντίδας. Από τις αρχαϊκές κοινωνίες μέχρι τις μέρες μας η πρόοδος και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης προφανώς έχουν γεννήσει νέα ερωτήματα και προκλήσεις σε σχέση και με τα ζητήματα ιατρικής ευθύνης[1].

Όμως, όσο κι αν το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης έχει επαρκώς μελετηθεί και αναλυθεί, υπάρχουν πτυχές του που παραμένουν μάλλον αφώτιστες. Ένα από τα ζητήματα αυτά είναι και το θέμα της επιλογής θεραπευτικής μεθόδου, της επιλογής του τρόπου δηλαδή με τον οποίο ο ιατρός θα επιχειρήσει να θεραπεύσει τον ασθενή του. Η κρισιμότερη διάσταση που θα απασχολήσει την παρούσα εργασία, είναι το ζήτημα του ποιός φέρει την ευθύνη και το βάρος αυτής της επιλογής, καθώς και το πλαίσιο οριοθέτησης του δικαιώματος επιλογής θεραπευτικής μεθόδου.

Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητη μια ορολογική διευκρίνιση, χρήσιμη για την πορεία και κατανόηση της όλης προβληματικής της παρούσας εργασίας. Με την χρήση του όρου επιλογή θεραπευτικής μεθόδου, δεν εννοούμε μόνο την τελική φάση στην διαδικασία ίασης ενός ασθενούς, δηλαδή την φάση κατά την οποία έχει ήδη πραγματοποιηθεί η διάγνωση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής, και στην οποία ο θεράπων ιατρός βρίσκεται σε δίλημμα ποια από τις πιθανές διαθέσιμες εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας θα εφαρμόσει για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς του, αλλά εννοούμε το σύνολο των πράξεων που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, δηλαδή και την χρήση των κατάλληλων διαγνωστικών μεθόδων, τα αποτελέσματα των οποίων θα οδηγήσουν τον ιατρό στην διατύπωση συμπερασμάτων σχετικά με το είδος του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής.

---

[1] Για μια αναλυτική ιστορική επισκόπηση της εξέλιξης της ιατρικής ευθύνης, και το πέρασμα από το ανεύθυνο του ιατρού-μάγου στις πρωτόγονες κοινωνίες, όπου την αποτυχία της θεραπείας επωμιζόταν εξ ολοκλήρου ο ασθενής, στο αυστηρό ποινολόγιο σε βάρος του ιατρού στον οποίο αναγνωριζόταν σφάλμα της βαβυλωνιακής και της αιγυπτιακής εκδοχής της ιατρικής ευθύνης, στην αρχαιοελληνική εκδοχή περί ανευθύνου των ιατρών, στην άτυπη καθιέρωση του ανευθύνου των ιατρών λόγω δυσχερειών απόδειξης του ιατρικού σφάλματος κατά την ρωμαϊκή εποχή, μέχρι και την σύγχρονη θεώρηση της ιατρικής ευθύνης, βλ. μεταξύ άλλων Αλεξιάδης Α.-Δ., Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, εκδόσεις Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη, 1996, σελ. 9-16 και 203-205.

Σύμφωνα άλλωστε και με το ά. 1 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ – ν. 3418/2005, όπως ισχύει) ιατρική πράξη, από την οποία μπορεί να γεννηθεί ιατρική ευθύνη, είναι εκείνη που αποσκοπεί στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου, ακόμα δε και εκείνες που εμφανίζουν ερευνητικό χαρακτήρα (παρ. 2 του εν λόγω άρθρου). Έτσι, ως ιατρικές πράξεις η διενέργεια των οποίων ενδιαφέρει εδώ ακριβώς, διότι ενδέχεται να οδηγήσουν στην γέννηση ιατρικής ευθύνης (και δη στην παρούσα εργασία μας ενδιαφέρει πρωτίστως η δημιουργία αστικής ευθύνης, ήτοι ευθύνης προς αποζημίωση ή για χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης), είναι τόσο οι διαγνωστικού χαρακτήρα ιατρικές πράξεις, όσο και οι θεραπευτικού χαρακτήρα ιατρικές πράξεις. Στις διαγνωστικού χαρακτήρα ιατρικές πράξεις συμπεριλαμβάνονται επεμβατικές και μη ιατρικές πράξεις (με παράλληλη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή άνευ αυτών), όπως ακτινογραφίες/τομογραφίες, κλινικές και παρακλινικές/εργαστηριακές εξετάσεις, και γενικώς κάθε διαθέσιμη μεθοδολογία που διαθέτει η σύγχρονη ιατρική επιστήμη στην φαρέτρα της σε σχέση με την διάγνωση και την ταυτοποίηση των παθήσεων/ασθενειών που μπορεί να ταλαιπωρούν τον άνθρωπο. Στις θεραπευτικού χαρακτήρα ιατρικές πράξεις περιλαμβάνονται όλες εκείνες που αποσκοπούν στην ίαση του ασθενούς, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν κυρίως διαφόρων τύπων χειρουργικές/επεμβατικές μεθόδους, την χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, ή/και συνδυασμό περισσότερων του ενός θεραπευτικών μέσων.

Παραδοσιακά η ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου (με την ολοκληρωμένη έννοια που αναλύσαμε παραπάνω) αναγνωρίζεται στον ιατρό, ο οποίος (ιδεοτυπικά) κατέχει την αναγκαία επιστημονική γνώση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει ένας ασθενής. Μάλιστα, η αποτύπωση του εν λόγω αξιώματος, που παραδοσιακά αναγνωριζόταν η ισχύς του, περιέχεται για πρώτη φορά τόσο ξεκάθαρα στην §3 του άρθρου 3 του ισχύοντος ΚΙΔ, η οποία αναφέρει ότι 'Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας'. Στο εδ. β΄ δε της εν λόγω διάταξης γίνεται λόγος ότι 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 την χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση'.

Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν, στον ιατρό που έχει αναλάβει να παράσχει την ιατρική του συνδρομή ο ΚΙΔ απονέμει 'δικαίωμα' επιλογής της μεθόδου θεραπείας. Στο σημείο όμως αυτό ο ΚΙΔ δεν ακριβολογεί[2], διότι στην πραγματικότητα δεν αναγνωρίζει ένα δικαίωμα, με την αυστηρή του όρου έννοια, ήτοι της αναγνώρισης από το δίκαιο μιας εξουσίας που παρέχεται στον φορέα του δικαιώματος (εν προκειμένω του ιατρού) προς ικανοποίηση έννομου συμφέροντός του, ακόμα και εξαναγκαστής με την βοήθεια της δημόσιας αρχής, αλλά μια ελευθερία δράσης του ιατρού κατά την διαδικασία παροχής υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας, η οποία συνδέεται στενά με την προσωπικότητα του ιατρού και την επιστημονική του ελευθερία (Σ., ά. 5 §1, ά. 16 §1)[3].

Είναι αυτή η ελευθερία/δικαίωμα[4] (όπως αναφέρει ο ΚΙΔ) επιλογής θεραπευτικής μεθόδου απόλυτη, με την έννοια ότι αναγνωρίζεται αδιαμφισβήτητα στον ιατρό και σε κανέναν άλλο, δεδομένου ότι ο ιατρός δεν δρα εν κενώ, αλλά η παραπάνω ελευθερία του σχετικά με την επιλογή μεθόδου θεραπείας που εδράζεται στην προσωπικότητά του (και στην επιστημονική του ελευθερία) συγκρούεται με απόλυτα δικαιώματα του ασθενούς[5], ήτοι την προσωπικότητα, την υγεία, την

---

[2] Το γεγονός ότι ο ΚΙΔ δεν χαρακτηρίζεται από την αυστηρή νομική του διατύπωση σε διάφορες επιμέρους διατάξεις, οφειλόμενο το φαινόμενο αυτό στον έντονα δεοντολογικό του χαρακτήρα, δεν αναιρεί το γεγονός ότι με αυτόν τίθεται σε ισχύ ένα νομικά δεσμευτικό σύνολο κανόνων, η παράβαση των οποίων επισύρει νομικές κυρώσεις για τους παραβάτες. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από την θέσπιση με τυπικό νόμο (ετερόνομων) κανόνων δεοντολογίας, κανόνων συμπεριφοράς κοινωνικής ευπρέπειας δηλαδή, στους οποίους το δίκαιο κατ' εξαίρεση αποδίδει νομική σημασία. Γίνεται δεκτό λοιπόν ότι οι διατάξεις του ΚΙΔ, στο μέτρο που επιβάλλουν υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή, εξειδικεύουν τις διατάξεις των ά. 57, 288, 330 και 914 του ΑΚ, επιδρώντας τόσο στο πεδίο της ενδοσυμβατικής όσο και στο πεδίο της αδικοπρακτικής ευθύνης που μπορεί να προκύψει κατά την ιατρική δράση. Για την νομική δεσμευτικότητα των κανόνων του ΚΙΔ και την επίδρασή του στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης, βλ., μεταξύ άλλων, Πελλένη-Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, NoB 55 (2007), σελ. 2311-2323. Ο ΚΙΔ δεν ακριβολογεί ούτε ως προς τον τίτλο της ιδιότητας του νομοθετήματος που φέρει, καθότι η αναφορά σε Δεοντολογία παραπέμπει στο modus των σχέσεων μεταξύ ιατρού-ασθενούς και μόνον. Εντούτοις, στον ν. 3418/2005 όπως ισχύει, περιέχονται σαφείς εξαναγκαστικού δικαίου διατάξεις σε σχέση με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς και κάποιες που αναφέρονται στις σχέσεις ιατρών-πολιτείας. Βλ. και Αλεξιάδης Α.-Δ., ό.π., σελ. 16.

[3] Για την διάκριση της έννοιας του δικαιώματος από συγγενείς έννοιες, βλ. και Γεωργιάδης Α., Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 5η έκδοση, Αθήνα, 2019, σελ. 224-226.

[4] Ακόμα κι αν υιοθετούσαμε την εκδοχή του δικαιώματος, θα επρόκειτο για περίπτωση λειτουργικού δικαιώματος, ήτοι παράλληλα με τις εξουσίες που θα αναγνωρίζονταν στον φορέα του – ιατρό, θα αναγνωρίζονταν και συγκεκριμένες υποχρεώσεις του τόσο για την ίδια την άσκησή του, όσο και κατά την άσκησή του. Από την συνέχεια της ανάλυσης θα προκύψει η οριοθέτηση της εν λόγω ελευθερίας.

[5] Ή κατ' ακριβέστερη διατύπωση που υιοθετεί και ο ΚΙΔ (ά. 1 §4), του χρήστη υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι με βάση τον ορισμό της ιατρικής πράξης (ά. 1 §§1-3, όπου ως ιατρική πράξη

σωματική του ακεραιότητα, κλπ., ή όχι; Μια πρώτη απάντηση μπορεί να επιχειρηθεί να δοθεί με βάση το πρότυπο της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

Στην ιστορική διαδρομή, τρία βασικά πρότυπα των σχέσεων μεταξύ ιατρού-ασθενούς έχουν χαρτογραφηθεί[6]: i) το Ιπποκράτειο, κατά το οποίο ο ασθενής αφήνεται ουσιαστικά στα χέρια του ιατρού[7], ο οποίος λειτουργεί ιδεοτυπικά με γνώμονα μονάχα το καλό του ασθενούς (αρχή του ωφελείν ή μη βλάπτειν)[8], ii) το πρότυπο της σύμβασης, όπου ο ιατρός εκτελεί συμβατικές εντολές, παρέχοντας εργασία σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, χωρίς να εγγυάται την επιτυχία της ενέργειάς του[9], και iii) το πρότυπο της συνεργασίας, όπου μεταξύ ιατρού και ασθενούς αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης και αλληλοβοήθειας: ο ασθενής αντιμετωπίζεται όχι σαν αντικείμενο της ιατρικής λογικής, αλλά ως ένας συνεργάτης που χρήζει βοήθειας[10].

Με βάση τα παραπάνω τυπολογικά πρότυπα, στο πρώτο, η ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου είναι απόλυτο προνόμιο του ιατρού, ο οποίος δρα αποκλειστικά προς όφελος της υγείας του ασθενούς, ακόμα και ενάντια στην βούλησή του (salus aegroti suprema lex est – υπέρτατος νόμος η υγεία του ασθενούς),

---

χαρακτηρίζεται εκείνη που έχει ως σκοπό την με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου, συμπεριλαμβανομένων πράξεων που έχουν ερευνητικό χαρακτήρα και αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης, καθώς και της συνταγογράφησης, της εντολής για διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, την έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών, και την παροχή συμβουλετικών υποστηρικτικών υπηρεσιών υγείας), ο δέκτης των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να είναι και ένας άνθρωπος η υγεία του οποίου δεν παρουσιάζει συγκεκριμένα προβλήματα.

[6] Για μια αναλυτικότερη ταυτοποίηση των τριών αυτών προτύπων στις σχέσεις ιατρού-ασθενούς, βλ. και Πλεύρης Α., Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Έρευνα και πειραματισμός με αντικείμενο τον άνθρωπο, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2007, σελ. 9-10.

[7] Αυτό το ιδεότυπο του παντοδύναμου ιατρού-σωτήρα, ο οποίος κατέχει την απαραίτητη γνώση σε σχέση με τον αδύναμο ασθενή έχει αμβλυνθεί, λόγω και της προόδου της ιατρικής επιστήμης που έχει οδηγήσει σε αυξημένες προσδοκίες των ασθενών σε σχέση με την πορεία της υγείας τους. Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2003, σελ. 40.

[8] Το πρότυπο αυτό είναι έντονα πατερναλιστικό, και φέρει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τον ιατρό, ο οποίος λειτουργεί ως «προστάτης» των συμφερόντων του ασθενούς, ως μόνος κάτοχος αυτός (σε σχέση με τον ασθενή) της επιστημονικής γνώσης και αλήθειας.

[9] Για την σχέση ελευθερίας επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και της σύμβασης ιατρικής αγωγής, βλ. παρακάτω σχετικό κεφάλαιο.

[10] Στο πρότυπο αυτό, το οποίο ο ως άνω συγγραφέας αναφέρει ως κυρίαρχο σήμερα, οφείλεται, κατά τον μελετητή αυτόν, η ανάγκη σύμπραξης του ασθενούς, προκειμένου ο ιατρός να νομιμοποιείται να επέμβει, είτε κάνοντας μια απλή ιατρική πράξη, είτε μια ερευνητική ή πειραματική ενέργεια. Κατά τον συγγραφέα, η σύμπραξη αυτή ξεπερνά την μορφή μιας απλής συμβατικής σχέσης. Βλ. και Πλεύρης, ό.π., σελ. 9-10. Τούτο δεν είναι απολύτως ακριβές, όπως θα φανεί στην ανάλυση παρακάτω.

αφού αυτός είναι ο μόνος κάτοχος της αναγκαίας επιστημονικής γνώσης στην διμερή σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς, στο δεύτερο, η ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου παραμένει προνόμιο του ιατρού, αφού εκείνος κατέχει την επιστημονική γνώση και αναλαμβάνει ως συμβατική του υποχρέωση την παροχή των αναγκαίων μέσων για την ίαση (διάγνωση ή/και θεραπεία) του ασθενούς, ενώ στο τρίτο η διακριτική ευχέρεια επιλογής θεραπευτικής μεθόδου, ανήκει στον ασθενή, ο οποίος καίτοι δεν κατέχει τις αναγκαίες ιατρικές γνώσεις, καλείται, σταθμίζοντας τα υπέρ και τα κατά κάθε εναλλακτικής μεθόδου, να επιλέξει την μέθοδο που θα εφαρμοστεί στην περίπτωσή του, δεδομένου ότι αφού η θεραπεία εφαρμόζεται για το καλό του, αυτός πρέπει να έχει λόγο για το τι είναι το καλό του. Η τελευταία θεώρηση προέκυψε ως αποτέλεσμα της διευρυνόμενης ανάπτυξης των ατομικών ελευθεριών, τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες, και τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα της σύγχρονης ιατρικής, το κέντρο του ενδιαφέροντος μετατοπίστηκε στον ίδιο τον ασθενή και τις ανάγκες του, και έχουμε μεταβεί από το salus aegroti suprema lex est στο voluntas aegroti suprema lex est (υπέρτατος νόμος η θέληση του ασθενούς).

Πέρα όμως από την αλλαγή προτύπου στις σχέσεις ιατρού-ασθενούς, και άλλοι παράγοντες έχουν παρεισφρήσει στην διαμόρφωση της σύγχρονης ιατρικής δράσης[11]. Η διευρυνόμενη οργανωτική και ρυθμιστική παρέμβαση των σύγχρονων κρατών στον κρίσιμο τομέα της δημόσιας υγείας, έχει επιβάλλει πρόσθετους, αναγκαστικού χαρακτήρα, περιορισμούς σε αυτήν.

Εντούτοις, και παρά τις όποιες εξελίξεις έχουν επισυμβεί, η κρατούσα γνώμη δέχεται ότι η επιλογή της ιατρικής μεθόδου που θα ακολουθηθεί είναι αρμοδιότητα του ιατρού[12]. Θέση που υπήρχε και πριν την θέσπιση της §3 του άρθρου 3 του ΚΙΔ,

[11] Εννοείται πέρα από τις εξελίξεις στην ίδια την ιατρική επιστήμη.

[12] Βλ., μεταξύ άλλων, και Καραγεώργος Κ. Γ., Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1996, σελ. 37, και μάλιστα αποκλειστικά κατά τον εν λόγω συγγραφέα (βλ. και σελ. 145), Σακελλαροπούλου Β., Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς, 2011, εκδ. Σάκκουλα, σελ. 115, Τρανταλίδης Γ., Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, 2012, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ. 112, Καϊάφα-Γκμπάντι Μ, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), σελ. 875-876, Πλεύρης, ό.π., σελ. 13. Ο Λασκαρίδης υποστηρίζει ότι (κατ' αρχήν) η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου υπόκειται στην διακριτική ευχέρεια του ιατρού. Βλ. και Λασκαρίδης Ε., Ενημέρωση και συναίνεση ασθενούς για νέες θεραπευτικές μεθόδους, (δημοσιευμένο στον ιστότοπο https://www.iatrikodikaio.com/enimerosi-sunainesi-asthenous/), Δεκέμβριος 2016.

και την οποία φαίνεται[13] να υιοθετεί και ο ίδιος ο ΚΙΔ. Η αναγνωριζόμενη αυτή στον ΚΙΔ ελευθερία επιλογής θεραπευτικής (με την ευρεία έννοια που έχουμε δεχθεί στην παρούσα εργασία, τόσο στο κομμάτι της διάγνωσης όσο και στο κομμάτι της καθ' αυτό θεραπείας) μεθόδου δεν περιορίζεται μόνο στην καθαυτό απονομή της αρμοδιότητας επιλογής της καταλληλότερης θεραπευτικής αγωγής στον ιατρό, αλλά εδράζεται και σε ένα στάδιο πριν: στην απόφαση για το αν πρέπει να λάβει χώρα οποιαδήποτε ιατρική πράξη (διαγνωστική ή θεραπευτική). Περαιτέρω, ως αποτέλεσμα της προσωπικότητας και της επιστημονικής ελευθερίας του ιατρού, γίνεται δεκτό ότι κανένας ιατρός δεν μπορεί να υποχρεωθεί στην διεξαγωγή συγκεκριμένης ιατρικής (διαγνωστικής ή θεραπευτικής) μεθόδου ή στην διάγνωση/θεραπεία με συγκεκριμένα φάρμακα[14].

Είναι δεδομένο ότι μια απόλυτη ελευθερία του ιατρού στην επιλογή θεραπευτικής μεθόδου δεν είναι αποδεκτή[15]. Προκύπτει ανάγκη οριοθέτησής της. Η οριοθέτηση αυτή προκύπτει απευθείας από τις διατάξεις του ΚΙΔ, όπως θα αναλυθεί κατωτέρω. Όμως, οριοθετήσεις προκύπτουν και από την ίδια την σχέση που συνδέει ιατρό και ασθενή, της οποίας η συμβατική φύση δεν αμφισβητείται[16].

Έτσι, η ανάλυση που θα ακολουθήσει θα επιχειρήσει να οριοθετήσει αυτήν την ελευθερία/δικαίωμα επιλογής θεραπευτικής μεθόδου, η οποία αναγνωρίζεται κατ' αρχήν στον ιατρό, με βάση τους παρακάτω βασικούς άξονες:

- Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και σύμβαση ιατρικής αγωγής
- Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας
- Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και αρχή αυτοδιάθεσης/προστασίας προσωπικότητας ασθενούς: συναίνεση του ασθενούς κατόπιν ενημερώσεώς του
- Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και σύσταση ιατρικού συμβουλίου
- Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και περιορισμοί αντικειμενικού και υποκειμενικού χαρακτήρα

[13] Η σημασία της χρήσης του όρου 'φαίνεται' εδώ, θα καταδειχθεί στο τέλος της παρούσας εργασίας, αφότου δηλαδή θα έχει γίνει κατανοητό πώς ακριβώς οριοθετείται αυτή η θεραπευτική ελευθερία που αναγνωρίζεται στον ιατρό.

[14] Βλ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ., Ανάλυση άρθρου 3 του ΚΙΔ, σε Λασκαρίδης Ε. Ι. (επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2012, σελ. 28-29.

[15] Χωρίς να είναι ανάγκη να προσφύγει κανείς σε σχήματα περί καταχρηστικής άσκησης αυτής.

[16] Βλ. και Γεωργιάδης Α., Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, τ. ΙΙ, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 2007, σελ. 179.

Β) Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και σύμβαση ιατρικής αγωγής

Το ερώτημα που τίθεται σε αυτήν την ενότητα είναι κατά πόσον είναι δυνατό η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου να αποτελέσει αντικείμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής, είτε με την μορφή συμφωνίας ως προς το ποιό από τα μέρη θα επιλέξει την εφαρμοστέα θεραπευτική μέθοδο, είτε με την μορφή συμφωνίας ως προς την θεραπευτική μέθοδο που θα εφαρμοστεί[17], ανεξαρτήτως μάλιστα του συμβαλλομένου μέρους που θα επιχειρήσει να εισαγάγει έναν τέτοιο όρο στην σύμβαση ιατρικής αγωγής. Πριν να επιχειρηθεί να δοθεί μιαν απάντηση στο παραπάνω ερώτημα, πρέπει πρώτα να γίνουν κάποιες επισημάνεις σχετικά με την νομική φύση και το περιεχόμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής.

Νομική φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής

Στην επιστήμη στασιάζεται η νομική φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής, δηλαδή της συμβατικής σχέσης που συνδέει τον ιατρό με τον ασθενή[18]. Ο κύριος προβληματισμός εστιάζεται στο εάν πρόκειται για σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών ή αν έχουμε να κάνουμε με περίπτωση συμβάσεως έργου[19]. Η σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών αποτελεί είδος της σύμβασης εργασίας, μη ρυθμιζόμενη ειδικώς στον ΑΚ, στις οποίες εφαρμόζονται οι διατάξεις των ΑΚ 648-680, πλην εκείνων που αφορούν αποκλειστικά την σύμβαση εξαρτημένης εργασίας. Αντικείμενό της λοιπόν είναι η παροχή εργασίας κατά τρόπο ανεξάρτητο, δίχως να ενδιαφέρει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα που δύναται αυτή να επιφέρει[20]. Αντίθετα, στην σύμβαση έργου ενδιαφέρει το ίδιο το αποτέλεσμα της εργασίας, για το οποίο ο εργολάβος υπέχει εγγυητική ευθύνη επίτευξής του έναντι του εργοδότη[21]. Η δυσχέρεια διάκρισης ανάμεσα σε αυτά τα δύο είδη συμβάσεων προκύπτει από το «έργο» που αναλαμβάνει ο «εργολάβος» στην περίπτωση της σύμβασης ανεξαρτήτων υπηρεσιών. Αυτό δεν έχει απαραίτητα υλική υπόσταση, εντούτοις η εκτέλεσή του

[17] Πάντα με την έννοια είτε της διαγνωστικής είτε της καθ' αυτό θεραπευτικής μεθόδου.
[18] Στην βιβλιογραφία εμφανίζονται και οι αντίστοιχοι όροι σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών ή ιατρική σύμβαση. Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 179.
[19] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 2016, σελ. 49.
[20] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 298.
[21] Βλ. και Γεωργιάδης Α., Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 181.

απαιτεί αναπόφευκτα την παροχή εργασίας, η οποία εντέλει, σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων, αποσκοπεί στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος[22].

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι δύο τύποι συμβάσεων ομοιάζουν ως προς βασικά χαρακτηριστικά τους. Κρίσιμος θεωρείται ο νομικός χαρακτηρισμός της βασικής παροχής του ιατρού, δηλαδή εάν η υποχρέωση παροχής ιατρικής συνδρομής (κύρια παροχή) που αναλαμβάνει ο ιατρός συνιστά υποχρέωση παροχής μέσων ή υποχρέωση αποτελέσματος. Κρατούσα θεωρείται η γνώμη ότι στην περίπτωση παροχής ιατρικής συνδρομής έχουμε να κάνουμε με ενοχή μέσων και όχι αποτελέσματος[23], διότι λόγω της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης φύσης και του απροβλέπτου των αντιδράσεων του ανθρώπινου οργανισμού[24], ο ιατρός αδυνατεί στην πραγματικότητα να εγγυηθεί την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος, ακόμα κι αν αληθής τελικός σκοπός και των δύο μερών είναι η παραγωγή αυτού[25]. Κατά συνέπεια, ο ιατρός δεν αναλαμβάνει υποχρέωση ιάσεως του ασθενούς[26], αλλά την καταβολή εκ μέρους του κάθε δυνατής προσπάθειας, με βάση τις γνώσεις που του παρέχει η ιατρική επιστήμη και η εμπειρία του από την κλινική πράξη για την lege artis επιχείρηση των απαραίτητων ιατρικών πράξεων, με σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς-αντισυμβαλλομένου του[27]. Απόρροια του γεγονότος αυτού είναι ότι μόνη η αποτυχία επίτευξης του επιθυμητού αποτελέσματος (είτε αυτό είναι η ορθή διάγνωση, είτε η θεραπεία, είτε και τα δύο

[22] Βλ. και Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο Ι, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2013, σελ. 300.
[23] Βλ. και Ψαρούλης Δ. – Βούλτσος Π., Ιατρικό Δίκαιο – Στοιχεία Βιοηθικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2010, σελ. 236.
[24] Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, σελ. 181.
[25] Η Φουντεδάκη υποστηρίζει ότι το αποτέλεσμα , το οποίο είναι σε τελική ανάλυση ο επιδιωκόμενος σκοπός και από τα δύο συμβαλλόμενα μέρη, δεν μπορεί να αναχθεί σε περιεχόμενο της δικαιοπρακτικής τους βούλησης, τουλάχιστον όσο κάτι τέτοιο δεν συμφωνείται ρητά. Βλ. και Φουντεδάκη, ό.π., σελ. 300. Περαιτέρω όμως, πρέπει σε αυτό το σημείο να επισημανθεί πως δεδομένου ότι ο ιατρός δεν μπορεί στην πραγματικότητα να εγγυηθεί την επέλευση του αποτελέσματος, η αναγωγή του σκοπού σε περιεχόμενο δικαιοπρακτικής βουλήσεως θα επέφερε υπόσχεση για αδύνατη παροχή (βλ. ΑΚ 362), ήτοι την μετά βεβαιότητας επίτευξη της/(ή κατ' άλλη διατύπωση την βεβαιότητα επίτευξης) ορθής διάγνωσης ή/και ίασης του ασθενούς.
[26] Δεν μπορεί να αναγκαστεί να υποσχεθεί ο ιατρός τα αδύνατα, ήτοι την με απόλυτη βεβαιότητα ίαση του ασθενούς.
[27] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 49, Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 181, Κότσιανος Σ., Η Ιατρική ευθύνη, Β' έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1976, σελ. 30.

μαζί), δεν αποτελεί αναπόδραστα ιατρικό σφάλμα, ούτε αποδεικνύει άνευ ετέρου την παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας εκ μέρους του ιατρού[28].

Η υποχρέωση καταβολής προσπάθειας οδηγεί στην ένταξη της σύμβασης ιατρικής αγωγής στον συμβατικό τύπο της μίσθωσης εργασίας, εντασσόμενη περαιτέρω στις αποκαλούμενες συμβάσεις εμπιστευτικών ελευθέριων εργασιών του ά. 676 ΑΚ[29]. Η κύρια νομική σημασία της εν λόγω διαπίστωσης είναι ο εργαζόμενος (εδώ ο ιατρός) υπέχει ευθύνη μόνο για την παροχή των συμφωνημένων με τον εργοδότη υπηρεσιών, και όχι για το αποτέλεσμα αυτών, δικαιούμενος την σχετική αμοιβή του, αδιαφόρου του επιτυχούς ή όχι του αποτελέσματος για τον εργοδότη[30].

Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις όπου η σύμβαση ιατρικής αγωγής παρουσιάζει έντονα στοιχεία που θα μπορούσαν να την κατατάξουν στην σύμβαση έργου[31]. Αυτό θα συμβαίνει στις περιπτώσεις όπου το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης δεν είναι πιθανό να επηρεαστεί από παράγοντες, όπως η ιδιαιτερότητα του ανθρώπινου οργανισμού, πιθανές επιπλοκές ή το πεπερασμένο της ανθρώπινης φύσης, αλλά εάν διενεργηθεί σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τότε μπορεί να θεωρείται εγγυημένο. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν ιατρικές πράξεις τεχνικής φύσης ή μη θεραπευτικού χαρακτήρα, των οποίων την επιτυχία του αποτελέσματος μπορεί να εγγυηθεί ο ιατρός, με αποτέλεσμα να μπορεί να θεμελιωθεί ευθύνη του σε περίπτωση μη επέλευσής του (π.χ. αιματολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις, κοσμητικές επεμβάσεις)[32]. Δεν αποτελεί όμως σύμβαση έργου η σύμβαση που ως αντικείμενό της έχει μόνο την διάγνωση (είτε πρωτογενώς είτε ως «σύμβαση δεύτερης γνώμης»[33]), διότι ούτε σε αυτήν την περίπτωση ο ιατρός μπορεί να εγγυηθεί το αποτέλεσμα[34]. Ούτε, πολύ παραπάνω, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως σύμβαση έργου

---

[28] Βλ. και Ζέπος Π. Ι., Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 21, τ. 1, (1973), σελ.2., Κότσιανος, ό.π., σελ. 22-23, Πολίτης Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, σελ. 33.

[29] Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 181-182.

[30] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, σελ. 54. Κοινώς αδιαφόρου του εάν ευοδώθηκαν τα παραγωγικά αίτια της βουλήσεως, εν προκειμένω του ασθενούς-χρήστη των υπηρεσιών υγείας, για την σύναψη της συμβάσεως ιατρικής αγωγής.

[31] Μια γενική θεώρηση της σύμβασης ιατρικής αγωγής ως σύμβασης έργου απορρίπτει κατηγορηματικά η Φουντεδάκη. Βλ. και Φουντεδάκη, ό.π., σελ. 300.

[32] Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 181, Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 55. Η νομολογία πάντως δεν φαίνεται να δέχεται αυτήν την εξαίρεση. Βλ. και Ψαρούλης-Βούλτσος, ό.π., σελ. 236.

[33] Όπου ο ασθενής επιθυμεί την εκτίμηση από άλλον ιατρό ήδη διενεργηθεισών εξετάσεων που είχαν ζητηθεί από έτερο ιατρό.

[34] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 56.

η σύμβαση με αντικείμενο την διενέργεια εγχείρησης[35], διότι ακόμα κι όταν ο ιατρός υπόσχεται ορισμένο αποτέλεσμα, στην ουσία δεν υπόσχεται τίποτα παραπάνω από το ότι θα αντιμετωπίσει τον ασθενή με την οφειλόμενη επαγγελματική συμπεριφορά[36].

Περιεχόμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής

Από την φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής ως σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών προκύπτει ότι πρόκειται για μία σύμβαση υποσχετική και αμφοτεροβαρή[37]. Συμβαλλόμενα μέρη είναι αφενός ο ιατρός, αφετέρου ο ασθενής (πληρέστερα[38]) ο χρήστης υπηρεσιών υγείας[39], οι οποίοι δεν είναι απαραίτητο να περιβάλλουν την συμφωνία τους αυτή σε οποιονδήποτε τύπο[40].

Αντικείμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι η ανάληψη της υποχρέωσης από τον ιατρό της παροχής συνδρομής οιασδήποτε μορφής έναντι της συμφωνημένης αμοιβής που αναλαμβάνει να καταβάλει ο ασθενής[41]. Ως αντικείμενο της συναλλαγής τίθεται το αγαθό της ψυχοσωματικής υγείας του προσώπου που ζητά την ιατρική συνδρομή, προκειμένου για την αντιμετώπιση απειλητικών καταστάσεων στην υγεία (στοιχείο της προσωπικότητας του ασθενούς) του ανθρώπου[42]. Συνεπώς, το περιεχόμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι ευρύ λόγω της έκτασης που καταλαμβάνουν η φύση, το είδος και ο αριθμός των επιμέρους υποχρεώσεων του

---

[35] Η άποψη αυτή φαίνεται αρκετά διαδεδομένη στο ελληνικό δίκαιο. Βλ. και ανάλυση σε Κότσιανος, ό.π., σελ. 27, Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, σελ. 50.

[36] Βλ. και Σταθόπουλος Μ. Π., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2016, σελ. 51-52, Σταθόπουλος Μ. Π., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2018, σελ. 118 και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993, σελ. 108.

[37] Βλ. και Αναπλιώτη-Βαζαίου Ε., Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας, 1993, σελ. 26.

[38] Αφού αντικείμενο της σύμβασης, όπως θα δούμε και παρακάτω, μπορεί να είναι και η διενέργεια ιατρικών πράξεων που δεν έχουν διαγνωστικό ή θεραπευτικό χαρακτήρα.

[39] Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 184. Βλ. και ΚΙΔ, ά. 1 §4 στ. α΄.

[40] Τυχόν έγγραφος τύπος έχει μόνον αποδεικτικό χαρακτήρα. Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, σελ. 186.

[41] Βλ. και ά. 19 §1 ΚΙΔ σε σχέση με την διεκδίκηση της νόμιμης αμοιβής του ιατρού.

[42] Η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη υποστηρίζει ότι το γεγονός ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν αποσκοπεί στην επίτευξη περιουσιακής μετακίνησης αγαθών, αλλά στην προστασία της υγείας του ασθενούς, μετατρέπει την σύμβαση ιατρικής αγωγής σε μια ιδιόρρυθμη (sui generis) σύμβαση, η οποία διακρίνεται από τις λοιπές ανταλλακτικές συμβάσεις, αφού μεταξύ ιατρού και ασθενούς δημιουργείται μια ιδιόμορφη σχέση εξουσίασης. Για αυτό υποστηρίζει ότι εφαρμόζονται διατάξεις και από την σύμβαση εργασίας και από το δίκαιο της προσωπικότητας. Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 112-116. Αυτήν την σχέση εξουσίασης φαίνεται να αναγνωρίζει και ο ΚΙΔ, ο οποίος στο ά. 8 §2 εδ. β΄ ωθεί τον ιατρό σε τήρηση μιας ορισμένης συμπεριφοράς σεβασμού και κατανόησης του ασθενούς. Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 183.

ιατρού[43]. Η παρεχόμενη από τον ιατρό στον ασθενή ιατρική συνδρομή ταυτίζεται με μία ευρεία θεώρηση της έννοιας της ιατρικής πράξης[44]. Η κύρια υποχρέωση του ιατρού στο πλαίσιο της λειτουργίας τη σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών, οι οποίες μπορεί να είναι διαγνωστικού χαρακτήρα, είτε με την διεξαγωγή εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων είτε με την κλινική εξέταση του ασθενούς εκ μέρους του ιατρού (των οποίων κατά κανόνα προηγείται η λήψη και του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς), είτε θεραπευτικού χαρακτήρα[45]. Στην περίπτωση που έχει προηγηθεί διάγνωση από άλλο ιατρό, η σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ του δεύτερου ιατρού και του ασθενούς μπορεί να μην περιλαμβάνει την διάγνωση, όμως τα αποτελέσματα αυτής αποτελούν συμβουλευτικά στοιχεία για αυτόν, και οφείλει και δικαιούται να τα εκτιμήσει ελεύθερα σύμφωνα με τις δικές του ιατρικές γνώσεις[46]. Πυρήνα της παροχής ιατρικών υπηρεσιών συνιστά η θεραπεία του ασθενούς, η οποία μπορεί να λάβει οποιαδήποτε αναγνωρισμένη από την επιστήμη μορφή, όπως την μορφή χειρουργικής επέμβασης, φαρμακευτικής αγωγής, χειρισμού μηχανημάτων που επενεργούν στο σώμα του ασθενούς ή στα εσωτερικά του όργανα (π.χ. γαστροσκόπιο)[47].

Η επιλογή θεραπευτικής μεθόδου ως τμήμα της σύμβασης ιατρικής αγωγής;

Για να επιχειρηθεί να δοθεί απάντηση σε αυτό το ερώτημα, πρέπει εξεταστεί εν προκειμένω και άλλη μία κρίσιμη παράμετρος. Αυτή του χρόνου σύναψης της σύμβασης ιατρικής αγωγής.

Το χρονικό σημείο σύναψης της σύμβασης ιατρικής αγωγής δεν διαφέρει από αυτό που ισχύει σε κάθε σύμβαση, ήτοι αυτό με βάση το σύστημα της πρότασης και αποδοχής, δηλαδή του χρονικού σημείου σύμπτωσης των δηλώσεων βουλήσεως του

[43] Βλ. και Γεωργιάδης, ό.π., σελ. 187.

[44] Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνεται όχι μόνο κάθε πράξη που έχει ως σκοπό την με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου (βλ. και ά. 1 §1 του ΚΙΔ), αλλά και κάθε πράξη που συνιστά επέμβαση στην αυτοδιάθεση του ανθρώπου και δύναται να επηρεάσει την εξέλιξη της υγείας του (π.χ. αιμοληψία), καθώς και κάθε πράξη που συνιστά υποβοηθητική ενέργεια του ιατρικού έργου κατά την επιχείρηση διασφάλισης της υγείας του ανθρώπου (π.χ. συνταγογράφηση, γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή) – (βλ. και ά. 1 §3 του ΚΙΔ που ορίζει ως ιατρικές πράξεις και εκείνες με ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης). Βλ. και Γεωργιάδης, ό.π., σελ. 180.

[45] Βλ. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 116-119, καθώς και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 187-188.

[46] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 103.

[47] Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 188.

ιατρού και του αποδέκτη των ιατρικών υπηρεσιών (ΑΚ 192), χρονικό σημείο από το οποίο αρχίζει και η παραγωγή δεσμευτικών αποτελεσμάτων της έννομης σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς[48]. Κατά κανόνα ο ασθενής/χρήστης των υπηρεσιών υγείας είναι εκείνος που θα απευθύνει την πρόταση στον ιατρό[49], αιτούμενος τις υπηρεσίες του, και ο ιατρός αποδέχεται[50] θέτοντας στην διάθεση του ασθενούς τις επιστημονικές του γνώσεις και υπηρεσίες[51]. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής έχει συναφθεί ήδη με την τηλεφωνική επικοινωνία του ασθενούς με τον ιατρό προκειμένου να κανονιστεί μία συνάντηση στο ιατρείο του τελευταίου ή να μεταβεί αυτός στον χώρο που βρίσκεται ο ασθενής[52,53]. Πάντως στην περίπτωση υιοθέτησης αυτής της άποψης σχετικά με τον χρόνο σύναψης της σύμβασης ιατρικής αγωγής, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής τελεί υπό την οιονεί διαλυτική αίρεση της πραγματικής ανάληψης του ασθενούς από τον ιατρό, δεδομένου ότι αυτός δεν είναι σε θέση να γνωρίζει πραγματικά αν έχει τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να μπορεί να αναλάβει την ίαση του προβλήματος υγείας του ασθενούς. Υποστηρίζεται όμως και άλλη άποψη που μεταθέτει τον χρόνο σύναψης της σύμβασης ιατρικής αγωγής στον χρόνο ανάληψης της διάγνωσης της ασθένειας[54], είτε την διάγνωση και θεραπεία, είτε μόνο την θεραπεία[55]. Το χρονικό σημείο

---

[48] Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 184-185, Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 64.

[49] Είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω του νομίμου αντιπροσώπου του. Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 184.

[50] Κατά μία άποψη ο ιατρός δεν υποχρεούται να αποδεχθεί την πρόταση του ασθενούς, διότι κάτι τέτοιο θα αντίκειτο στην συμβατική του ελευθερία (ά. 5 §1 του Σ., ΑΚ 361). Εξαίρεση αναγνωρίζεται στις επείγουσες περιπτώσεις. Όμως, μετά την εισαγωγή του ΚΙΔ, ο οποίος χαρακτηρίζει την άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα (ά. 2§1 ΚΙΔ), κάτι τέτοιο δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό, παρά μόνο για λόγους έλλειψης επιστημονικής του επάρκειας (ά. 9 §2 ΚΙΔ), καθώς και για ειδικούς-προσωπικούς λόγους και λόγους συνειδήσεως (βλ. και ά. 9 §§2, 4 εδ. α΄ και ά. 2 §5 ΚΙΔ). Σε κάθε περίπτωση, εννοείται ότι η υποχρέωσή του σε επείγουσες περιπτώσεις παραμένει, ανεξαρτήτως αν το περιστατικό εμπίπτει στην ειδικότητά του (ά. 2 §5, 9 §§3,4 ΚΙΔ). Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, σελ. 185, Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 70-71.

[51]Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 184-185, Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 64, Φουντεδάκη, ό.π., σελ. 283-284.

[52] Βλ. και Φουντεδάκη, ό.π., σελ. 284. Ο σκοπός είναι προφανής: ο ιατρός να υπέχει ενδοσυμβατική ευθύνη σε προγενέστερο σημείο, ακόμα κι αν καθυστερήσει αδικαιολόγητα να εμφανιστεί.

[53] Σε κάθε περίπτωση, αποφασιστικό κριτήριο για την κατάφαση της σύναψης της σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι η οποιαδήποτε ανάμειξη του ιατρού στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς. Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 185. Αυτή δεν μπορεί να αρχίζει το αργότερο από την εκκίνηση λήψης του ιστορικού του ασθενούς από τον ιατρό, η οποία θα μπορούσε να εκληφθεί και ως σιωπηρά συναγόμενη δήλωση. Βλ. και Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, ό.π., 185 και Φουντεδάκη, ό.π., σελ. 283.

[54] Σε αυτή την περίπτωση ο χρόνος αυτός θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι συμπίπτει με τον χρόνο σύναψης της σύμβασης που υιοθετεί η πρώτη άποψη.

[55] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 118, αλλά και 263.

σύναψης της σύμβασης έχει κομβική σημασία για το είδος της ενοχής που μπορεί να αναληφθεί.

Έτσι, αν δεχθούμε την μάλλον ορθότερη γνώμη ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής καταρτίζεται στο σημείο σύμπτωσης των δικαιοπρακτικών βουλήσεων, όπου ο ιατρός αποδέχεται να παράσχει στον χρήστη των υπηρεσιών υγείας/ασθενή την ιατρική του συνδρομή, τότε στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, ήτοι εκείνων κατά τις οποίες θα απαιτηθεί από τον ιατρό να προβεί σε διάγνωση πριν εφαρμόσει την οποιαδήποτε θεραπεία, τότε θα έχουμε να κάνουμε σε κάθε περίπτωση με μια περίπτωση κατά βάση αόριστης παροχής, δηλαδή ορισμένης μόνο κατά γένος (ΑΚ 289, αναλογικά εφαρμοζόμενης), αφού πριν την διάγνωση-ταυτοποίηση του προβλήματος υγείας του ασθενούς δεν μπορεί να γίνει λόγος για θεραπεία, αλλά ούτε και για διάγνωση πριν την λήψη του ιστορικού του ασθενούς. Πολύ δε περισσότερο δεν μπορεί να γίνει λόγος για επιλογή θεραπευτικής, εν ευρεία εννοία, μεθόδου. Αλλά και σε περίπτωση που υπάρχει προηγούμενη διάγνωση, πάλι δεν μπορεί να γίνει λόγος για ενοχή είδους, αφού ο ιατρός θα οφείλει να επανελέγξει την διάγνωση προτού προχωρήσει στην εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας. Συνελόντι, η κύρια υποχρέωση του ιατρού, είναι αυτή της παροχής ιατρικής συνδρομής, ήτοι ενοχή γένους, δυνάμενη να εξειδικευτεί μόνο μέσω της παραπομπής στο αντικειμενικό πρότυπο επιμέλειας, το οποίο απαιτεί μια συνολική εκτίμηση της πραγματικής κατάστασης (κατάσταση υγείας του ασθενούς) για να μπορεί κανείς να προβεί σε επιλογή οποιασδήποτε περαιτέρω (διαγνωστικής ή θεραπευτικής) ιατρικής πράξης. Στην σύμβαση ιατρικής αγωγής λοιπόν, κοινό στοιχείο άλλωστε όλων των συμβάσεων με αντικείμενο την παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών, δεν υπάρχει συνομολόγηση συγκεκριμένων υποχρεώσεων του ιατρού, αλλά συμφωνία ότι ο ιατρός θα συμπεριφερθεί σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και των επαγγελματικών του standards. Κατά συνέπεια, θα μπορούσε να γίνει λόγος ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι μια sui generis σύμβαση, η οποία λειτουργεί ως σύμβαση-πλαίσιο, της οποίας οι επιμέρους προς εκπλήρωση παροχές εξειδικεύονται συν τω χρόνω[56]. Άρα, σύμφωνα με την παραπάνω άποψη, δεν μπορεί να αποτελέσει τμήμα της σύμβασης ιατρικής αγωγής η επιλογή συγκεκριμένης θεραπευτικής

[56] Βλ. και Γεωργιάδης Α., Γενικές Αρχές, ό.π., σελ. 409. Στο πλαίσιο της σύμβασης-πλαίσιο μπορούν να λάβουν χώρα επιμέρους εκτελεστικού χαρακτήρα συμβάσεις, οι οποίες μπορούν να έχουν ως αντικείμενο συγκεκριμένη θεραπευτική επιλογή. Για αυτό το θέμα βλ. και παρακάτω υπό Δ΄, την υποενότητα για την συναίνεση του ασθενούς: ρόλος και λειτουργία στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου.

μεθόδου[57]. Η αδυναμία αυτή προκύπτει τόσο ως ζήτημα νομικό όσο και ως ζήτημα πραγματικό-αντικειμενικό.

Αντίθετα, αν γίνει δεκτή η δεύτερη άποψη σε σχέση με τον χρόνο σύναψης της σύμβασης ιατρικής αγωγής, η οποία την τοποθετεί στον χρόνο ανάληψης της διάγνωσης της ασθένειας, είτε της διάγνωσης και θεραπείας, είτε μόνο της θεραπείας, ήτοι σε χρόνο μεταγενέστερο, όπου ο ιατρός έχει ήδη λάβει γνώση του ιστορικού του ασθενούς, οπότε έχει ήδη οδηγηθεί τουλάχιστον σε μια διάγνωση υπόνοιας[58] σχετικά με την αιτία του προβλήματος υγείας του ασθενούς, τότε θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η θεραπευτική μέθοδος που θα ακολουθηθεί μπορεί να αποτελέσει τμήμα της σύμβασης ιατρικής αγωγής[59]. Εντούτοις, ούτε σε αυτήν την περίπτωση κρίνεται ορθό κάτι τέτοιο, διότι σε κάθε περίπτωση ο ιατρός υπέχει από τον ΚΙΔ, από την καλή πίστη και τα συναλλακτικά ήθη, υποχρέωση να τηρεί τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, οι οποίοι αυτοί, μαζί με παράγοντες όπως το συμφέρον και η κατάσταση του ασθενούς, καθώς και αντικειμενικούς παράγοντες (διαθέσιμα μέσα, επείγον της κατάστασης), θα οδηγήσουν τον ιατρό στην λήψη απόφασης για την βέλτιστη και αποτελεσματικότερη θεραπευτική μέθοδο[60].

Ως προς το ερώτημα, αν είναι δυνατόν να συμφωνηθεί ποιος θα επιλέξει την θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθηθεί, πρέπει να παρατηρηθούν τα ακόλουθα: σύμφωνα με την ΑΚ 289 (αναλογικά εφαρμοζόμενης), αν το πράγμα που οφείλεται είναι ορισμένο μόνο κατά γένος, το δικαίωμα επιλογής, αν δεν προκύπτει κάτι άλλο

---

[57] Η συμπερίληψη ενός τέτοιου όρου που θα αφορούσε την εφαρμογή συγκεκριμένης διαγνωστικής/θεραπευτικής μεθόδου σε προδιατυπωμένο έντυπο εκ μέρους του ιατρού (ή συνηθέστερα εκ μέρους διαγνωστικού κέντρου/ιδιωτικής κλινικής) θα συνιστούσε καταχρηστικό Γενικό Όρο Συναλλαγών.

[58] Βλ. και Πολίτης Χ. Τ., Διάγνωση υπόνοιας, ενημερωμένη συναίνεση και η lege artis συμπεριφορά του γιατρού, ΕΙΔ 1/2011, σελ. 4.

[59] Την άποψη αυτή φαίνεται να υιοθετεί η Ανδρουλιδάκη, αφού υποστηρίζει ότι το αντικείμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής μπορεί να καθοριστεί ελεύθερα από τους συμβαλλομένους, συνεπώς και η θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Βλ. Ανδρουλιδάκη, ό.π., σελ. 112.

[60] Την θέση ότι ο ιατρός δεν μπορεί να υπόκειται σε κανονιστικούς ή συμβατικούς περιορισμούς στην επιλογή των μέσων που θα θέσει σε εφαρμογή τόσο σε επίπεδο διάγνωσης όσο και σε επίπεδο θεραπείας και εφαρμογής-εκτέλεσης αυτής, προβαίνει ο Anrys, εξετάζοντας το ζήτημα από την σκοπιά του βελγικού δικαίου. Σύμφωνα με τον συγγραφέα αυτόν, ο μόνος περιορισμός προκύπτει από την μη παραγνώριση των καθηκόντων του εκ μέρους του ιατρού και την κατάσταση της επιστήμης. Βλ. και Anrys H., La responsabilité civile médicale, εκδόσεις Ferdinand Larcier, Bruxelles, 1974, σελ. 102 και 106. Η θέση αυτή ακολουθείται και από άλλους συγγραφείς και στο πλαίσιο του γαλλικού δικαίου. Βλ. σχετικώς Savatier R.-Auby J.-M.-Savatier J.-Pequignot H., Traité de droit medical, εκδόσεις Librairies Techniques, Paris-France, 1956, σελ. 247.

από την σχέση, ανήκει στον οφειλέτη[61]. Ακόμα λοιπόν κι αν αγνοήσουμε την σχετική διάταξη του ΚΙΔ που απονέμει αυτήν την ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου στον ιατρό, το προβάδισμα δίνεται πάλι σε εκείνον.

Εντούτοις, ως καταληκτική παρατήρηση και απάντηση και στα δύο ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα ενότητα, θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς, πως μια τέτοια συμφωνία μεταξύ των μερών, η οποία θα αφορούσε την επιλογή συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου ή το ποιος θα επιλέξει την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο, θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί με την ΑΚ 179, ήτοι θα έπρεπε να θεωρηθεί ως άκυρη ως αντίθετη στα χρηστά ήθη λόγω της υπερβολικής δέσμευσης της ελευθερίας του προσώπου του ιατρού ως προς την ακολουθητέα θεραπευτική μέθοδο, δεδομένου του γεγονότος, όπως τονίστηκε και παραπάνω, ότι κατά τον χρόνο σύναψης της συμβάσεως ιατρικής αγωγής, αυτός δεν είναι σε θέση να εξειδικεύσει την συγκεκριμένη προς εκπλήρωση προς τον ασθενή παροχή. Η τύχη της σχέσης τότε θα δύναται να κριθεί σύμφωνα με τον κανόνα της ΑΚ 181.

[61] Με βάση τις υποχρεώσεις επιμέλειας που καθιερώνονται για τον ιατρό τόσο στον ΑΚ (330), όσο και στον ΚΙΔ, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι §2 του ά. 289 τυγχάνει εφαρμογής στην περίπτωση της σύμβασης ιατρικής αγωγής.

Γ. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και κανόνες ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας

Είναι δεδομένο ότι η επιλογή εν ευρεία εννοία θεραπευτικής μεθόδου συγκαθορίζεται από την προσωπική κουλτούρα και εμπειρία του ιατρού, ωστόσο δεν αυτή η επιλογή δεν μπορεί να ξεφεύγει από τα όρια που θέτει ο νόμος, η ηθική και η ίδια η επιστήμη[62]. Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας υπάρχουν αρκετές διατάξεις στις οποίες δίνονται κατευθυντήριες αρχές προς τους ιατρούς σχετικά με το πώς πρέπει να ενεργούν σε σχέση με την επιχείρηση ιατρικών πράξεων, από την πλειονότητα των οποίων απορρέουν ευθέως νομικές υποχρεώσεις.

Πιο συγκεκριμένα, σχετικές διατάξεις είναι η §1 του ά. 2 σύμφωνα με την οποία η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα, το οποίο αποσκοπεί στην διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου και την ανακούφισή του από τον πόνο, και το οποίο ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης (βλ. και §3 του ά. 2 του ΚΙΔ)[63]. Περαιτέρω, ο ιατρός απολαμβάνοντας επιστημονική και συνειδησιακή ελευθερία (βλ. ά. 3 §1 ΚΙΔ), πρέπει να ενεργεί με βάση τις κτηθείσες στο πανεπιστήμιο και κατά την διάρκεια της εξειδίκευσής του γνώσεις, καθώς και εκείνες που αποκτά στο πλαίσιο της συνεχούς επανακατάρτισής του στην οποία οφείλει αυτοβούλως να υποβάλλεται, την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις επιστήμης (ά. 3 §2 του ΚΙΔ). Στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας, αναγνωρίζεται

---

[62] Βλ. και Introna Francesco, La responsabilità professionale nell' esercizio delle arti sanitarie, εκδόσεις Cedam-Casa Editrice Dott. Antonio Milani, Padova-Italia, 1955, σελ. 189 και 199. Η παλαιότερη ιταλική νομολογία είχε την ευκαιρία να ασχοληθεί με την αρχή της ελευθερίας της θεραπείας κατά την επιλογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων. Σύμφωνα με αυτήν λοιπόν ο ιατρός δεν είναι κατ' αρχήν υποχρεωμένος να συμμορφώνεται με τους γενικούς και πιο πολύ εφαρμοζόμενους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, αλλά είναι ελεύθερος να ακολουθεί εκείνες τις μεθόδους που, έναντι του συγκεκριμένου ασθενούς, την κουλτούρα του και την ικανότητά του, του φαίνονται ως καταλληλότερες. Βλ. αντίστοιχα και Crespi Alberto, La responsabilità penale nel trattamento medico-chirurgico con esito infausto, εκδόσεις G. Priulla, Palermo, Italia, 1955, σελ. 76-77.

[63] Βλ. και ά. 10 §1 του ΚΙΔ, το οποίο κάνει λόγο για άσκηση της ιατρικής σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

στον ιατρό το δικαίωμα να επιλέγει θεραπεία, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της επιστήμης, ενώ πρέπει να παραλείπει την χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση (βλ. και ά. 3 §3 του ΚΙΔ)[64]. Σύμφωνα δε με το άρθρο 10 §1 του ΚΙΔ ο ιατρός υποχρεούται να δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή.

Από τις παραπάνω διατάξεις προκύπτει με σαφήνεια ότι αναγνωρίζεται το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου στον ιατρό, αλλά αυτό σαφώς οριοθετείται με βάση τρεις κεντρικούς άξονες. Οι τρεις αυτοί άξονες είναι οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης, το πρότυπο ποιότητας του ιατρικού επαγγέλματος (ιατρικά standards), καθώς και το συμφέρον του ασθενούς.

Πώς οριοθετείται όμως ακριβώς το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου εκ μέρους του ιατρού μέσα από αυτούς τους τρεις άξονες; Τυχόν παρεκτροπή του ιατρού από αυτούς μπορεί να θεμελιώσει ευθύνη του;

Το ζήτημα της επιλογής θεραπευτικής μεθόδου συνέχεται ευθέως με την προβληματική του ιατρικού λάθους. Και αυτό διότι από την επισκόπηση της έννοιας του ιατρικού σφάλματος[65], προκύπτει με σαφήνεια ότι κομβικό κριτήριο για την ύπαρξή του είναι η παραβίαση του επιβαλλόμενου μέτρου επιμέλειας, το οποίο ταυτίζεται με την συμπεριφορά που πρέπει να επιδεικνύει ο κάθε ιατρός του οικείου κλάδου δραστηριότητας. Περαιτέρω όμως, δεν χωρά αμφιβολία ότι υπέρβαση, της αναγνωριζόμενης στον ιατρό, ελευθερίας επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου, θα συνιστά και παράβαση του καθήκοντος επιμέλειας[66], η οποία με την συνδρομή και των λοιπών προϋποθέσεων, θα επισύρουν την ευθύνη του ιατρού[67]. Η ελευθερία της

---

[64] Συναφής είναι και η διάταξη της §4 του ά. 3 του ΚΙΔ, η οποία περιορίζει την χρήση μη διεθνώς εφαρμοζόμενης διαγνωστικής ή θεραπευτικής μεθόδου μόνο υπό προϋποθέσεις.

[65] Ως ιατρικό σφάλμα θεωρείται εκείνη η συμπεριφορά του ιατρού η οποία υπολείπεται της επιβαλλόμενης από το επάγγελμά του επιμέλεια του ασθενούς, ήτοι εκείνη η συμπεριφορά η οποία αποκλίνει σε σχέση με 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. Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 207-208.

[66] Το πρότυπο επιμέλειας καθορίζεται κατά τρόπο ενιαίο, ανεξάρτητα από τον χαρακτηρισμό και τις ιδιαίτερες κατηγοριοποιήσεις των ιατρικών σφαλμάτων. Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 350-351.

[67] Ο δικαστής βέβαια δεν καλείται να πάρει θέση στην επιστημονική διαφωνία που μπορεί να υπάρχει ως προς την ορθότερη θεραπευτική μέθοδο που πρέπει να ακολουθηθεί σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, αλλά θα κληθεί να αξιολογήσει ενόψει αυτής και σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την συγκεκριμένη ένδικη περίπτωση, την επιμέλεια ή μη της επιλογής του ιατρού. Βλ.

θεραπευτικής επιλογής που αναγνωρίζεται στον ιατρό, σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί ένα 'ελέω Θεού' προνόμιο, ούτε αγγίζει τα όρια μιας 'ασύδοτης' δράσης εκ μέρους του, παρά μόνο αποτελεί μία ελευθερία επιλογής μεταξύ περισσότερων μη εσφαλμένων λύσεων, οι οποίες δύνανται αντικειμενικά να υποστηριχθούν και να δικαιολογηθούν ως δυνητικά εφαρμόσιμες επιλογές, με βάση πάντα πραγματικά και επιστημονικά κριτήρια[68]. Σε αυτό το σημείο είναι που έγκειται η καίρια σημασία των πορισμάτων της ιατρικής επιστήμης, για την αναγνώριση ιατρικού λάθους ή μη, καθότι η εκ των πραγμάτων απαίτηση που απευθύνεται προς τον δικαστή να κρίνει με βάση την αξιολόγηση του πραγματικού υλικού που έχει στην διάθεσή του, την στιγμή που για την ορθή αξιολόγηση του υλικού αυτού απαιτείται ειδική επιστημονική γνώση, μπορεί δυνητικά να οδηγήσει σε ανεπίτρεπτο περιορισμό της επιστημονικής ελευθερίας του ιατρού[69].

Κανόνες της ιατρικής επιστήμης

Οι κοινώς αναγνωρισμένοι κανόνες ή θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης αποτελούν τους βασικούς κανόνες της ιατρικής, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση. Πρόκειται για γενικώς ισχύοντες επιστημονικούς κανόνες, οι οποίοι διδάσκονται στα πανεπιστήμια ή αποτελούν αποτέλεσμα ευρύτερης επιστημονικής έρευνας και υπαγορεύουν τις αρχές, τις κατευθύνσεις, την μέθοδο, τον χρόνο και τον εν γένει τρόπο, με βάση τα οποία οφείλει να ενεργήσει δικαιολογημένα ο μέσος ιατρός της ειδικότητάς του υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις (bonus medicus)[70].

και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σελ. 344, καθώς και Giesen D., International Medical Malpractise Law, Malpractise, A comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, εκδόσεις J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) – Tübingen-Germany / Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht – Boston, London, 1988, σελ. 116-117.

[68] Σύμφωνα με την Φουντεδάκη ακριβώς εκεί έγκειται το νομικό ζήτημα ως προς αυτό το θέμα, δηλαδή ο, όσο το δυνατόν, ικανοποιητικός προσδιορισμός των κριτηρίων, με βάση τα οποία είναι εφικτή μια τέτοια δικαιολόγηση. Κατά την ίδια συγγραφέα, οποιαδήποτε διεύρυνση της επιστημονικής ελευθερίας των ιατρών πέρα από αυτά τα όρια καταλήγει σε άτοπο, το οποίο συσκοτίζεται όμως στην περίπτωση της ιατρικής επιστήμης, λόγω των ιδιαιτεροτήτων αυτής. Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 344-345.

[69] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σελ. 342. Τελικό κριτής πάντως για το αν υπάρχει ιατρικό σφάλμα που στοιχειοθετεί ιατρική ευθύνη του ιατρού, κοινώς αν ο ιατρός βαρύνεται με αμέλεια, με την διπλή έννοια της αμέλειας τόσο ως μορφής παρανομίας όσο και με την μορφή πταίσματος, είναι σε κάθε περίπτωση ο δικαστής. Βλ. και Giesen D., ό.π., σελ. 120.

[70] Βλ. και Τρανταλίδης, ό.π., σελ. 58-59, αλλά και Anrys H., La responsabilité civile médicale, εκδόσεις Ferdinand Larcier, Bruxelles, 1974, σελ. 136.

Οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας αποτελούν ένα από τα κριτήρια με βάση τα οποία προκύπτει η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του ιατρού και η υπαγωγή του στην νομική κατηγορία της αμέλειας ως μορφή της παρανομίας[71]. Για να είναι ο ιατρός σύννομος και να αποφύγει την διάπραξη ιατρικού σφάλματος, θα πρέπει να εφαρμόζει τα κρατούντα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (leges artis), να ακολουθεί δηλαδή τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις. Ο ιατρός εξάλλου είναι υποχρεωμένος να εφαρμόζει τους κανόνες που ισχύουν εκάστοτε στην ιατρική επιστήμη, όπως ορίζει ειδικότερα η διάταξη της §3 του ά 3 του ΚΙΔ[72]. Όμως, ο ιατρός δεν μπορεί να μένει προσκολλημένος στις παλαιές του 'σχολικές' γνώσεις. Τούτο συμβαίνει διότι μια πρακτική μπορεί να ήταν κάποτε συνήθης, εντούτοις λόγω μεταγενέστερων εξελίξεων, όπως π.χ. εμφάνιση νέων επιστημονικών μεθόδων ή αναθεώρησης των επιστημονικών δεδομένων ως προς την αποτελεσματικότητά της, αυτή να θεωρείται πλέον ιατρικό σφάλμα[73].

Ο ιατρός, αν και δεν υποχρεούται να κατέχει την απόλυτη γνώση και να διαθέτει την ικανότητα για τα πάντα που αφορούν τον τομέα του, ωστόσο υποχρεούται να μετεκπαιδεύεται και να προσπαθεί να διατηρήσει σε ένα σύγχρονο και υψηλό επίπεδο τις γνώσεις του, τουλάχιστον όσο ο μέσος ιατρός της ειδικότητάς του[74]. Συνεπώς, ο ιατρός δεν φέρει ευθύνη εάν ενήργησε κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και ειδικότερα όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και τα στην διάθεσή του μέσα κάθε συνετός και επιμελής ιατρός[75].

Όμως, γίνεται δεκτό ότι κανένας κανόνας της τέχνης δεν είναι υποχρεωτικός, από την στιγμή που υφίσταται η ελευθερία επιλογής μεθόδου από πλευράς του ιατρού. Αν ο ιατρός με βάση επιστημονικά ελεγμένη πεποίθηση, θεωρεί ότι πρέπει να ενεργήσει με διαφορετικό τρόπο προς όφελος του ασθενούς, τότε όχι μόνο δικαιούται, αλλά και υποχρεούται να αποκλίνει από τον κανόνα και να ακολουθήσει

---

[71] Βλ. και Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 350.

[72] Βλ. και - Πολίτης Χ., Η Ιατρική Ευθύνη – Πρόβλημα ιατρικό και νομικό – Νομικές παράμετροι (ΙΙ), ΕΙΔ 10/2009, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2009, σελ. 839.

[73] Βλ. και Τρανταλίδης, ό.π., σελ. 61.

[74] Βλ. και Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σελ. 365, καθώς και Giesen D., ό.π., σελ. 112-113. Αν μια μέχρι πρότινος αποδεκτή μέθοδος κριθεί από έναν ικανό αριθμό ιατρών – ειδημόνων ως επιβλαβής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσει σε κρίση περί αμέλειας, με την έννοια της παράβασης του καθήκοντος επιμέλειας του ιατρού που εξακολουθεί να χρησιμοποιεί αυτές τις παρωχημένες πλέον μεθόδους.

[75] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 208-209.

την επιστημονική του πεποίθηση[76]. Τούτη η θέση είναι κατά βάση ορθή, διότι σε διαφορετική περίπτωση, η ιατρική επιστήμη θα εμφάνιζε μια αδιατάρακτη στατικότητα, με κατάληξη την δημιουργία ενός άκρως περιοριστικού κανονιστικού πλαισίου της ιατρικής γνώσης η οποία έχει αποκτηθεί μέχρι ένα χρονικό σημείο και με την οποία ο ιατρός έχει ισχυρούς δεσμούς, με περαιτέρω αποτέλεσμα η απαγόρευση αυτή να εδύνατο να σηματοδοτήσει την στασιμότητα της ιατρικής[77]. Η μη εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, θα μπορούσε να μην δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα[78], εάν ο ιατρός καλείτο να αντιμετωπίσει στατικές καταστάσεις, όπου οι βεβαιότητες είναι ο κανόνας και οι αβεβαιότητες η εξαίρεση. Στην ιατρική όμως μάλλον μόνο το αντίθετο συμβαίνει, και η αβεβαιότητα και το ρίσκο είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση[79]. Για αυτό η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης αποτελεί νομοτελειακή αναγκαιότητα και δεν μπορεί να επιτευχθεί παρά μόνο μέσω της

---

[76] Βλ. και Πολίτης Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, εκδόσεις Härtling-Codex Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2016, σελ. 20. Η δυνατότητα απόκλισης είναι ακόμα μεγαλύτερη αν πρόκειται για απλή 'παραβίαση' των 'κανόνων' της συνήθους επαγγελματικής πρακτικής, δηλαδή συνήθων πρακτικών που ακολουθούν οι ιατροί της συγκεκριμένης ειδικότητας, και οι οποίοι όχι σπάνια, καμμία πραγματική σχέση δεν έχουν με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, για αυτό και οι δύο έννοιες δεν πρέπει να συγχέονται (δες και ΑΚ 330 §2 για την διάκριση μεταξύ επιβαλλόμενης και συνήθους επιμέλειας). Αντίθετα, η εφαρμογή μιας συνήθους επαγγελματικής πρακτικής, η οποία αποκλίνει των κανόνων της επιστήμης, μπορεί να θεμελιώσει ιατρική ευθύνη του ιατρού, διότι η εφαρμογή από συνήθεια εκ μέρους των ιατρών μιας συγκεκριμένης ειδικότητας μιας εσφαλμένης πρακτικής, δεν την καθιστά ορθή, κανονική και σύμφωνη με τους κανόνες της επιστήμης. Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 353-354, καθώς και Giesen D., ό.π., σελ. 120, ο οποίος παραπέμπει σε σχετική απόφαση του Ανωτάτου Δικαστηρίου του ΕΙΡΕ: «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».

[77] Βλ. και Πολίτης, ό.π., σελ. 20. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι ο ιατρός μπορεί να κριθεί αμελής αν κριθεί ότι αποτυγχάνει να εφαρμόσει μια καλά δοκιμασμένη νέα μέθοδο, η οποία υπόσχεται μεγαλύτερη επιτυχία σε σχέση με την παλαιότερη μέθοδο. Βλ. και Giesen D., ό.π., σελ. 113-114 και την εκεί αναφερόμενη περίπτωση, όπου για την θεραπεία ασθένειας, αντί να χρησιμοποιηθεί η καλά εδραιωμένη νέα τότε θεραπεία με πενικιλλίνη, ακολουθήθηκε από ιατρό θεραπεία που εμφάνιζε υψηλό κίνδυνο δηλητηρίασης από αρσενικό. Τα δικαστήρια γίνονται ολοένα και πιο αυστηρά σε περιπτώσεις όπου δεν γίνεται η προσήκουσα χρήση των διαθέσιμων τεχνικών μέσων, ή ακόμα χειρότερα όταν αγνοείται παντελώς η ύπαρξή τους.

[78] Πλην βεβαίως των περιπτώσεων όπου η επιστήμη δεν έχει βρει ακόμα ικανοποιητικές απαντήσεις.

[79] Η πιθανότητα της αποτυχίας σε μια ιατρική πράξη είναι πάντα ένα ενδεχόμενο, ακόμα κι αν ο ιατρός έχει προβεί σε όλη την απαραίτητη προετοιμασία και προεργασία που απαιτείται στην συγκεκριμένη περίπτωση, καθότι η ιατρική δεν είναι μια επιστήμη που κινείται με βεβαιότητες. Η παλαιότερη ιταλική νομολογία είχε μάλιστα αποφανθεί ότι σφάλμα το οποίο είναι αποτέλεσμα της αβεβαιότητας, των ατελειών της επιστήμης και της τέχνης ή της δυσκολίας εφαρμογής των ιατρικών ιδεών-θεωριών στις επιμέρους περιπτώσεις, δεν μπορεί να στοιχειοθετήσει ευθύνη του ιατρού. Βλ. και Introna F., ό.π., σελ. 38 και 41-42. Ότι η ιατρική επιστήμη είναι επιστήμη όπου κυριαρχεί η αβεβαιότητα και έντονες επιστημονικές διαφωνίες αναλύει εναργώς ο Giesen. Βλ. και Giesen D., ό.π., σελ. 116. Ομοίως, η Φουντεδάκη αναφέρει ότι η ιατρική δεν είναι κανονιστική επιστήμη και ότι οι ιατροί σχεδόν ποτέ δεν λειτουργούν με βεβαιότητες, αλλά με στατιστικές πιθανότητες. Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 352-353.

ελευθερίας επιλογής μεθόδου[80]. Για αυτόν τον λόγο η παραβίαση του καθήκοντος επιμέλειας και η παράβαση κανόνων δεν ταυτίζονται[81,82].

Όμως, αυτή η ελευθερία του ιατρού, την οποία ευαγγελίζεται και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας σε διάφορες διατάξεις του, δεν ταυτίζεται με μια έννοια ελευθεριότητας, πόσω μάλλον ασυδοσίας. Είναι μια ελευθερία λελογισμένη[83]. Λειτουργεί με τέτοιο τρόπο, ώστε σε περίπτωση που ο ιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει ότι ένα συγκεκριμένο μέσο είναι ιδιαίτερα δραστικό και πλεονεκτεί έναντι άλλων απέναντι σε μια συγκεκριμένη ασθένεια, τότε είναι υποχρεωμένος να το χρησιμοποιήσει. Κατά τον ίδιο τρόπο, θα πρέπει να χρησιμοποιείται μέθοδος, όταν δεν υπάρχει μια άλλη διαδεδομένη θεραπευτική διαδικασία που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, ιδίως όταν είναι γνωστό ότι πρόκειται για ασθένεια που ενέχει κίνδυνο ζωής.[84] Υποστηρίζεται μάλιστα ότι ο ιατρός μπορεί να καινοτομεί και να ανατρέχει σε θεραπείες καινούργιες, ακόμα κι αν η επιστήμη δεν τις έχει ακόμα επικυρώσει, διότι η πρόοδος της ιατρικής συντελείται μέσα από αυτές τις καινοτομίες[85].

---

[80] Βλ. και Introna F., ό.π., σελ. 42.

[81] Βλ. και Πολίτης, ό.π., σελ. 20.

[82] Φαινομενικά, η θέση που υποστηρίζει ο Schmid, ότι για να εφαρμοστούν νέες μέθοδοι δεν χρειάζεται να απαλλαγεί το σύνολο της ιατρικής κοινότητας των υποχρεώσεων τήρησης των κοινών αναγνωρισμένων κανόνων, ακριβώς διότι οι μη αναγνωρισμένες μέθοδοι χαρακτηρίζονται από την οικοδόμησή τους επί μη αναγνωρισμένων αρχών, βρίσκεται στο άλλο άκρο της θέσης που μόλις διατυπώθηκε στο κυρίως κείμενο. Αυτή η αντίθεση είναι όμως πράγματι μόνο φαινομενική. Διότι, όπως ήδη είδαμε παραπάνω, η επιλογή μιας διαφορετικής, από την κρατούσα, διαγνωστικής/θεραπευτικής μεθόδου δεν θα βασίζεται επί έωλων και αναπόδεικτων ιατρικών παραδοχών, αλλά, κατά πάσα πιθανότητα, σε μια νέα οπτική/προσέγγιση της ήδη, στην ιατρική κοινότητα, συσσωρευμένης γνώσης και εμπειρίας. Σε μια 'αναδιάταξη' των ήδη υπαρχουσών γνώσεων, η οποία να μπορεί να δώσει μια 'φρέσκια' λύση σε ένα παλαιό ή νεοπαγές πρόβλημα. Για την προβληματική των όρων εφαρμογής νέων μεθόδων και της ελευθερίας του ιατρού να επιλέξει μια μη αναγνωρισμένη μέθοδο, βλ. και Schmid H., Die Grenzen der Therapiefreiheit, «Neue Juristiche Wochenschrift», 1986, σελ. 2340-2341. Σε διαφορετική κατεύθυνση, αν και όχι κατ' ανάγκη αντίθετη, διότι και πάλι αναγνωρίζεται ότι η ελευθερία του ιατρού δεν είναι χωρίς όρια, κινείται και ο Anrys, ο οποίος υποστηρίζει ότι η θεραπευτική ελευθερία πρέπει να γίνει αντικείμενο υπεράσπισης με σκοπό την πρόοδο. Βλ. και Anrys H., ό.π., σελ. 102.

[83] Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις που έχει αναγνωριστεί νομολογιακά μια απόλυτη ελευθερία του ιατρού. Βλ. και Kornprobst Louis, Responsabilités du médecin devant la loi et la jurisprudence françaises, εκδόσεις Flammarion, France, 1957, σελ. 497, όπου αναφέρεται σε απόφαση γαλλικού δικαστηρίου το οποίο έκρινε, σε περίπτωση επιλογής μεθόδου αναισθησίας, ότι κάθε θεράπων ιατρός μπορεί να επιλέγει την μέθοδο που θεωρεί καλύτερη.

[84] Βλ. και Πολίτης, ό.π., σελ. 20.

[85] Η θέση αυτή δεν παραγνωρίζει ότι πρέπει να υπάρχουν διάφοροι περιορισμοί στην επιλογή καινούργιων θεραπειών. Ως κριτήρια τίθενται τα εξής: 1) Αχρείαστα πειράματα για σκοπούς επιστημονικής έρευνας θα πρέπει να απαγορεύονται, ειδικά όταν πρόκειται για επικίνδυνες θεραπείες με δυσαναλογία ρίσκου και προσδοκώμενου οφέλους. 2) Πρέπει να εφαρμόζεται μια τέτοια θεραπεία όταν οι άλλες έχουν αποτύχει. 3) Χρειάζεται πάντα η συναίνεση του ασθενούς. 4) Όταν ο ιατρός ανατρέχει σε μια θεραπεία που εφαρμόζεται για πρώτη φορά ή βρίσκεται σε μη προχωρημένο στάδιο ώστε να έχει τύχει επιστημονικής κριτικής, ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει μια πολύ μεγάλη επιμέλεια.

Συνεπώς, ο ιατρός διαθέτει μιαν ελευθερία στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου, η οποία πρέπει να τον οδηγεί σε σύγκριση της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας την οποία χρησιμοποιεί σε σχέση με τις δυνατότητες που η επιστήμη επιτάσσει, τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο. Επομένως, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί γνωστή θεραπευτική μέθοδο, αν από την χρήση της προκύπτουν σοβαροί κίνδυνοι, ή εάν αυτή εξακριβωμένα υστερεί σε αποτελεσματικότητα[86], αλλά ούτε και να προβαίνει σε ανεπίτρεπτους πειραματισμούς, αν δεν πληρούνται οι αυστηρές προϋποθέσεις που θέτει ο νόμος [βλ. ά. 3 §4 και ά. 24επ. (ιδίως ά. 24 §4 και ά. 25 §3) του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας]. Η ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου δεν σημαίνει ότι ο ιατρός δεν πρέπει να συνυπολογίζει τις επιστημονικές μεθόδους και κάθε άλλο αποτέλεσμα της εμπειρίας. Για τον λόγο αυτό είναι άλλωστε ρητώς αναγνωρισμένη η υποχρέωση κάθε ιατρού να ενημερώνεται για τις διάφορες προόδους στο επιστημονικό του πεδίο και τις αλλαγές στις τάσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές (για τις οποίες βλ. και παρακάτω). Συνελόντι, η θεραπευτική ελευθερία είναι όχι μόνο θεμιτή, αλλά και απαραίτητη, αλλά δεν θα πρέπει να οδηγεί τον ιατρό στην περιχαράκωση πίσω από τις δικές του γνώμες και εμπειρίες ή στην εμμονή της μονομέρειας μιας μόνο ιατρικής σχολής σκέψης[87].

Η μεγαλύτερη δυσχέρεια σε αυτήν την προβληματική της επιλογής θεραπευτικής μεθόδου, είναι το ίδιο το θέμα της ύπαρξης θεραπειών που να ακολουθούνται αδιαμφισβήτητα. Το ζήτημα είναι στην πραγματικότητα διφορούμενο, με την έννοια ότι δεν υπάρχει πάντα συμφωνία ούτε καν ως προς τι

Αφενός, πρέπει να επιστήσει την προσοχή στον ασθενή, να ελέγχει κριτικά κάθε ενέργεια στην οποία προβαίνει και να κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για να εκτιμήσει τα αποτελέσματα της θεραπείας, ώστε να μπορεί να αντιδράσει. Διαφορετικά, η αστική ευθύνη του ιατρού μπορεί να θεμελιωθεί και μόνο στο γεγονός ότι επέδειξε μια υπερβολική εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα μιας καινούργιας θεραπείας, από την άποψη ότι περιόρισε την παρατήρηση και το κριτικό του πνεύμα. Βλ. και Anrys H., ό.π., σελ. 119-120. Αντίθετα, ο Schmid θεωρεί ότι η εφαρμογή μιας νεόκοπης, μη επαρκώς αναγνωρισμένης μεθόδου, μπορεί να σημαίνει την συνειδητή παραίτηση του ιατρού από μία, επιστημονικά δυνάμενη να αναγνωριστεί, εξασφάλιση που του παρέχουν οι καθιερωμένες μέθοδοι, με ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται για την ιατρική του ευθύνη. Μάλιστα, ο εν λόγω συγγραφέας, αποσυνδέει απολύτως την επίτευξη ιατρικής προόδου με την εφαρμογή νεωτερικών μεθόδων. Βλ. και Schmid H., ό.π., σελ. 2340-2342. Ωστόσο, όπως επισημαίνεται και από τον Kornprobst, ο κλασσικισμός και ο δογματισμός δεν έχουν θέση στην ιατρική, ενώ η καινοτόμα θεωρία είναι πολλές φορές η μόνη ικανή, ώστε να βρεθεί ο σωτήριος θεραπευτικός τρόπος. Βλ. και Kornprobst L., ό.π., σελ. 504. Ο Introna, άλλωστε επισημαίνει πως η εφαρμογή μιας μεθόδου για πρώτη φορά έχει, υπό μία έννοια, πάντα έναν χαρακτήρα πειραματικό. Αυτό όμως δεν μπορεί να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα ή να οδηγεί άνευ ετέρου σε αναγνώριση ευθύνης του ιατρού. Βλ. και Introna F., ό.π., σελ. 42.

[86] Βλ. και Πολίτης, ό.π., σελ. 20.

[87] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 78.

αποτελεί αδιαμφισβήτητο κανόνα της επιστήμης[88]. Υποστηρίζεται η άποψη ότι η αξία των 'κανόνων της επιστήμης' μόνο περιορισμένη και οπωσδήποτε συμπτωματική είναι στην πραγματικότητα, καθώς η μεταβλητότητά τους, τους εμποδίζει να αποκτήσουν αξία 'γενικών' κανόνων, ακόμα κι αν σε μια περιορισμένη χρονικά εποχή αποκτούν πρόσκαιρα απόλυτη επιστημονική αξία[89]. Σε κάθε περίπτωση, οι αδιαμφισβήτητα ακολουθούμενες μέθοδοι είναι λίγες, ενώ αντίθετα συνήθης είναι η περίπτωση όπου παρατηρούνται επιστημονικές διαφωνίες με την ταυτόχρονη διατύπωση αντιθετικών θεωριών και πορισμάτων, ή ακόμα και διαφωνίες ανάμεσα στην πράξη και την θεωρία[90]. Για τον λόγο αυτόν, η αρχή της ελευθερίας της θεραπευτικής μεθόδου διατρέχει το σύνολο των θεραπευτικών αποφάσεων/ενεργειών και οι παρατηρημένοι κανόνες της ιατρικής επιστήμης δεν απολαμβάνουν άνευ ετέρου οποιασδήποτε προτίμησης κατά την θεραπευτική διαδικασία[91].

Ιατρικά standards

Ως ιατρικό standard (πρότυπο ποιότητας) χαρακτηρίζεται το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας με βάση τις οποίες ένας ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του. Η έννοια του προτύπου ποιότητας περιγράφει την ενδεδειγμένη σε κάθε περίπτωση συμπεριφορά που πρέπει να επιδείξει ο ιατρός, κοινώς αποτελεί έναν ενδείκτη της ακολουθητέας συμπεριφοράς εκ μέρους του ιατρού, με άλλα λόγια ένα modus operandi για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, την οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο κάθε ιατρός. Η ενδεδειγμένη αυτή συμπεριφορά προσδιορίζεται από

---

[88] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 78, όπου αναφέρει την άποψη του l'Altavilla, ο οποίος υποστηρίζει ότι ως γενικά αναγνωρισμένοι κανόνες της επιστήμης και της τέχνης της υγείας μπορούν να αναγνωριστούν εκείνες οι αρχές που καθίστανται αξιωματικές, καθόσον δεν αποτελούν πλέον αντικείμενο συζητήσεων στην επιστήμη (π.χ. δοσολογία φαρμάκων που γίνονται τοξική, επιβλαβής και πιθανόν θανάσιμη). Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 349, η οποία θέλοντας να καταδείξει την δυσχέρεια χαρακτηρισμού ενός κανόνα ως γενικώς αναγνωρισμένου, αναφέρει το παράδειγμα του ελέγχου από τον αναισθησιολόγο της παροχής του αερίου στον ασθενή, και διερωτάται εάν αυτό αποτελεί γενικά αναγνωρισμένο κανόνα της ιατρικής ή απλά άγραφο κανόνα επιμέλειας που απορρέει από το γενικό καθήκον πρόνοιας και ασφάλειας. Η απάντηση που θα δοθεί είναι κρίσιμη σε σχέση με την οριοθέτηση της έννοιας της lege artis συμπεριφοράς του ιατρού.

[89] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 76. Η παρατήρηση αυτή, η οποία αφορά την εποχή που διατυπώνεται από τον εν λόγω συγγραφέα, δεν έχει χάσει την αξία της ακόμα και σήμερα, παρά τις ραγδαίες προόδους της ιατρικής επιστήμης. Και αυτό διότι αυτά που δεν γνωρίζουμε ως ανθρωπότητα είναι σίγουρα πολύ περισσότερα από αυτά που έχουμε κατακτήσει ως παγιωμένες γνώσεις, η δε έλλειψη στατικότητας στην πραγματική ζωή, οδηγεί νομοτελειακά σε (άκρως πιθανή) ανατροπή των ήδη γνωστών.

[90] Βλ. και Introna F., ό.π., σελ. 45 και 193.

[91] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 77, ο οποίος αναφέρει ότι πέρα από την ιταλική νομολογία, αντίστοιχο προσανατολισμό, κατά το μάλλον ή ήττον, εμφανίζει και η (παλαιότερη) γαλλική νομολογία.

τους κανόνες της επιστήμης, τα πορίσματα της εμπειρίας και τις αντικειμενικές περιστάσεις[92]. Αμέλεια ως παράνομη συμπεριφορά είναι η απόκλιση προς τα κάτω από το επιβαλλόμενο πρότυπο ποιότητας, ενώ η ίδια συμπεριφορά θα χαρακτηρίζεται άνευ ετέρου ως αμελής και με την έννοια της υπαιτιότητας (διπλή λειτουργία της αμέλειας)[93].

Σε αυτό το πλαίσιο, ειδικά τα τελευταία είκοσι χρόνια έχει γίνει μια εκτεταμένη προσπάθεια τυποποίησης των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτή εφαρμόζεται στην ιατρική πράξη, αξιοποιώντας τον διαρκώς μεγεθυνόμενο, αν και συχνά αντιφατικό, πλήθος των ιατρικών γνώσεων[94]. Σκοπός αυτών των προσπαθειών είναι η βέλτιστη διαχείριση του ρίσκου, το οποίο είναι εγγενές στοιχείο κατά την άσκηση της ιατρικής επιστήμης, αλλά και η άμβλυνση των ανομοιογενειών των πρακτικών που ακολουθούνται από τους ιατρούς, η οποία εν πολλοίς οφείλεται και στην ανομοιογένεια των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους[95].

Αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών τυποποίησης και αξιοποίησης της κτηθείσας, μέσω της ιατρικής πράξης και έρευνας, γνώσης, είναι τα κλινικά πρωτόκολλα, οι κλινικές οδηγίες και οι κατευθυντήριες αρχές, οι οποίες αποτελούν σύνολα προτάσεων και προτροπών που βοηθούν τον ιατρό, αλλά και τον ασθενή, στην λήψη των βέλτιστων αποφάσεων σε θέματα που αφορούν στην παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη στην καθημερινή κλινική πράξη[96]. Συνήθως διαμορφώνονται από μεγάλους ιατρικούς φορείς και επιστημονικές εταιρείες, δηλαδή από ειδικούς, αρμόδιους και έγκυρους επιστημονικούς φορείς. Με βάση τα πορίσματα της βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής, αυτά τα πρότυπα περιγράφουν τον ενδεδειγμένο

---

[92] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης – Διάλογος με την Νομολογία, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2018, σελ. 62.

[93] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 355. Ήδη εδώ πάντως, πρέπει να σημειωθεί ότι η επιλογή μιας διαφορετικής μεθόδου από την καθεστηκυία, δεν οδηγεί άνευ ετέρου σε απόκλιση προ τα κάτω από το επιβαλλόμενο πρότυπο ποιότητας. Μόνο με μια 'εκ των υστέρων πρόγνωση' θα μπορεί να κριθεί αμελής ο ιατρός, εάν δηλαδή όφειλε ή μπορούσε να προβλέψει ότι η επιλεγείσα από αυτόν μέθοδος δεν θα μπορούσε να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

[94] Βλ. και Μουντοκαλάκης Φ.Δ, Αποσαφηνίζοντας τον όρο "evidence based medicine", Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 32 (5), 2015, έκδοση της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα www.mednet.gr, σελ. 656.

[95] Βλ. και - Σακελλαροπούλου Β. Δ., Λάλας Δ., Σακελλαρόπουλος Θ., Ιατρικό σφάλμα και guidelines στην ποινική δίκη, ΠοινΔικ 2/2013, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2013, σελ. 177.

[96] Βλ. και Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 27 (2), 2010, έκδοση της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα www.mednet.gr, σελ. 264.

τρόπο ενέργειας των ιατρών σε κάθε κλινική περίπτωση[97]. Κατά κανόνα έχουν προκύψει από συστηματική επεξεργασία των διατιθέμενων πληροφοριών, προκειμένου να είναι δυνατόν να καθοδηγούν τον ιατρό στον χειρισμό ενός συγκεκριμένου διαγνωστικού ή θεραπευτικού προβλήματος[98].

Τυγχάνουν εφαρμογής σε όλους τους τομείς της εν ευρεία εννοία θεραπευτικής διαδικασίας, και μπορεί να αφορούν στην πρόληψη, στην διάγνωση, στην πρόγνωση, στην θεραπεία, στην ασφάλεια, στην σχέση κινδύνου-οφέλους, καθώς και στην κλινική και την οικονομική αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στην άσκηση της σύγχρονης ιατρικής[99].

Η καθιέρωση των προτύπων αυτών κατ' αρχήν δεν υποκαθιστά ούτε ποδηγετεί την επιστημονική ελευθερία του ιατρού, παρότι περιέχουν ένα κριτήριο δεοντολογικό, αφού προκρίνουν τι αναγνωρίζεται ως ορθό και δεν περιγράφουν απλά τι είναι παγιωμένο[100]. Σκοπός των κλινικών πρωτοκόλλων και των κλινικών οδηγιών είναι, συμπληρώνοντας την κλινική εμπειρία και επιστημονική κρίση των ιατρών, να συνεπικουρούν αυτούς στην λήψη των ιατρικών αποφάσεων και στην ανάλυση των συνέπειών τους, ενώ δεν είναι σπάνιες οι φορές όπου οι διάφορες θεραπευτικές επιλογές είναι κατηγοριοποιημένες, ώστε να βοηθηθούν οι ιατροί στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για τον ασθενή τους[101]. Μέσω της τυποποίησης δηλαδή, επιχειρείται να διευκολυνθεί ο ιατρός στο πράγματι δύσκολο έργο του, ιδίως σε περιπτώσεις όπου η δυσχέρεια, λόγω της κατάστασης του ασθενούς, και ο χρόνος πιέζουν.

Είναι όμως δυνατόν αυτά τα πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς να περιορίσουν την ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου από τον ιατρό και να

---

[97] Βλ. και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 62.

[98] Συνήθως, με αυτά ρυθμίζονται θέματα σχετικά με την διαχείριση διαγνωστικών ή θεραπευτικών προβλημάτων, αλλά επεκτείνονται και σε θέματα όπως ο χρόνος παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο ή στην παρακολούθηση του ασθενούς μετά την έξοδό του από αυτό. Περιλαμβάνονται κανόνες των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί με απτά κλινικά αποδεικτικά στοιχεία. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν ενσωματώνουν απαραίτητα όλους τους αδιαμφισβήτητης εγκυρότητας κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες άσκησης της ιατρικής επιστήμης. Βλ. και - Σακελλαροπούλου Β. Δ., Λάλας Δ., Σακελλαρόπουλος Θ., ό.π., σελ. 177. Κατά τούτο, οι έννοιες των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και των ιατρικών standards δεν είναι ανταγωνιστικές, αλλά παραπληρωματικές-συμπληρωματικές, η μία της άλλης, έννοιες. Βλ. και Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 366.

[99] Βλ. και Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., ό.π., σελ. 264.

[100] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 356.

[101] Βλ. και Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., ό.π., σελ. 264.

θεωρηθούν ως δεσμευτικά για την θεραπευτική του δράση; Η αλήθεια είναι ότι η εφαρμογή αυτή των 'Οδηγιών Παροχής Φροντίδας', δεν έχει σκοπό να μετατρέψει τον ιατρό σε απλό διεκπεραιωτή τους, αλλά να προωθήσει την συσσωρευμένη γνώση και εμπειρία της αρμόδιας ιατρικής ειδικότητας στην βάση παρόμοιων περιστατικών και να ομογενοποιήσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτός θα ασκήσει την επιστημονική του ανεξαρτησία[102]. Πράγματι αυτά, σε πλείστες των περιπτώσεων, συνεπικουρούν τον ιατρό στην επιλογή της καταλληλότερης και αποτελεσματικότερης κλινικής απόφασης, διότι για την λήψη των κλινικών αποφάσεων συνεκτιμώνται οι τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις, βασισμένες στο πλέον σύγχρονο, αποδεικτικό, ερευνητικό, επιστημονικό υλικό, σε ορισμένες δε εξαιρετικά πολύπλοκες, δυσεξήγητες και πιθανόν και αδιέξοδες καταστάσεις, η χρήση των κλινικών πρωτοκόλλων και των οδηγιών μπορεί να βοηθήσει καίρια στην εφαρμογή των βέλτιστων διαγνωστικών και θεραπευτικών λύσεων[103]. Δεν διεκδικούν όμως την θέση αδιαμφισβήτητης αυθεντίας, χαρακτηριστικό που τους επιτρέπει να μεταλλάσσονται διαρκώς, ακολουθώντας τον δυναμικό χαρακτήρα της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης[104].

Υποστηρίζεται περαιτέρω ότι οι επαγγελματίες υγείας με την χρήση κλινικών πρωτοκόλλων και οδηγιών μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά ενδεχόμενα νομικά προβλήματα – που θα προέκυπταν κάτω από άλλες συνθήκες – χρησιμοποιώντας αξιολογημένες, έγκυρες και ευρέως αποδεκτές θεραπευτικές επιλογές για την κάθε ιδιαίτερη περίπτωση[105]. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι η αποδεδειγμένη τήρηση των Οδηγιών Παροχής Φροντίδας θα έπρεπε να έχει απαλλακτική ισχύ για τον ιατρό, αφού οι Οδηγίες αυτές υποδεικνύουν τις ενέργειες που θα έπρεπε να εκτελέσει ο μέσος επιμελής ιατρός[106]. Υποστηρίζεται ακόμα πως δεδομένου ότι τα ιατρικά standards αποτελούν αναγνωρισμένα πρότυπα της ιατρικής επιστήμης, ο ιατρός οφείλει να τα ακολουθήσει κατά την διενέργεια μιας θεραπείας,

---

[102] Βλ. και Παπαδόπουλος Α. – Ζαφειροπούλου Δ., Ερμηνεία ά. 4 του ΚΙΔ, σε Λασκαρίδης Λασκαρίδης Ε. Ι. (επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2012, σελ. 42-43.
[103] Βλ. και Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., ό.π., σελ. 265.
[104] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003,ό.π., σελ. 356.
[105] Βλ. και Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., ό.π., σελ. 265.
[106] Βλ. και Παπαδόπουλος – Ζαφειροπούλου, ό.π., σελ. 42-43.

αφού αυτά προσδιορίζονται από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, την ιατρική εμπειρία και την επαγγελματική αποδοχή[107].

Όλα τούτα όμως δεν είναι απολύτως ακριβή. Και αυτό διότι δεν είναι όλες οι διαδικασίες τόσο τυποποιημένες και κατηγοριοποιημένες, ώστε να υπάρχει ένα πρωτόκολλο ή σχετική Οδηγία για κάθε περίπτωση[108], ούτε είναι απολύτως σαφές το πώς προσδιορίζονται οι προδιαγραφές ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών[109]. Δεν πρέπει επιπλέον να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι κάθε συγκεκριμένη περίπτωση εμφανίζει τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία, ειδικά σε ακραίες περιπτώσεις, μπορεί να οδηγούν σε ένα για πρώτη φορά εμφανιζόμενο ιατρικό ιστορικό, χωρίς άλλο δηλαδή ιατρικό προηγούμενο. Σε μια τέτοια περίπτωση, είναι σχεδόν βέβαιο ότι κανένα πρότυπο δεν θα μπορεί απολύτως να ανταποκριθεί στις ανάγκες του συγκεκριμένου περιστατικού, ιδιαίτερα και λόγω του αναγκαστικώς γενικευμένου και αφηρημένου χαρακτήρα που αυτά συνήθως φέρουν, ώστε να θεωρηθεί ότι η μη τήρηση αυτού του προτύπου, συνιστά παραβίασή του, και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που να οδηγεί σε παραβίαση του καθήκοντος επιμέλειας εκ μέρους του ιατρού, και κατά συνέπεια σε ιατρική του ευθύνη. Ούτε είναι όλα τα κλινικά πρωτόκολλα τόσο επιτυχώς δοκιμασμένα και επαληθευμένα, ώστε να διεκδικούν την καθολική αποδοχή, η οποία να προκύπτει ως επιστέγασμα της επιτυχούς προβλεπτικής τους ικανότητας. Κατά συνέπεια, ο ιατρός οφείλει να έχει υπόψη του ότι η τήρηση ενός επαγγελματικού προτύπου, μπορεί να φαίνεται ότι κατ' αρχήν τον καλύπτει, αλλά θα κριθεί από τις συγκεκριμένες περιστάσεις αν εκείνος έπραξε ό, τι το επιβαλλόμενο μέτρο επιμέλειας προσδοκούσε από αυτόν ως τον μέσο συνετό ιατρό. Η συμμόρφωση του ιατρού με τις κατευθυντήριες οδηγίες του προτύπου ή η μη συμμόρφωσή του με αυτές δεν οδηγεί νομοτελειακά ούτε σε απαλλαγή του, ούτε όμως και σε αναγνώριση ευθύνης του[110].

Κατά συνέπεια, ο ιατρός μπορεί να αποκλίνει από αυτό που λογίζεται ως ιατρικό standard, και να επιλέξει μια διαφορετική διαγνωστική/θεραπευτική μέθοδο, αν κρίνει, σύμφωνα με την επιστημονική του άποψη, ότι αυτή που προκρίνει ως

[107] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 356.
[108] Σε κάθε περίπτωση, ιδίως σε περίπλοκα περιστατικά οι οδηγίες ενδέχεται να μην είναι πλήρεις ή να επιδέχονται πολλαπλών ερμηνειών. Κατά τούτο, δεν μπορούν να αποτελέσουν το αποκλειστικό πλαίσιο των ενεργειών του θεράποντος ιατρού, οι οποίες θα πρέπει να προσαρμοστούν σε παράγοντες, όπως η μεταβολή των συνθηκών, π.χ. η εξέλιξη της νόσου. Βλ. και - Σακελλαροπούλου Β. Δ., Λάλας Δ., Σακελλαρόπουλος Θ., ό.π., σελ. 178.
[109] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003,ό.π., σελ. 357.
[110] Βλ. και Σακελλαροπούλου Β. Δ. , Λάλας Δ., Σακελλαρόπουλος Θ., ό.π., σελ. 178.

προσήκουσα υπερτερεί σε σχέση με την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς. Είναι όμως και πάλι περισσότερο από προφανές ότι αυτή η επιλογή του δεν μπορεί να είναι ούτε αναιτιολόγητη ούτε εντελώς πιθανολογική, διότι τότε θα μεταβαίναμε σε ένα στάδιο πειραματικής ιατρικής, το οποίο κατά πάσα πιθανότητα δεν θα δικαιολογείτο από τις περιστάσεις[111]. Η επιλογή του ιατρού, ακόμα και σχετικώς αποκλίνουσα από έτερες επιστημονικές απόψεις που θεωρούνται κυρίαρχες την εποχή της διενέργειας της θεραπευτικής διαδικασίας, θα πρέπει πάντως να δύναται να ελεγχθεί επιστημονικώς με βάση την εν γένει επιστημονική γνώση και την ιατρική εμπειρία. Για αυτό και υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχει ιατρικό σφάλμα όταν ακολουθείται μια μέθοδος, η οποία, αν και δεν είναι η κυρίαρχη ή έστω μία από τις κρατούσες, υποστηρίζεται ωστόσο από μια ικανή μερίδα επιστημόνων του οικείου κλάδου, μη αρκουμένης ωστόσο της μίας αποκλίνουσας ιατρικής άποψης[112].

Το συμφέρον του ασθενούς

Η ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου του ιατρού βρίσκει το απώτατο όριό της στον ίδιο τον συγκεκριμένο ασθενή και τις ανάγκες του, όπως αυτές έχουν οριοθετηθεί με βάση την συμπτωματολογία, το ιστορικό του, την κλινική ή άλλες εξετάσεις στις οποίες έχει υποβληθεί. Συνεπώς, η επιλογή του ιατρού ως προς την διαγνωστική/θεραπευτική προσέγγιση που θα ακολουθήσει βρίσκει τα όριά της σε παραμέτρους, όπως η φύση του προβλήματος του ασθενούς, η στάθμιση μεταξύ κινδύνου-οφέλους ανάμεσα στην επιλεγείσα μέθοδο και την πιθανότητα επέλευσης ενός σοβαρού κινδύνου, κλπ.[113]. Έτσι, ο ιατρός κατά την επιλογή της

---

[111] Η επιλογή πειραματικών μεθόδων γίνεται ανεκτή μόνο υπό ειδικές προϋποθέσεις, τόσο από πλευράς εξάντλησης όλων των άλλων εναλλακτικών πιθανών επιλογών όσο και από πλευράς παροχής συναίνεσης εκ μέρους του ασθενούς με αυξημένες εγγυήσεις. Βλ. ιδίως ά. 24 §2, περίπτωση β΄, του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

[112] Βεβαίως, εδώ πρέπει να τονιστεί και η σχετικότητα της παραπάνω άποψης, με την έννοια ότι κατά κανόνα οι ιατροί, και γενικώς οι επιστήμονες, που προχώρησαν στο διάβα των αιώνων την επιστήμη, κατά κανόνα αντιμετωπίστηκαν ως 'αιρετικοί' από την κυρίαρχη άποψη. Τούτο είναι απολύτως αληθές, τουλάχιστον για τους αιώνες που προηγήθηκαν της θεμελίωσης της σύγχρονης επιστημονικής σκέψης και μεθοδολογίας, παραχωρώντας μια σχετική αξία πλέον στην παρατήρηση αυτή στις μέρες μας, δεδομένου ότι η παραγωγή επιστημονικής γνώσης έχει εν πολλοίς τυποποιηθεί, μέσω των πανεπιστημίων και των επίσημα διενεργούμενων κλινικών μελετών και πειραμάτων. Η νέα επιστημονική γνώση παράγεται πλέον κατά κανόνα σε ελεγχόμενο περιβάλλον και συνήθως δεν αποτελεί απλά το αποτέλεσμα ενός 'εμπνευσμένου' επιστήμονα.

[113] Βλ. και Καπαρτζιάνη Χ. – Σολδάτος Π., Ερμηνεία ά. 3 του ΚΙΔ, σε Βιδάλης Τ. Κ. – Παπαχρίστου Θ. Κ. (επιμ.), Ιατρική Δεοντολογία – κατ' άρθρο ανάλυση του Ν. 3418/2005, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2013.

διαγνωστικής/θεραπευτικής μεθόδου θα πρέπει να συνυπολογίσει και παράγοντες, όπως η πιθανή αντίδραση του εν λόγω ανθρώπινου οργανισμού (όπως αυτή μπορεί να προκύπτει και από το ιατρικό ιστορικό του συγκεκριμένου ασθενούς) στην συγκεκριμένη διαγνωστική/θεραπευτική πράξη, η αδυναμία και η ιδιοσυστασία αυτού, καθώς και το σύνολο των συγκεκριμένων περιστάσεων[114] (ιδιαίτερα αν δεν μπορούν να εξακριβωθούν γενικά αποδεκτοί κανόνες για την διάγνωση ή την θεραπεία στην συγκεκριμένη περίπτωση), και να προβεί στην επιλογή του μετά από στάθμιση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των διαφόρων μεθόδων[115]. Εάν ο ιατρός δεν κάνει την επιλογή του με σημείο αναφοράς την συγκεκριμένη περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς, επιλέγοντας αυτό που επιβάλλει δηλαδή το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς, κινδυνεύει να κριθεί αμελής και να θεμελιωθεί έτσι ιατρική του ευθύνη. Αντίθετα, επιμελής θα κρίνεται εάν προβαίνει στις αναγκαίες και ωφέλιμες για τον συγκεκριμένο ασθενή ενέργειες, ακόμα κι αν αναγκαστεί να παραβιάσει κάποιο κανόνα της ιατρικής ή standard[116].

Πιθανή κατάργηση της ελευθερίας επιλογής και υιοθέτηση πλήρως φορμαλιστικών προτύπων, πέρα από το να συνιστά παράδοξο από ιατρική σκοπιά, θα κατέληγε εντέλει σε ζημία για τον ίδιο τον ασθενή[117]. Κατά συνέπεια, ανεξαρτήτως της πληρότητας που μπορεί να εμφανίζουν τα εκάστοτε πρότυπα/κατευθυντήριες οδηγίες, η ευελιξία προσαρμογής στα δεδομένα με τα οποία βρίσκεται αντιμέτωπος ο ιατρός σε σχέση με τον συγκεκριμένο ασθενή που έχει ενώπιόν του, είναι άνευ ετέρου απαραίτητη. Πόσω μάλλον, που αυτές οι οδηγίες, ακόμα κι όταν υπάρχουν, δεν περιγράφουν με κάθε λεπτομέρεια το πώς θα αντιμετωπιστεί μία κατάσταση, αλλά (αναγκαστικά) αρκούνται σε παροχή γενικών κατευθύνσεων[118]. Και σε αυτήν την περίπτωση πάντως, δεν μπορεί ο εφαρμοστής-ιατρός να επικαλεστεί την δική του

[114] Βλ. και Kornprobst L., ό.π.,σελ. 495-496. Ο Crespi επισημαίνει ότι αν δεν συνέβαινε αυτό, δηλαδή αν η θεραπεία δεν προσαρμοζόταν στις συγκεκριμένες περιστάσεις και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς, θα ακυρωνόταν στην πράξη θεμελιώδης αρχή της θεραπευτικής. Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 77.

[115] Βλ. και Giesen D., ό.π., σελ. 117.

[116] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003,ό.π., σελ. 358-359.

[117] Εντούτοις, δεν είναι άστοχη η παρατήρηση του Romanese, όπως αυτή αναφέρεται από τον Crespi, ότι ο ιατρός δεν πρέπει να επηρεάζεται στην πρακτική εφαρμογή πάνω στον ασθενή, από καινούργιες θεωρίες, μη επαρκώς ελεγμένες, ιδιαίτερα όταν οι συνθήκες άσκησης του επαγγέλματός του δεν του επιτρέπουν να περιβάλλει την επιλεγείσα θεραπεία με τις ενδεδειγμένες προφυλάξεις και την αναγκαία παρακολούθηση της εξέλιξής της. Επισημαίνει δε ο Romanese, ότι η ευθύνη του ιατρού θα είναι τόσο πιο σοβαρή όσο λιγότερο εύλογη παρουσιάζεται η θεραπεία ή καταφανής η αντίθεσή της με τους προτεινόμενους κανόνες από την επιστήμη και την πρακτική, και όσο μικρότερες είναι οι προφυλάξεις που λαμβάνονται. Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 77.

[118] Βλ. και - Σακελλαροπούλου Β. Δ., Λάλας Δ., Σακελλαρόπουλος Θ., ό.π., σελ. 177-178.

καλοπιστία ή αποκλίνουσα προσωπική του πεποίθηση για το τι είναι προς όφελος του ασθενούς.

Ο ιατρός θα πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένος για τις επιστημονικώς σίγουρες επιδράσεις της ενέργειάς του, η οποία δεν πρέπει να έχει εξαιρετικά ελάχιστες πιθανότητες επιτυχίας[119], ενώ σε περιπτώσεις όπου δύο αντίθετες σχολές σκέψεις, μέθοδοι και κατευθυντήριες γραμμές συγκρούονται, χωρίς καμία να είναι η κυρίαρχη, κρίσιμης σημασίας είναι η αρχή της σύγκρισης ανάμεσα στην πραγματική αποτελεσματικότητά τους στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς, η οποία θα αποτελεί και κατευθυντήριο κριτήριο για τον δικαστή για το εάν επιτελέστηκε από τον ιατρό κάποιο επαγγελματικό λάθος[120]. Στην περίπτωση έλλειψης ενός κυρίαρχου, από άποψης προοπτικών επιτυχίας, διαγνωστικού ή θεραπευτικού συστήματος στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα παρατηρείται αδυναμία να καθορισθεί από τον δικαστή το πεπλανημένο ή μη του θεραπευτικού σχήματος που ακολουθήθηκε[121]. Αντίθετα, η αναφορά στους κανόνες της επιστήμης και της ιατρικής πρακτικής θα είναι απαραίτητη όσες φορές η απόλυτη αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου (ή μιας θεραπείας) θα είναι, από μόνη της, επαρκής να παράξει την υποχρεωτικότητα της εφαρμογής του, χωρίς να μπορεί να γίνει διάκριση ανάμεσα σε σχολές και γνώμες για να κριθεί η ακρίβεια ή μη ενός διαγνωστικού μέσου ή ενός θεραπευτικού φαρμάκου[122].

Χαρακτηριστικό παράδειγμα ότι η ελευθερία επιλογής της μεθόδου εφαρμόζεται-εξασκείται προς το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς (πάντα μέσα στο πλαίσιο των πραγματικών γνώσεων της ιατρικής επιστήμης) αναφέρει ο Anrys. Ομοιοπαθητικός ιατρός, ο οποίος είχε συστήσει σε ασθενή με επιληψία εναλλακτική μέθοδο θεραπείας, καίτοι ο ασθενής του εμφάνιζε σοβαρά επιληπτικά επεισόδια, επέμεινε μέχρι τέλους στην χορήγηση της κατά της γνώμης του ορθής θεραπευτικής

---

[119] Βλ. και Schmid H., ό.π., σελ. 2340-2342.
[120] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 79 και 83.
[121] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 84. Βλ. και την ενδιαφέρουσα απόφαση του ΠΠρΑθ 4909/2005 (ΤΝΠ ΔΣΑ - ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ), η οποία καίτοι δεν εξετάζει το ζήτημα της επιλογής μεθόδου από την σκοπιά της ελευθερίας της θεραπευτικής επιλογής (όπως άλλωστε και όλες οι σχετικές με ιατρική ευθύνη αποφάσεις των ελληνικών δικαστηρίων που επισκοπήθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας), και παρόλο που αποδίδει τον θάνατο του ασθενούς σε άλλη αιτία και όχι στην επιλεγείσα από τους θεράποντες ιατρούς μέθοδο, εντούτοις εμμέσως καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν κρίνεται αμελής άνευ ετέρου ο ιατρός που δεν ακολουθεί την συνηθισμένη θεραπευτική μέθοδο. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, επρόκειτο για ασθενή με εγκεφαλική αιμορραγία, ο οποίος στο πλαίσιο της διενεργούμενης επέμβασης δια της μεθόδου του εμβολισμού, αντί της μεθόδου της κρανιοτομής, κατέληξε λόγω διαρραγής ανευρύσματος που δεν σχετίστηκε με την διενεργηθείσα επέμβαση.
[122] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 82-83.

αγωγής. Το Δικαστήριο έκρινε τελικώς την διατήρηση της αυθεντικής ομοιοπαθητικής θεραπείας ως σφάλμα προφύλαξης-πρόληψης και αναγνώρισε συνακόλουθα την αμέλεια του ιατρού, διότι ο ιατρός έπρεπε να ξέρει ότι ο ασθενής ετίθετο σε κίνδυνο θανάτου και για αυτό έπρεπε να τον θέσει υπό τις κλασικές αντιεπιληπτικές αγωγές[123]. Αντίστοιχο παράδειγμα φέρνει και ο Crespi, αναφερόμενος σε περίπτωση που ήχθη ενώπιον του γερμανικού ακυρωτικού: ομοιοπαθητικός ιατρός παρείχε σε ασθενή με καρκίνο θεραπεία με χημικά παρασκευάσματα. Ο πραγματογνώμονας που κλήθηκε να γνωμοδοτήσει, ο οποίος ήταν αλλοπαθητικός (της κλασσικής ιατρικής δηλαδή) ιατρός, υποστήριζε ότι η διενέργεια ακτινοβολιών ήταν η μοναδική ενδεδειγμένη ιατρική πράξη για την επιμήκυνση της ζωής του ασθενούς. Αν η σύγκριση μεταξύ των δύο μεθόδων αποδείκνυε ότι οι ακτινοβολίες ήταν πολύ πιο αποτελεσματική, από οποιαδήποτε άλλη μέθοδο, θεραπεία, αυτή ήταν που το δίχως άλλο θα έπρεπε να έχει υιοθετηθεί και από τις δύο κατηγορίες ιατρών. Η υιοθέτηση άλλης μεθόδου από τον ομοιοπαθητικό ιατρό, έκρινε το γερμανικό ακυρωτικό ότι έπρεπε να θεωρηθεί επαγγελματικό σφάλμα[124].

Ομοίως, ιατρός ο οποίος επιλέγει θεραπεία, η οποία δεν έχει επαρκή θεραπευτική χρησιμότητα, είναι δηλαδή δυσανάλογη και αδικαιολόγητη η επέμβαση σε σχέση με το καταπολεμούμενο κακό – ασθένεια (εκτιμώμενο πάντα και σε σχέση και με την εξέλιξη της ιατρικής), ή που υποβάλλει τον ασθενή του σε αχρείαστες, επικίνδυνες, ή επιβλαβείς θεραπείες (π.χ. τοξικές) για πρόβλημα υγείας, το οποίο θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με άλλα, ηπιότερα, μέσα διαπράττει ιατρικό σφάλμα[125]. Από την άλλη όμως, αν οι επαπειλούμενες συνέπειες στην υγεία (ή την ίδια την ζωή) του συγκεκριμένου ασθενούς, είναι τέτοιες, οι οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με τις καθιερωμένες μεθόδους της ιατρικής επιστήμης, οι οποίες έχουν ήδη ανεπιτυχώς εφαρμοστεί, ο ιατρός δεν θα πρέπει να δεσμεύεται υπέρμετρα στο να μην επιχειρήσει να αξιοποιήσει την προσωπική γνώση και εμπειρία του, εφόσον υπάρχει σχετική τέτοια, και να εφαρμόσει τελικώς μέθοδο που κρίνει ότι

[123] Βλ. και Anrys H., ό.π., σελ. 102-103.
[124] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 81-82, όπου επίσης αναφέρεται αντίθετη ιταλική νομολογία, κατά την οποία, αφού εξετάσθηκε και διαπιστώθηκε το γεγονός ότι ο συγκεκριμένος ιατρός είχε εφαρμόσει με επιτυχία ομοιοπαθητικά σχήματα σε ασθενείς με διφθερίτιδα, ήτοι θεμελιωνόταν πειστικά ότι τα ομοιοπαθητικά φάρμακα θεραπείας δεν υστερούσαν σε αποτελεσματικότητα, και συνεπώς δεν υπήρχε άλλη οικουμενική μέθοδος η οποία να εφαρμόζεται σε κάθε περίπτωση αντί αυτής που τελικώς υιοθετήθηκε από τον ιατρό, απήγγειλε την αθωότητά του.
[125] Βλ. και Anrys H., ό.π., σελ. 105.

είναι κατάλληλη για την συγκεκριμένη περίπτωση, αν και μη ευρέως υιοθετούμενη, υπό τον όρο βέβαια της τήρησης τριών σημαντικότατων προϋποθέσεων: η θεραπευτική πράξη που θα ακολουθηθεί να κρίνεται δικαιολογημένη[126] και αναλογική στην σχέση κινδύνου-οφέλους (να μπορεί τουλάχιστον θεωρητικά να θεμελιωθεί ως τέτοια) για την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς, να ελέγχει σταθερά και σχολαστικά την πραγματική αποτελεσματικότητα της μεθόδου που επέλεξε ο ίδιος για την θεραπεία του ασθενούς[127], και φυσικά να έχει λάβει την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς[128].

Η εφαρμογή μεθόδου η οποία ωφελεί τον ασθενή, ακόμα και καινούργιας μη ακόμα αδιαμφισβήτητα αναγνωρισμένης, καίτοι μπορεί να παραβιάζεται συνήθης επαγγελματική πρακτική ή κανόνες της επιστήμης ή των προτύπων θα κρίνεται επιμελής[129,130], διότι η ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου κρίνεται πάντα σύμφωνα με την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς, και όχι αφηρημένα σε σχέση με την ασθένεια εν γένει[131]. Συναφώς, ο ιατρός θα βαρύνεται με αμέλεια μόνο αν το διαγνωστικό μέσο ή το επιλεχθέν φάρμακο, στις συνθήκες του συγκεκριμένου ασθενούς, εμφανίζεται σε ευθεία αιτιώδη συνάφεια με το βλαπτικό ή θανατηφόρο αποτέλεσμα. Αντίθετα, δεν θα βαρύνεται με αμέλεια, όταν δεν εφάρμοσε ένα θεραπευτικό σχήμα, το οποίο βρισκόταν ακόμα σε πρώιμο ή πειραματικό στάδιο, ήταν δηλαδή υπό συζήτηση στην επιστήμη και στην πρακτική, και το οποίο παρείχε μόνο μια απλή πιθανότητα, αλλά όχι σιγουριά για θετικό αποτέλεσμα στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς[132]. Αντίστοιχη έλλειψη αμέλειάς του θα υπάρχει και

---

[126] Είναι προφανές σε αυτό το σημείο ότι ο ιατρός, ειδικά σε περίπτωση ανεπιθύμητου αποτελέσματος, θα πρέπει να είναι επαρκώς σε θέση να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους έκρινε ότι δεν μπορούσε ή δεν ήθελε να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη, ευρέως διαδεδομένη στην θεωρία και την πρακτική, θεραπεία, αλλά μια διαφορετική άποψη από αυτήν που κατά κύριο λόγο ακολουθείται.. Βλ. και Introna F., ό.π., σελ. 192, καθώς και Crespi A., ό.π., σελ. 78. Στην πράξη αυτή η δικαιολόγηση μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα δυσχερής.

[127] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 79.

[128] Βλ. και Kornprobst L., ό.π., σελ. 505-506 και 514-515. Είναι βέβαια αυτονόητο ότι η επιχείρηση μιας θεραπευτικής πράξης με την χρήση καινούργιας (ή ακόμα χειρότερα αυτοσχέδιας μεθόδου) ή δύσκολης μεθόδου από ανεπαρκώς εκπαιδευμένο ιατρό, μόνο και μόνο για την απόκτηση της σχετικής εμπειρίας, θα συνιστά (το λιγότερο) σφάλμα ανάληψης εκ μέρους του και δεν εμπίπτει η περίπτωση αυτή στην ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου.

[129] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 221.

[130] Βλ. και Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σελ. 359. Σε κάθε περίπτωση το δίκαιο δεν απαιτεί από τον ιατρό να είναι αλάνθαστος. Αυτό που απαιτεί είναι να καταβάλει κάθε δυνατή επιμέλεια, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί ζημία του ασθενούς. Πιθανή εσφαλμένη κρίση του ιατρού, εφόσον δεν έχει παραβιασθεί το καθήκον επιμέλειας, δεν δημιουργεί άνευ ετέρου ευθύνη του για αμέλεια. Βλ. και Giesen D., ό.π., σελ. 162.

[131] Βλ. και Introna F., ό.π., σελ. 44, καθώς και Crespi A., ό.π., σελ. 78.

[132] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 76-77.

στην περίπτωση μη επιλογής θεραπείας, η οποία καίτοι γνωρίζει ότι θεωρείται αυτή από την πλειονότητα των ιατρών ως η πιο αποτελεσματική, έχει αιτιολογημένα την πεποίθηση ότι η αποτελεσματικότητα αυτής μπορεί, στην συγκεκριμένη περίπτωση, να εξαρτάται από άλλους παράγοντες, ώστε επιλέγει τελικώς να ακολουθήσει διαφορετική θεραπευτικό οδό[133].

[133] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 80. Οι θέσεις αυτές έρχονται σε αντίθεση με την παλαιότερη άποψη του Ανώτατου Ακυρωτικού της Γερμανίας, το οποίο είχε κρίνει το δίχως άλλο αδικοπρακτική την συμπεριφορά του ιατρού, ο οποίος δεν ακολουθεί τους γενικούς κανόνες της επιστήμης και της ιατρικής πρακτικής. Η ανάληψη μιας θεραπείας την οποία το σύνηθες πρότυπο απορρίπτει, καθιδρύει σφάλμα του ιατρού σε περίπτωση ζημιογόνου γεγονότος.

Δ. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και αρχή αυτοδιάθεσης/προστασίας προσωπικότητας ασθενούς: συναίνεση του ασθενούς κατόπιν ενημερώσεώς του

Ως αρχή απορρέουσα από τις θεμελιώδεις συνταγματικές διατάξεις των ά. 2 §1 και 5 §1 για τον σεβασμό της αξίας του ανθρώπου και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του[134], κάθε ιατρική πράξη πρέπει να λαμβάνει χώρα μόνο κατόπιν της παροχής συναινέσεως του ασθενούς (βλ. και ά. 12 §1 του ΚΙΔ). Σε διαφορετική περίπτωση, από άποψης αστικού δικαίου[135], θα έχουμε να κάνουμε με παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς (ΑΚ 57), από την άποψη της προσβολής του δικαιώματος του ατόμου να αυτοκαθορίζεται σε σχέση με την σωματική ακεραιότητα και την υγεία του[136], αλλά και παράβαση συμβατικής υποχρέωσης εκ μέρους του ιατρού κατά την ΑΚ 288[137].

Η έλλειψη συναίνεσης, αντίθετα, θα γεννά αστική ευθύνη του ιατρού χωρίς να ενδιαφέρει το γεγονός ότι η τελικώς εκτελεσθείσα ιατρική πράξη διενεργήθηκε με βάση τους κανόνες της επιστήμης, ακόμα ακόμα κι αν δεν έχει επέλθει από αυτήν

---

[134] Αλλά και από ευρωπαϊκά νομικά κείμενα. Βλ. ά. 8 της ΕΣΔΑ και ά. 7 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ. Βλ. και σχετικές αναφορές σε Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης – Διάλογος με την Νομολογία, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2018, σελ. 76. Βλ. επίσης, Δουγαλής Ζ., Ερμηνεία ά. 12 του ΚΙΔ, σε Λασκαρίδης, ό.π., Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ό.π., σελ. 140.

[135] Στον χώρο του ποινικού δικαίου, στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, κρατεί η άποψη ότι η επέμβαση του ιατρού στο σώμα του ασθενούς πληροί την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης (ά. 308 ΠΚ), ακόμα κι αν έχουμε να κάνουμε με μία de lege artis ιατρική πράξη. Η συναίνεση του ασθενούς τότε λειτουργεί ως λόγος άρσης του παρανόμου. Η άποψη αυτή κατακρίνεται διότι θεωρείται ότι έτσι δημιουργείται ένας μηχανισμός επίρριψης στον ιατρό του συνόλου του θεραπευτικού κινδύνου. Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 23-24 και 26-27, αλλά και Ψαρούλης-Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 214-217. Υποστηρίζεται βέβαια και η άποψη ότι η ενδεδειγμένη επεμβατική ιατρική πράξη με βάση το συμφέρον του ασθενούς που επιβάλλεται για ιατρικούς λόγους, δεν συνιστά κατ' αρχήν παράνομη σωματική βλάβη ως προς το σώμα και την υγεία του ασθενούς, παρά μόνο αν συντρέχει το πρόσθετο στοιχείο του ιατρικού λάθους. Βλ. και Φουντεδάκη, Ιατρική Αστική Ευθύνη, 2003, ό.π., σελ. 242. Εντούτοις, το πιο προβληματικό στοιχείο στην αποδοχή της ιατρικής πράξης ως κατ' αρχήν παράνομης σωματικής βλάβης, είναι ότι το παράνομο αυτής σε περίπτωση βαριάς σωματικής βλάβης δεν αίρεται ούτε όταν η πράξη έχει διενεργηθεί με την συναίνεση του παθόντος. Έτσι όμως, ο ιατρός μένει απροστάτευτος σε περιπτώσεις αναγκαίων δύσκολων και λεπτών ιατρικών πράξεων, οι οποίες κατά κανόνα φέρουν και τον μεγαλύτερο κίνδυνο επέλευσης ζημίας, ακόμα κι αν όλα έλαβαν χώρα de lege artis.

[136] Βλ. και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 78, αλλά και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 25-26 και 29-30.

[137] Κατ' άλλους παρεπόμενη, κατ' άλλους κύρια υποχρέωση του ιατρού από την σύμβαση ιατρικής αγωγής. Βλ. και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 77.

καμία περαιτέρω ζημία, πλην της προσβολής αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Θα βρισκόμαστε απέναντι δηλαδή σε μια ευθύνη του ιατρού χωρίς ιατρικό σφάλμα[138].

Πώς μπορεί όμως αυτή η υποχρέωση του ιατρού για λήψη της (έγκυρης) συναίνεσης του ασθενούς να οριοθετήσει την ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου; Μήπως τελικά η προϋπόθεση της συναίνεσης του ασθενούς αναιρεί αυτήν την ελευθερία του ιατρού;

Η συναίνεση του ασθενούς: ρόλος και λειτουργία στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου

Από την καθαρά νομική άποψη στο πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης, η παροχή της συναίνεσης του ασθενούς στην προς διενέργεια ιατρική πράξη, επιτελεί μια νομιμοποιητική λειτουργία στην ελευθερία ιατρικής δράσης, ώστε να μην κινδυνεύει ο ιατρός να βρεθεί υπόλογος απέναντι στον ασθενή του για παροχή αποζημίωσης με βάση τις ΑΚ 57 και 59 για παράνομη επέμβαση στην προσωπική του σφαίρα και την ελευθερία αυτοδιάθεσής του[139].

Περαιτέρω, από την άποψη του πραγματικού γεγονότος της ύπαρξης της έννομης σχέσης ιατρού-ασθενούς (και η οποία προφανώς εμφανίζει και νομικές προεκτάσεις), η συναίνεση διαδραματίζει έναν επιπρόσθετο εξισορροπητικό και νομιμοποιητικό ρόλο σε σχέση με την ίδια την ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου, αποκαθιστώντας την συμβατική ισορροπία και εξασφαλίζοντας την ισοτιμία των μερών στο πλαίσιο της αμφοτεροβαρούς σύμβασης της ιατρικής αγωγής.

Έχουμε ήδη αναφερθεί στο γεγονός ότι και στην Ελλάδα (αλλά και διεθνώς), αναγνωρίζεται στον ιατρό η ελευθερία να επιλέξει εκείνος την θεραπευτική μέθοδο που πρέπει να ακολουθηθεί στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς. Ωστόσο, όσο κι αν αυτό σε ένα βαθμό παρουσιάζεται εύλογο, διότι από τα δύο μέρη της

---

[138] Βλ. και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 78.

[139] Αποζημίωση και χρηματική ικανοποίηση με τις άνω διατάξεις γεννάται εάν θεωρηθεί ως προσβαλλόμενο αγαθό η προσωπική ελευθερία του ασθενούς. Σε περίπτωση που προσβαλλόμενο αγαθό θεωρηθεί η σωματική ακεραιότητα του ασθενούς, τότε η χωρίς συναίνεση-αυθαίρετη ιατρική πράξη θα συνιστά βλάβη του σώματος και της υγείας του προσώπου (βλ. ΑΚ 929), και αποζημίωση και χρηματική ικανοποίηση θα μπορεί να ζητηθεί με βάση τις διατάξεις για τις αδικοπραξίες ΑΚ 914. Προφανώς δεν αποκλείεται και αξίωση αποζημίωσης με βάση την ενδοσυμβατική ευθύνη, από την οποία όμως δεν καλύπτεται χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης. Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 29-30, και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 78.

σύμβασης ιατρικής αγωγής, ο ιατρός είναι εκείνος που (τεκμαίρεται ότι) κατέχει την αναγκαία, προς ίαση του ασθενούς, γνώση, θα ήταν παράλογο να δεχθούμε ταυτόχρονα ότι το απόλυτο δικαίωμα αυτοδιάθεσης που διαθέτει ο ασθενής κάμπτεται τόσο απλά, ώστε αυτός να είναι υποχρεωμένος, ηθικά ή νομικά, να αποδεχθεί την συγκεντρωθείσα πλέον ενοχή (από πλευράς της σύμβασης ιατρικής αγωγής) που του προσφέρει ο αντισυμβαλλόμενός του ιατρός. Θα είχαμε να κάνουμε τότε με περίπτωση συμβάσεως προσχωρήσεως, η οποία κατά βάση θα αντίκειτο στα χρηστά ήθη με βάση την ΑΚ 179, δεδομένου ότι η ιατρική πράξη θα επενέβαινε άμεσα και καίρια στον πυρήνα του δικαιώματος της προσωπικότητας/αυτοδιάθεσης του ασθενούς, δεσμεύοντας υπερβολικά την ελευθερία του. Αντίθετα γίνεται δεκτό ότι όπως κάθε άνθρωπος, ο ασθενής είναι εκείνος που έχει το δικαίωμα και την ευθύνη να αποφασίζει αυτόνομα και ανεξάρτητα για τις υποθέσεις του, μεταξύ των οποίων και η ανοχή ή μη των διαφόρων θεραπευτικών πράξεων στο σώμα του[140].

Επιπλέον, η κατανομή του θεραπευτικού κινδύνου, δηλαδή το ποιός θα επωμιστεί τις συνέπειες που μπορεί να εμφανίσει η διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, έχει στην πραγματικότητα διπλή όψη: είναι βεβαίως πρωταρχικώς ο ασθενής που είναι πιθανό να υποστεί τις δυσμενείς συνέπειες από μια λανθασμένη ιατρική πράξη ή ακόμα κι από μία ενδεδειγμένη ιατρική πράξη, η οποία όμως στην περίπτωσή του δεν είχε τα επιθυμητά ευεργετικά αποτελέσματα χωρίς να έχει εμφιλοχωρήσει σφάλμα του θεράποντος ιατρού. Από την άλλη μεριά όμως, δεν θα ήταν εύλογο για τον ιατρό να επωμιστεί εξ ολοκλήρου το βάρος της ιατρικής – επαγγελματικής του ευθύνης, χωρίς να έχει λόγο ως προς την ιατρική πράξη που πρέπει να λάβει χώρα στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς. Πέρα δηλαδή από το πραγματικό γεγονός της κατοχής της αναγκαίας γνώσης, ο ΚΙΔ αναγνωρίζει στο ά. 3 §3 την ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου στον θεράποντα ιατρό και για αυτόν τον λόγο.

Ωστόσο η κατοχή της αναγκαίας γνώσης από τον ιατρό και η επαγγελματική ευθύνη που αυτός υπέχει απέναντι στον ασθενή του, δεν είναι επαρκής νομιμοποιητική βάση για να διενεργεί ιατρικές πράξεις, παραβιάζοντας την

[140] Βλ. και Δουγαλής, ό.π., σελ. 140. Έτσι, όπως είδαμε και στο πλαίσιο της ενότητας για την σύμβαση ιατρικής αγωγής, η θέληση του ασθενούς δεν μπορεί να επιβάλει στον ιατρό την επιλογή μιας καθορισμένης μεθόδου, μπορεί όμως ο ασθενής να του απαγορεύσει να προχωρήσει στην επέμβαση ενάντια σε αυτήν την βούληση η οποία έχει εκφραστεί ξεκάθαρα. Βλ. και Anrys H., ό.π., σελ. 106. Για το θέμα βλ. και παρακάτω στο κυρίως κείμενο.

αυτοδιάθεση του ασθενούς του, χωρίς την σύμφωνη γνώμη του. Έτσι ουσιαστικά οδηγούμαστε στην εξής διάκριση: ο ιατρός, έχει δικαίωμα, αλλά και υποχρέωση, με βάση τις γνώσεις του και την εμπειρία του, και αφού έχει εξετάσει την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς (π.χ. λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, κλπ.) να προβεί σε μια διάγνωση υπόνοιας[141] (αν δεν έχει υπάρξει ήδη διάγνωση) και να προκρίνει τις αναγκαίες διαγνωστικές ιατρικές πράξεις που θα επιβεβαιώσουν ή θα απορρίψουν αυτήν την διάγνωση υπόνοιας του ιατρού, ή να προκρίνει τις αναγκαίες, σύμφωνα με την επιστημονική του άποψη, καθαυτό θεραπευτικές πράξεις σε περίπτωση που υπάρχει ήδη διάγνωση (εφόσον βέβαια την επαληθεύσει ως έχει καθήκον). Έχει δηλαδή λειτουργικό δικαίωμα επιλογής της ακολουθητέας θεραπευτικής μεθόδου.

Όμως, ο τελικός κριτής για το εάν θα διενεργηθεί μια ιατρική πράξη στο σώμα του, η οποία θα έχει ευμενείς ή δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του, δεν μπορεί παρά να είναι ο ίδιος ο ενδιαφερόμενος ασθενής, επί του οποίου θα εφαρμοστεί η όποια θεραπευτική μέθοδος. Συνεπώς, αν στον ιατρό αναγνωρίζεται η ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου, είναι σωστό να αναγνωριστεί στον ασθενή η ελευθερία απόφασης **περί την εφαρμογή της** θεραπευτικής μεθόδου[142].

Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη η συναίνεση (και η άρνηση παροχής συναίνεσης), δεν αποτελούν δικαιοπραξία με την έννοια της ΑΚ 236, αλλά οιονεί δικαιοπραξία με την μορφή της ανακοίνωσης βούλησης[143], ήτοι απεύθυνση της βούλησης του ασθενούς εν προκειμένω, για την επέλευση του πραγματικού γεγονότος της διενέργειας ή μη της προκρινόμενης από τον ιατρό θεραπευτικής ιατρικής πράξης, στην οποία εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις για τις δικαιοπραξίες. Εντούτοις, θα πρέπει να διακρίνουμε με βάση τις περιστάσεις της συγκεκριμένης περίπτωσης: διότι αν μεν ο ιατρός έχει καταλήξει ότι μπορεί να

---

[141] Διάγνωση υπόνοιας είναι μια ιατρική υπόθεση εργασίας στην οποία προβαίνει ο ιατρός στην προσπάθειά του να επιτύχει την ορθή διάγνωση για το πρόβλημα υγείας του ασθενούς. Για τις φάσεις και τα στάδια της θεραπευτικής προσέγγισης που οφείλει να ακολουθήσει ο ιατρός σε κάθε περίπτωση ασθενούς που έχει ενώπιόν του, βλ. και Πολίτης Χ. Τ., Διάγνωση υπόνοιας, ενημερωμένη συναίνεση και η lege artis συμπεριφορά του ιατρού, ΕΙΔ 1/2011, σελ. 4-12.

[142] Βλ. όμως και Λασκαρίδης Ε., Ενημέρωση και συναίνεση ασθενούς για νέες θεραπευτικές μεθόδους, (δημοσιευμένο στον ιστότοπο https://www.iatrikodikaio.com/enimerosi-sunainesi-asthenous/), Δεκέμβριος 2016, ο οποίος υποστηρίζει ότι στο πλαίσιο του σύγχρονου φιλελεύθερου μοντέλου η επιλογή, αλλά και η λήψη της απόφασης εφαρμογής ακόμα και για νέες θεραπευτικές μεθόδους, των οποίων την πλήρη γνώση των κινδύνων και των πλεονεκτημάτων την έχει μόνο ο ιατρός, πρέπει να καταλείπεται αποκλειστικά στον ενημερωμένο ασθενή. Παραπέμπει δε και σε σχετική γερμανική νομολογία (σελ. 8-9 του εκτυπωμένου κειμένου).

[143] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 32-36, και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 80.

τύχουν εφαρμογής περισσότερες από μία θεραπευτικές μέθοδοι, προκρίνει όμως μία από αυτές, ο δε ασθενής αρνηθεί την παροχή της συναίνεσής του, τότε μπορεί ο ιατρός να επανέλθει με μία από τις εναπομείνασες θεραπευτικές επιλογές. Εάν ο ιατρός δεν επανέλθει με μία από τις εναπομείνασες θεραπευτικές επιλογές ή επιμείνει σε αυτήν που είχε αρχικώς προτείνει, αυτό μπορεί να συνιστά καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής εκ μέρους του. Το κατά πόσο η συμπεριφορά του ιατρού συνιστά ή όχι καταγγελία θα κριθεί από τις περιστάσεις. Εάν όμως ο ιατρός επανέλθει με την ίδια θεραπευτική πρόταση, τυχόν νέα άρνηση του ασθενούς στην παροχή συναίνεσής του, θα συνιστά κατά πάσα πιθανότητα καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής εκ μέρους του ασθενούς.

Εάν όμως ο ιατρός προκρίνει ως εφαρμοστέα μόνο μία θεραπευτική μέθοδο, τυχόν άρνησή του ασθενούς να την παράσχει μπορεί να συνιστά, σύμφωνα και με τις περιστάσεις της συγκεκριμένης περίπτωσης, καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής[144]. Και τούτο διότι, η άρνησή του ασθενούς σε αυτήν την περίπτωση δεν αφήνει περιθώριο επέλευσης του πραγματικού γεγονότος της διενέργειας θεραπευτικής ιατρικής πράξης, η οποία πρέπει να λάβει χώρα στο πλαίσιο της σύμβασης ιατρικής αγωγής[145].

Τα παραπάνω συνάδουν άλλωστε και με την πρόβλεψη του ά. 676 ΑΚ που προβλέπει την καταγγελία[146] της σύμβασης εμπιστευτικών ελευθέριων εργασιών χωρίς σπουδαίο λόγο και χωρίς υποχρέωση αποζημίωσης από την μεριά του ‘εργοδότη’-ασθενούς.

Επίσης, αν γινόταν δεκτή η άποψη ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής αποτελεί σύμβαση – πλαίσιο, με την οποία ξεκινά η έννομη σχέση ιατρού – ασθενούς, και η αρχικώς αόριστη (ορισμένη μόνο κατά γένος) παροχή, εξειδικεύεται μέσω περαιτέρω εκτελεστικών συμβάσεων που συνάπτονται ανάμεσα στα δύο μέρη, θα μπορούσε να υποστηριχθεί και η άποψη ότι η επιλογή εκ μέρους του θεράποντος ιατρού μιας

---

[144] Άλλωστε ο ασθενής, πλην περιπτώσεων που προβλέπονται περιοριστικά στην κείμενη νομοθεσία (π.χ. περιπτώσεις υποχρεωτικού εμβολιασμού του πληθυσμού), είναι ελεύθερος να αρνηθεί τις συγκεκριμένες θεραπευτικές προτάσεις του ιατρού του. Βλ. σχετικώς και Savatier R.-Auby J.-M.-Savatier J.-Pequignot H., ό.π., σελ. 259.

[145] Την θέση αυτή υιοθετεί κατ’ αποτέλεσμα και ο Anrys, ο οποίος φέρνοντας ως παράδειγμα την περίπτωση που ο ασθενής ζητά την εφαρμογή μιας μεθόδου αναισθησίας που ο ιατρός θεωρεί μη ενδεδειγμένη, προκρίνει ότι ο ιατρός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει μια άλλη μέθοδο νάρκωσης, αλλά να αρνηθεί την επέμβαση. Βλ. και Anrys H., ό.π., σελ. 106.

[146] Η οποία είναι διαπλαστική δήλωση βούλησης, η οποία κατατείνει στην επέλευση εννόμων αποτελεσμάτων.

συγκεκριμένης διαγνωστικής ή θεραπευτικής μεθόδου την οποία εκείνος προκρίνει ως εφαρμοστέα στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς, συνιστά πρόταση εκ μέρους του προς τον ασθενή, για την κατάρτιση της επιμέρους αυτής εκτελεστικής σύμβασης, την οποία ο ασθενής δύναται να αποδεχθεί, παρέχοντας την συναίνεσή του προς διενέργειά της, ή να την απορρίψει, μην παρέχοντας την αναγκαία, προς διενέργεια της εν λόγω ιατρικής πράξης, συναίνεσή του. Η άρνηση παροχής συναίνεσης, θα κρινόταν και σε αυτήν την περίπτωση από τις περιστάσεις και την εν γένει συμπεριφορά των μερών, αν (θα) συνιστούσε και καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής (της σύμβασης-πλαισίου δηλαδή).

Δεδομένου όμως ότι η άσκηση της ιατρικής δεν γίνεται πάντοτε υπό ιδανικές συνθήκες, η διάταξη της §3 του ά. 12 του ΚΙΔ, προβλέπει ρητές εξαιρέσεις κατά τις οποίες η υποχρέωση λήψης της συναίνεσης του ασθενούς δεν είναι απαραίτητη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όπου κοινό τους στοιχείο έχουν το επείγον της ανάγκης ιατρικής παρέμβασης, ο ιατρός δεν δεσμεύεται ως προς την ελευθερία του στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου, αφού είναι ο μόνος ενεργός δρων στην συγκεκριμένη περίπτωση, κατά συνέπεια επαφίεται σε αυτόν και η απόφαση της εφαρμογής συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου, η οποία όμως προφανώς πρέπει να είναι σύμφωνη με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης και το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς, σύμφωνα και με την εικαζόμενη συναίνεση του ασθενούς. Ιδιαίτερο πρόβλημα πάντως παρουσιάζεται στην περίπτωση όπου η έλλειψη συναίνεσης δεν εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του κατεπείγοντος χαρακτήρα της ιατρικής πράξης κατά την οποία ο ασθενής δεν μπορούσε να δώσει την συναίνεσή του, αλλά στο πλαίσιο μιας προγραμματισμένης θεραπευτικής παρέμβασης, όπου ο ιατρός βρίσκεται εντέλει μπροστά σε μια εντελώς διαφοροποιημένη κατάσταση σε σχέση με εκείνη για την οποία είχε αρχικώς ενημερωθεί και συναινέσει ο ασθενής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ιατροχειρουργικές επεμβάσεις. Σε μια τέτοια περίπτωση, όπου ο ιατρός κρίνει ότι πρέπει να προχωρήσει σε διαφοροποιημένη από την αρχική θεραπευτική παρέμβαση, αν μεν δεν συντρέχουν λόγοι κατεπείγοντος ή κίνδυνος από την διακοπή της επέμβασης, ο ιατρός θα πρέπει να σταματήσει την ιατρική πράξη, ιδίως αν η επέκταση αυτής αφορά ενέργεια που θα αφήσει μόνιμο αντίκτυπο στην μετέπειτα ζωή του ασθενούς (π.χ. αφαίρεση οργάνου). Σε διαφορετική περίπτωση, όπου κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενούς αν δεν συνεχιστεί η επέμβαση και μάλιστα με επέκταση της διενεργούμενης ιατρικής

πράξης, η οποία μπορεί να απαιτεί και διαφοροποίηση της θεραπευτικής μεθόδου, ο ιατρός δεν μπορεί παρά να προχωρήσει περαιτέρω[147].

Η απαραίτητη ενημέρωση

Είναι δεδομένο ότι ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας καθιερώνοντας την υποχρεωτικότητα της λήψης της συναίνεσης του ασθενούς εκ μέρους του ιατρού, μετατοπίζει το κέντρο βάρους για την λήψη των αποφάσεων στον ασθενή. Δεν του απονέμει βέβαια το δικαίωμα επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου, το οποίο αποδίδει κατ' αρχήν τουλάχιστον στον ιατρό, αλλά του καταλείπει το πλέον, ίσως, σημαντικό κομμάτι, την απόφασης περί την εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου (βλ. και ά. 11 §1 του ΚΙΔ, όπου γίνεται λόγος για λήψη αποφάσεων εκ μέρους του ασθενούς).

Τούτο το επιτυγχάνει με την απαίτηση για παροχή συναίνεσης εκ μέρους του ασθενούς. Για να είναι όμως έγκυρη η παρασχεθείσα συναίνεση του ασθενούς, απαιτείται η παροχή σε αυτόν πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης εκ μέρους του ιατρού (βλ. και ά. 12 §2 του ΚΙΔ). Σύμφωνα με την §1 του ά. 11 του ΚΙΔ, ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης. Σκοπός της διάταξης είναι ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών, ώστε να είναι σε θέση να λάβει τις βέλτιστες για αυτόν αποφάσεις[148]. Η ενημέρωση αυτή αποτελεί κύρια υποχρέωση του θεράποντος ιατρού[149] και όρο του κύρους της συναίνεσης που θα παρασχεθεί στον ιατρό για την διενέργεια ιατρικής πράξης[150], μέσω της οποίας διασφαλίζεται η προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς και της ελευθερίας επιλογών του[151].

---

[147] Βλ. και Δουγαλής, ό.π., σελ. 149-150.

[148] Πέρα από τον ΚΙΔ, το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς κατοχυρώνεται ρητά και στο ά. 10 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν. 2619/1998), καθώς και στο ά. 47 §4 του ν. 2071/1992 για τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς. Βλ. και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 94.

[149] Βλ. και Κανελλοπούλου-Μπότη Μ., Ερμηνεία ά. 11 του ΚΙΔ, σε Λασκαρίδης (επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ό.π., σελ. 124-125, αλλά και Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη, ό.π., σελ. 164-165.

[150] Βλ. και Φουντεδάκη, ό.π., σελ. 98.

[151] Βλ. και Κανελλοπούλου-Μπότη Μ., ό.π., σελ. 124. Για αυτό δεν είναι και ορθή η άποψη ότι ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή μόνο σε περίπτωση επικίνδυνης θεραπείας ή σοβαρής

Σε κάθε περίπτωση, οι παρεχόμενες από τον θεράποντα ιατρό πληροφορίες πρέπει να είναι εμπεριστατωμένες και ακριβείς. Τούτο προϋποθέτει ότι ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ό,τι κάθε ιατρός της ειδικότητάς του θα όφειλε να γνωρίζει. Περαιτέρω, απόκρυψη της αλήθειας ή κρίσιμων πληροφοριών απαγορεύεται, διότι σκοπός της διάταξης είναι να φτάσει ο ασθενής να αποφασίσει θετικά, χωρίς δηλαδή να διατηρεί αμφιβολίες, ασχέτως αν η απόφασή του αυτή μπορεί να κρίνεται σωστή ή λανθασμένη. Συμπεριφορά του ιατρού που κατατείνει σε ενδεχόμενο αλλοίωσης της ελεύθερης κρίσης του ασθενούς, θα συνιστά ιατρικό σφάλμα με την ευρεία έννοια του όρου και συνεπάγεται ιατρική ευθύνη[152]. Ιδίως αυτό μπορεί να συμβαίνει όταν ο ιατρός ενημερώνει τον ασθενή για τους ενδεχόμενους κινδύνους, υπερτονίζοντάς τους ή υποβαθμίζοντάς τους[153]. Πάντως δεν ενδιαφέρουν ιατρικές λεπτομέρειες που θα ενδιέφεραν μόνον έναν ειδικό, αλλά μόνο σημεία που θεωρούνται κρίσιμα για την παροχή της συναίνεσής του[154], ιδίως όταν πρόκειται για γνωστή μέθοδο[155]. Τέτοια λογίζονται όσα θα ήταν απαραίτητα για έναν μέσο λογικό ασθενή, ώστε να δύναται αυτός να διαμορφώσει γνώμη για την κατάσταση της υγείας του και την λήψη των κρίσιμων αποφάσεων. Εντούτοις, η έκταση της ενημέρωσης μπορεί να εξαρτηθεί και από τις ατομικές ανάγκες του ασθενούς, ιδίως εάν αυτός δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για να ενημερωθεί[156].

Ανάλογα και από το περιεχόμενο της σύμβασης ιατρικής αγωγής, η υποχρέωση ενημέρωσης επεκτείνεται σε μία ευρεία γκάμα θεμάτων. Κατ' αρχάς αφορά την φύση, τον σκοπό και τους κινδύνους της ιατρικής πράξης για την οποία επιχειρείται η λήψη της συναίνεσης[157]. Αφορά την διάγνωση της ασθένειας[158], την φύση, το περιεχόμενο και το αναμενόμενο αποτέλεσμα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, την πρόγνωση της ασθένειας με θεραπεία ή χωρίς θεραπεία, τις πιθανές αλλαγές της θεραπευτικής αγωγής κατά την θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, επακόλουθα

χειρουργικής επέμβασης, διότι το ζήτημα των επιλογών και της προστασίας της προσωπικότητας του ασθενούς τίθεται σε κάθε περίπτωση. Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 270.

[152] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 283-284, αλλά και Βιδάλης, ό.π., σελ. 102-103.

[153] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 159. Ιδίως ο υπερτονισμός αμελητέων κινδύνων μπορεί να συνιστά σοβαρό ανασχετικό παράγοντα στην λήψη απόφασης από τον ασθενή. Βλ. και Βιδάλης, ό.π., σελ. 104.

[154] Βλ. και Βιδάλης, ό.π., σελ. 103, αλλά και Λασκαρίδης, ό.π., σελ. 7 (εκτυπωμένου κειμένου).

[155] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 283.

[156] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 155-156, καθώς και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 281, και 283-284. Η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη εξαρτά περαιτέρω την ενημέρωση και από τις δυνατότητες κατανόησης του συγκεκριμένου ασθενούς. Βλ., Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 274.

[157] Βλ. και Κανελλοπούλου-Μπότη, ό.π., σελ. 132.

[158] Και όχι την διάγνωση υπόνοιας. Βλ. και Πολίτης, ό.π., σελ. 10.

ή επιπλοκές της θεραπείας και τις τυχόν δυνατότητες αντιμετώπισής τους, τις πιθανές εναλλακτικές και τις συνέπειες της άρνησης του ασθενούς να ακολουθήσει την θεραπεία[159].

Η ενημέρωση πρέπει να επεκτείνεται σε όλες τις γνωστές μεθόδους, αλλά και στις εναλλακτικές προτάσεις θεραπείας ή ενδεδειγμένες θεραπευτικές μεθόδους, οι οποίες πρέπει κατ' αρχήν να ανταποκρίνονται στα ιατρικά standards[160]. Δεν αποκλείεται όμως ο ιατρός να προτείνει και νέες μη διαδεδομένες ή στο στάδιο της επαλήθευσης (π.χ. μια νέα μη δοκιμασμένη επί μακρόν θεραπευτική μέθοδο ή ένα νέο φάρμακο). Τότε απαιτείται ιδιαίτερη ενημέρωση, κατά την οποία θα πρέπει ο ιατρός να εξηγήσει στον ασθενή το νέο της μεθόδου και τον τρόπο πραγμάτωσής της, ενώ πρέπει να του εφιστά ιδιαιτέρως την προσοχή σχετικά με το ότι μια τέτοια επιλογή ενέχει πιθανούς άγνωστους κινδύνους[161]. Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δίνεται στην ενημέρωση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε θεραπευτικής μεθόδου, καθώς και να επιχειρείται μια σύγκριση των μεθόδων που μπορούν να εφαρμοστούν, όταν υφίσταται δυνατότητα επιλογής[162]. Η κρατούσα άποψη θεωρεί ότι ο ιατρός δεν οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για κάθε δυνατή διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο, την οποία αυτός δεν κρίνει αναγκαία και πρόσφορη για την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς[163].

Η ενημέρωση πρέπει να αφορά όλους τους κινδύνους, ακόμα και τους μικρότερους και σπανιότερους, εφόσον δεν είναι απίθανο να εμφανιστούν κατά τον χρόνο της ιατρικής παρέμβασης[164]. Υποστηρίζεται όμως και η αντίθετη άποψη, με

---

[159] Βλ. και Κανελλοπούλου-Μπότη, ό.π., σελ. 132.

[160] Η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη υποστηρίζει ότι πρώτα πρέπει να εξαντλούνται οι γνωστές μέθοδοι, ώστε να μην τίθεται άσκοπα σε διακινδύνευση ο ασθενής. Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 276.

[161] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 161-162, καθώς και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 282.

[162] Βλ. και Λασκαρίδης, ό.π., σελ. 2 (εκτυπωμένου κειμένου). Η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη υποστηρίζει ότι ο ιατρός οφείλει να διαφωτίσει τον ασθενή και για άλλους τρόπους θεραπευτικής αγωγής, διαφορετικούς από αυτόν τον οποίο προτείνει, ώστε να μπορεί ο ασθενής να αντιληφθεί τον λόγο αυτής της επιλογής εκ μέρους του ιατρού, ιδίως αν ο προτεινόμενος τρόπος συνεπάγεται περισσότερους τυπικούς κινδύνους από τους άλλους. Αν οι διάφορες μέθοδοι συνεπάγονται τους ίδιους κινδύνους, υποστηρίζεται ότι ο ιατρός φέρει την ευθύνη για την επιλογή τους χωρίς να έχει υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή. Βλ. και Δημητριάδη-Ανδρουλιδάκη, ό.π., σελ. 282. Τούτο όμως δεν πρέπει να γίνει δεκτό, διότι κάθε τέτοιου είδους περιορισμός στην ενημέρωση του ασθενούς είναι αμφίβολης ορθότητας. Βλ. και Λασκαρίδης, ό.π., σελ. 7 (εκτυπωμένου κειμένου).

[163] Βλ. και Κανελλοπούλου-Μπότη, ό.π., σελ. 132-133. Επίσης, η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη υποστηρίζει ότι ο ιατρός δεν οφείλει να ενημερώσει για άλλους τρόπους θεραπείας σε περίπτωση που όλοι οι γνωστοί τρόποι έχουν τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα ή τους ίδιους κινδύνους επιπλοκών ή παρενεργειών. Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 283.

[164] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 160-161.

την αιτιολογία ότι με αυτόν τον τρόπο το έργο του ιατρού καθίσταται δυσχερές και ανεφάρμοστο[165]. Ενδιάμεση άποψη υποστηρίζει ότι κρίσιμος παράγοντας σχετικά με την ενημέρωση για τους κινδύνους μιας ιατρικής πράξης είναι η συνάρτηση της πιθανότητας επέλευσής τους και η σοβαρότητα πραγματοποίησής τους[166]. Πάντως, όσο πιο πιθανοί και σοβαροί είναι οι κίνδυνοι, ιδίως από πιθανές επιπλοκές[167], τόσο πιο εκτεταμένη και διαφωτιστική πρέπει να είναι η ενημέρωση, ειδικά όταν προκύπτουν ως άμεση συνέπεια της μεθόδου/θεραπείας και δεν είναι από αυτά που μπορεί να γνωρίζει ο μέσος ασθενής από την εμπειρία του. Η αναλυτική εξήγηση πρέπει να παρέχεται, ώστε ο ασθενής να δύναται να σχηματίσει ώριμη γνώμη για την θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθήσει[168], ενώ έμφαση πρέπει να δίνεται ως προς το χρονικό σημείο και τα χρονικά περιθώρια που υπάρχουν για την θεραπεία και τους κινδύνους από ενδεχόμενη παράλειψή της[169]. Η υποχρέωση ενημέρωσης δεν περιλαμβάνει την διαφώτιση του ασθενούς για δυσμενείς συνέπειες της θεραπευτικής αγωγής, όταν είναι από τις εμπειρίες της ιατρικής επιστήμης γνωστό ότι πιθανή παράλειψη της θεραπευτικής αγωγής επιφέρει πολύ μεγαλύτερους κινδύνους για τον ασθενή[170]. Σε κάθε περίπτωση ορθό είναι, όσο αυτό είναι εφικτό, ο ασθενής να ενημερώνεται για το ενδεχόμενο να χρειαστεί επέκταση της αρχικής επέμβασης[171]. Πάντως, η σοβαρότητα των συνεπειών εξαρτάται και από το πρόσωπο του ασθενούς και τις ιδιότητές του (π.χ. επάγγελμα, ηλικία)[172].

Τέλος, υποστηρίζεται ότι το οικονομικό κόστος μιας θεραπείας δεν περιλαμβάνεται στην υποχρέωση ενημέρωσης, εκτός αν αναμένεται να επιβαρύνει τον οικονομικό προϋπολογισμό του ασθενούς στο μέλλον[173].

---

[165] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 274.
[166] Βλ. και Κανελλοπούλου-Μπότη, ό.π., σελ. 132-133.
[167] Επιβάλλεται η πλήρης ενημέρωση για επιπλοκές, οι οποίες ανήκουν στους τυπικούς κινδύνους μιας θεραπευτικής διαδικασίας, όταν δηλαδή πρόκειται για κινδύνους που αναμένονται με βεβαιότητα σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα και δεν είναι ευχερώς αντιμετωπίσιμοι, ενώ δεν χρειάζεται ειδική ενημέρωση για τους μη τυπικούς κινδύνους (εκείνους δηλαδή που δεν εμφανίζονται συχνά ή αντιμετωπίζονται με προληπτικά μέσα). Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 279-280.
[168] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 274.
[169] Βλ. και Ανδρουλιδάξη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 275, 277.
[170] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 281. Τούτη η θέση δεν μπορεί όμως να γίνει δεκτή, διότι θίγει στον πυρήνα του το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς, ο οποίος είναι και ο μόνος αρμόδιος (τουλάχιστον κατ' αρχήν) για να αποφασίσει αν θα επιλέξει την εφαρμογή στο σώμα του μιας θεραπευτικής αγωγής ή θα επιλέξει ακόμα και την μη παροχή οποιασδήποτε θεραπείας.
[171] Βλ. και Ψαρούλης-Βούλτσος, ό.π., σελ. 205.
[172] Π.χ. βλ. το παράδειγμα που φέρνει η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη σχετικά με λ.χ. έναν πιανίστα ή δακτυλογράφο, οι οποίοι εμφανίζουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για συγκεκριμένο μέρος του σώματός τους (τα χέρια-δάχτυλά τους). Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 281.
[173] Βλ. και Πελλένη-Παπαγεωργίου, ό.π., σελ. 162-163.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε, είναι πρόδηλο ότι η ενημέρωση του ασθενούς θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο εκτεταμένη και ουσιαστική, διότι διαδραματίζει καίριο ρόλο στην παροχή έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς στην προς διενέργεια ιατρική πράξη. Αποτελεί ουσιαστικά το καθοριστικό μέσο επίτευξης της ισότητας ανάμεσα στα συμβαλλόμενα μέρη και ουσιαστικό παράγοντα στην εκδήλωση της ελευθερίας της βούλησης του ασθενούς σε σχέση με την απόφαση που πρέπει να λάβει σχετικά με την εφαρμογή ή μη της προτεινόμενης από τον ιατρό θεραπευτικής μεθόδου. Η ελευθερία θεραπείας δηλαδή δικαιολογείται και ως δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του πληττόμενου ασθενούς. Για να είναι όμως πράγματι ελεύθερη αυτή η επιλογή η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και όχι παραπλανητική. Ο ασθενής μπορεί εντέλει να επιλέξει την εφαρμογή μιας μεθόδου μη αναγνωρισμένης στο μέτρο που δεν υπάρχει αντίθεση στον νόμο, και η άρνηση του ενημερωμένου ασθενούς να αντιμετωπίσει την ασθένειά του σύμφωνα με τις βασικές παραδοχές της επιστήμης δεν προσκρούει στα χρηστά ήθη. Η τελευταία περίπτωση θα συμβαίνει όταν επιλέγεται από τον ασθενή να ακολουθηθεί μια μέθοδος, της οποίας η αποτελεσματικότητα δεν επαληθεύθηκε ποτέ από κανένα επιστημονικό στοιχείο, ενώ αντίθετα έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με μεγάλους κινδύνους για την υγεία του ασθενούς[174]. Πάντως υποστηρίζεται ότι η παρασχεθείσα συναίνεση πρέπει να αφορά θεραπεία που λειτουργεί σε συμφωνία (και πάντως όχι αντίθετα) με τις κύριες επιστημονικές πεποιθήσεις, και ότι η συναίνεση του ασθενούς σε εσφαλμένη θεραπεία δεν είναι αδιάφορη ως προς την δικανική κρίση ως προς την ύπαρξη επαγγελματικού σφάλματος[175].

Το θεραπευτικό προνόμιο

Ως θεραπευτικό προνόμιο ορίζεται η ιατρικά ενδεδειγμένη απόκρυψη της ασθένειας, του είδους της θεραπευτικής αγωγής, των παρενεργειών και των κινδύνων που αυτή μπορεί να ενέχει για τον ασθενή, η οποία εντέλει οδηγεί σε διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η θέληση του ασθενούς. Κρίνεται δικαιολογημένη αυτή η πράξη απόκρυψης αυτών των πληροφοριών εκ μέρους του

[174] Βλ. και Schmid H., ό.π., σελ. 2340-2342.
[175] Βλ. και Crespi A., ό.π., σελ. 82.

ιατρού, διότι υποστηρίζεται ότι πιθανή ενημέρωση του ασθενούς θα είχε σωματικές και ψυχικές συνέπειες για τον ασθενή[176].

Αν και στην θεωρία υπάρχει τάση αποδοχής της έννοιας του θεραπευτικού προνομίου του ιατρού[177], η διατύπωση της διάταξης του ά. 11 §1 του ΚΙΔ είναι ανεπιφύλακτη και δεν αναγνωρίζει στον ιατρό διακριτική ευχέρεια περιορισμού της ενημέρωσης που πρέπει να παρασχεθεί στον ασθενή, προκειμένου να μην επιδεινωθεί η υγεία του. Η Σύμβαση του Οβιέδο, η οποία στο άρθρο 10 (§ 3) αυτής προβλέπει την δυνατότητα εφαρμογής του αποκαλούμενου θεραπευτικού προνομίου του ιατρού (ήτοι της απόκρυψης από τον ασθενή της κατάστασής του για το συμφέρον του), απαιτεί την ψήφιση ειδικού νόμου[178], ο οποίος όμως μέχρι στιγμής δεν έχει ψηφιστεί.

Εντούτοις, με βάση το γεγονός ότι στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας γίνονται πλείστες αναφορές ότι ο ιατρός ενεργεί με βάση το συμφέρον του ασθενούς και για την προστασία της υγείας του (βλ. και ά. 3 §3 και ά. 9 §1 του ΚΙΔ), φαίνεται αρχικώς υποστηρίξιμη μια τέτοια θέση, όταν ο ιατρός μετά βεβαιότητας διαβλέπει ότι η αναγκαία ενημέρωση του ασθενούς θα επιδρούσε αρνητικά στην ψυχοσωματική ακεραιότητά, με επακόλουθη αύξηση του κινδύνου επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς[179]. Ο κίνδυνος άρνησης αναγκαίας θεραπείας, αποτελεί άλλη μια δικαιολογητική βάση την οποία επικαλούνται οι υποστηρικτές του θεραπευτικού προνομίου, όταν πρόκειται για την απόκρυψη πληροφοριών σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους από την θεραπεία, όταν βέβαια οι συνέπειες από την παράλειψή της είναι ακόμα πιο βαριές[180].

Ουσιαστικά ο ιατρός βρίσκεται ανάμεσα σε ένα δίλημμα: να δράσει υπέρ της υγείας του ασθενούς, ακόμα κι αν με αυτόν τον τρόπο παραβιάζει το δικαίωμα αυτοδιάθεσής του ή σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενούς του να διακινδυνεύσει μια δυσμενή έκβαση της υγείας του ασθενούς του;

Η απάντηση δεν είναι εύκολη, διότι ο ιατρός έχει νομική υποχρέωση να φροντίζει για την υγεία του ασθενούς του, την στιγμή που πρέπει να σεβαστεί και το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει αυτός για τον εαυτό του, για την ζωή και την υγεία του.

---

[176] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 302-303.
[177] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 304.
[178] Βλ. και Κανελλοπούλου-Μπότη, ό.π., σελ. 137.
[179] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 305-307.
[180] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 308.

Σε κάθε περίπτωση αποδοχή της ύπαρξης θεραπευτικού προνομίου του ιατρού στην γενικότητά του, δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό, διότι περιορίζει υπέρμετρα την ελευθερία αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Η ενημέρωση, η οποία οδηγεί και σε έγκυρη συναίνεση, αποτελεί όρο και για την επίτευξη της συμβατικής ισορροπίας ανάμεσα στα μέρη. Αν ο ασθενής επιθυμεί να παραιτηθεί από αυτό το δικαίωμά του, μπορεί να το πράξει, όπως άλλωστε του δίνει δικαίωμα ο νόμος. Σε οριακές μόνο περιπτώσεις μπορεί να γίνει δεκτή μια τέτοια θέση, όχι όμως ως προνόμιο του ιατρού, αλλά ως υποχρέωσή του για την προστασία της υγείας του ασθενούς[181]. Θέση που μπορεί να στηριχθεί και στις διατάξεις, όπου κρίνεται μη αναγκαία η παροχή συναίνεσης του ασθενούς λόγω αδυναμίας, σύμφωνα και με την εικαζόμενη βούλησή του. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός κατά την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου, θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις αρχές της ιατρικής επιστήμης.

[181] Βλ. και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, ό.π., σελ. 313.

Ε. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και σύσταση ιατρικού συμβουλίου

Έτερη περίπτωση που περιορίζει ή, μάλλον καλύτερα, οριοθετεί την ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου που αναγνωρίζεται στον (θεράποντα) ιατρό, είναι εκείνη της σύστασης ιατρικού συμβουλίου[182]. Σχετικές διατάξεις του ΚΙΔ που αναφέρονται στην σύσταση ιατρικού συμβουλίου είναι η §7 του ά. 8, καθώς και το σύνολο του ά. 22[183]. Η ανάγκη σύστασης ιατρικών συμβουλίων προκύπτει από την πολυπλοκότητα του ανθρώπινου οργανισμού και την συνθετότητα των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει, οι οποίες απαιτούν την συνεργασία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων για την ορθή θεραπευτική αντιμετώπισή τους, καθώς και από την ολοένα μεγαλύτερη εξειδίκευση των ιατρών[184].

Η σύγκληση ιατρικού συμβουλίου: πρωτοβουλία και ζητήματα εξέλιξης της έννομης σχέσης ιατρού-ασθενούς

Στο ά. 8 §7 αναφέρεται ως υποχρέωση του ιατρού η διευκόλυνση συγκρότησης ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του. Περαιτέρω, στο άρθρο 22 §1 γίνεται λόγος για συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, εάν ο ιατρός, ο ασθενής ή οι οικείοι του κρίνουν σκόπιμη την συγκρότησή του[185]. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα ποιός ο ρόλος και η ευθύνη του (θεράποντος) ιατρού ως προς την σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου, δηλαδή εάν θα πρέπει ο ίδιος να προβεί στην σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου ή απλά να συμμετάσχει σε αυτό, αφήνοντας την

---

[182] Βλ. και Καραγεώργος, ό.π., σελ. 37, ο οποίος υποστηρίζει ότι η επιλογή θεραπευτικής μεθόδου ανήκει αποκλειστικά στον θεράποντα ιατρό, πλην των περιπτώσεων όπου αυτή προσδιορίστηκε κατόπιν σύγκλησης ιατρικού συμβουλίου. Την άποψη αυτή φαίνεται ότι ασπάζεται και ο Τρανταλίδης, βλ. και Τρανταλίδης, ό.π., σελ. 112.

[183] Για μια σύντομη αναφορά στο προϊσχύον καθεστώς πριν την θέση σε ισχύ του ΚΙΔ, βλ. και Τρούλη Ε. Ν., Το ιατρικό συμβούλιο - Υποχρέωση συγκρότησης, διαδικασία διεξαγωγής, ζητήματα ευθύνης, ΕφΑΔ 2/2011, σελ. 147-148. Επισημαίνεται από την συγγραφέα ότι η μόνη διαφοροποίηση σε σχέση με το παρελθόν είναι η διαφορετική συστηματική τους ένταξη, χωρίς διαφοροποίηση ως προς το περιεχόμενο.

[184] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 147.

[185] Μόλις εδώ πρέπει να επισημανθεί η άστοχη χρήση της σχετικής ορολογίας (συγκρότηση), διότι ο όρος αυτός αναφέρεται περισσότερο στην στελέχωση με τους καταλληλότερους για την περίπτωση ιατρούς, παρά στην απόφαση σχηματισμού ιατρικού συμβουλίου. Ορθότερη θα ήταν η χρήση των όρων σύσταση ή σύγκληση.

πρωτοβουλία σύγκλησης στον ασθενή ή τους οικείους του, και πώς η σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου οριοθετεί την ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου.

Πρέπει να γίνει δεκτό, με βάση και την αυστηρή διατύπωση του ά. 8 §7, ότι ο θεράπων ιατρός οφείλει να προβεί ο ίδιος στην σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου, ανεξαρτήτως της δικής του γνώμης, ακόμα κι αν ο ίδιος το θεωρεί περιττό[186]. Αυτή η ερμηνεία επιβάλλεται από τις σχέσεις εμπιστοσύνης που πρέπει να δημιουργούνται ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή (ά. 8 §2 ΚΙΔ), αλλά και από το ά. 9 §1 του ΚΙΔ, η οποία δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενούς[187]. Ο θεράπων ιατρός δε, ως ηγήτωρ της θεραπευτικής προσπάθειας για τον συγκεκριμένο ασθενή, υποχρεούται να αναλάβει τον συντονιστικό ρόλο στο ιατρικό συμβούλιο, υποχρέωση που απορρέει από τον συνδυασμό των διατάξεων των ά. 22 §§3 και 4, καθώς και από την §2 του ά. 10 του ΚΙΔ. Δηλαδή ο θεράπων ιατρός, ως βασικός υπεύθυνος της φροντίδας του ασθενούς, καλυπτόμενος και από την σχέση εμπιστοσύνης που τον συνδέει με εκείνον, υπέχει ευθύνη ενημέρωσης τόσο απέναντι στον ασθενή ή τους οικείους του, όσο και απέναντι στους υπόλοιπους ιατρούς που θα συγκροτήσουν το ιατρικό συμβούλιο, καθώς αυτός είναι που διαθέτει σφαιρική εικόνα για την κλινική πορεία του ασθενούς[188,189].

Δεδομένου ότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής μπορεί να καταγγελθεί από τα μέρη υπό τους όρους της ΑΚ 672 για σπουδαίο λόγο, αλλά και με βάση την ΑΚ 676 χωρίς την επίκληση σπουδαίου λόγου[190], τυχόν άρνηση του ιατρού να συγκαλέσει ιατρικό

---

[186] Βλ. και Ράβδας, Ερμηνεία ά. 8 ΚΙΔ, σε Βιδάλης Τ.Κ.-Παπαχρίστου Θ.Κ. (επιμ.), Ιατρική Δεοντολογία-Κατ' άρθρο ανάλυση του Ν. 3418/2005, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2013, σελ. 81, ο οποίος αναφέρει ότι το σχετικό καθήκον του ιατρού για την σύγκληση ιατρικού συμβουλίου υπερτερεί ακόμη και έναντι της τυχόν επιστημονικής διαφωνίας του ως προς την κατ' αρχήν αναγκαιότητα σύστασής του.

[187] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 148, η οποία όμως θεωρεί επιβεβλημένη την συνεργασία του θεράποντος ιατρού στην σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου όταν ο ασθενής ή οι οικείοι του το επιθυμούν με την έννοια της διευκόλυνσης σύστασής του, και όχι με την έννοια ανάληψης υποχρέωσης από τον ίδιο τον θεράποντα ιατρό για την σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου, παρά μόνο σε περιπτώσεις όπου έχει αναληφθεί σχετική συμβατική υποχρέωση από εκείνον.

[188] Βλ. και Καπαρτζιάνη Χ., Ερμηνεία ά. 22 ΚΙΔ, σε Βιδάλης Τ.Κ.-Παπαχρίστου Θ.Κ. (επιμ.), ό.π., σελ. 226-227.

[189] Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να του αναγνωριστεί και ρόλος του διευθύνοντος του ιατρικού συμβουλίου παρά την σιωπή του νόμου. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 155. Τούτη η θέση ενισχύεται από την συστηματική ερμηνεία της §3 και της §4 περίπτωση δ) του ά. 22 του ΚΙΔ.

[190] Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης – Διάλογος με την Νομολογία, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2018, σελ. 31-32. Σπουδαίος λόγος θα θεωρείται ιδίως η σοβαρή και ανεπανόρθωτη διατάραξη της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των μερών, η οποία εδώ λογικά θα συντρέχει, διότι η επιμονή του ασθενούς ή των οικείων στην σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου όταν ο ιατρός το θεωρεί περιττό, αλλά και η επίμονη άρνηση του ιατρού όταν ο ασθενής ή οι οικείοι αναζητούν την εύρεση της βέλτιστης θεραπευτικής επιλογής, τούτο θα ενδεικνύουν.

συμβούλιο, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του, θα συνιστά ουσιαστικά καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής εκ μέρους του ιατρού[191], χωρίς να αποκλείεται να ευθύνεται αυτός σε αποζημίωση σε περίπτωση που θεωρηθεί άκαιρη η καταγγελία της σύμβασης (ΑΚ 676, εδ. β΄)[192]. Από την άλλη, η σύγκληση ιατρικού συμβουλίου από τον ίδιο τον ασθενή ή τους οικείους του (εφόσον λειτουργούν ως νόμιμοι αντιπρόσωποί του), παρά την άρνηση του ιατρού, δύναται να θεωρηθεί ως καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής εκ μέρους τους[193]. Σε κάθε περίπτωση πάντως, ο θεράπων ιατρός θα δεσμεύεται από τις υποχρεώσεις του που απορρέουν από την §4 του ά. 9, αλλά και από την §6 του ά. 8 του ΚΙΔ, να μην διακόπτει δηλαδή την παροχή των υπηρεσιών του εφόσον τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία του ασθενούς, αλλά και να παραδίδει την φροντίδα του ασθενούς σε έτερο ιατρό, αφού πρώτα του παράσχει ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση και τις ανάγκες του ασθενούς.

Αν τελικώς η έννομη σχέση ιατρού και ασθενούς συνεχιστεί κανονικά, παρά το γεγονός ότι δεν συγκλήθηκε ιατρικό συμβούλιο, διότι τελικώς ο ασθενής ή οι οικείοι του δεν επέμειναν στην σύγκλησή του μπροστά στην κρίση του ιατρού ως μη σκόπιμης, και εκ των υστέρων αποδειχθεί ότι η σχετική κρίση του ιατρού για την σοβαρότητα του περιστατικού ήταν λανθασμένη με αποτέλεσμα αυτό να αποβεί εις βάρος της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, δεν αποκλείεται να θεμελιώνεται ευθύνη του ιατρού για την μη σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου[194]. Η ευθύνη αυτή θα προκύπτει είτε σύμφωνα με τις γενικές διατάξεις περί αδικοπραξίας, είτε με βάση το ά. 8 του Ν. 2251/1994, όπως ισχύει, είτε τέλος με βάση την σύμβαση[195]. Προσφορότερη νομική βάση δεδομένων των αποδεικτικών ευχερειών που προσφέρει και της δυνατότητας διεκδίκησης και αποκατάστασης της ηθικής βλάβης του ασθενούς, θα αποδεικνύεται αυτή του ά. 8 του Ν. 2251/1994, η οποία επιβαρύνει τον ζημιωθέντα ασθενή να αποδείξει μόνο την ζημία του και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής υπηρεσίας και της ζημίας, ενώ καταλείπει στον ιατρό (τον

[191] Θα κριθεί από τις περιστάσεις εάν τελικώς η άρνηση αυτή είχε το νόημα αυτό.
[192] Το κατά πόσο μια τέτοια δυνατότητα θα αναγνωριστεί, δεδομένης της επιστημονικής ελευθερίας και της ελευθερίας συνείδησης που απολαύει ο ιατρός σύμφωνα με το ά. 3 §1 του ΚΙΔ είναι συζητήσιμο.
[193] Ομοίως, θα κριθεί από τις περιστάσεις εάν είχε αυτό το νόημα η σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου από τον ασθενή ή τους οικείους του.
[194] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 148.
[195] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 149.

παρέχοντα υπηρεσία) να αποδείξει την έλλειψη παρανομίας και υπαιτιότητας[196]. Εάν επιλέξει την αδικοπρακτική βάση ο ασθενής θα πρέπει να αποδείξει την παρανομία του ιατρού (μη σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου παρά το γεγονός ότι του ζητήθηκε), την υπαιτιότητα του ιατρού ως προς την παράλειψη, την ζημία του ασθενούς (βλάβη της υγείας του), την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της μη σύστασης του ιατρικού συμβουλίου και της βλάβης της υγείας του ασθενούς[197].

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, την πρωτοβουλία σύστασης του ιατρικού συμβουλίου μπορεί να αναλάβει και ο ίδιος ο θεράπων ιατρός όταν το κρίνει σκόπιμο[198]. Ο ιατρός δεν θα υποχρεούται σε σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου εάν αυτό δεν κρίνεται απολύτως απαραίτητο (εφόσον εννοείται δεν το έχει ζητήσει ο

[196] Η Τρούλη θεωρεί ότι η βάση του ά. 8 του Ν. 2251/1994 δεν μπορεί να εφαρμοστεί όταν η υποχρέωση του ιατρού για την σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου είναι αυτοτελής, ήτοι έχει αναληφθεί ως κύρια υποχρέωση, αλλά τελικώς δεν παρέχεται από τον ιατρό. Αυτό το στηρίζει στο γεγονός ότι η εν λόγω διάταξη απαιτεί παράλειψη **κατά** την παροχή των υπηρεσιών από τον πάροχο στον καταναλωτή, συνεπώς όταν έχει αναληφθεί αυτοτελής υποχρέωση που δεν παρέχεται, δεν έχει ξεκινήσει η παροχή των υπηρεσιών. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 150. Εντούτοις, ορθότερο πρέπει να θεωρηθεί ότι η υποχρέωση αυτή δεν πρέπει να θεωρηθεί αυτοτελής, διότι με την σύμβαση ιατρικής αγωγής έχει αναληφθεί γενικώς η παροχή ιατρικής συνδρομής εκ μέρους του ιατρού, η οποία εξειδικεύεται στην πορεία. Η υποχρέωση σύγκλησης του ιατρικού συμβουλίου προκύπτει εξάλλου απευθείας από τον νόμο. Σε κάθε περίπτωση ο αναφερόμενος από την συγγραφέα κίνδυνος συχνής επίκλησης του ά. 8 του Ν. 2251/1994, ακόμα και σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ιατρικό λάθος, αλλά επίκληση δυνατότητας εναλλακτικής θεραπείας, ήτοι η παρανομία θα προκύπτει από το γεγονός και μόνο της μη σύγκλησης του ιατρικού συμβουλίου, θα πρέπει να αποκρουσθεί, δεδομένου ότι σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποδειχθεί η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της επιλογής μεθόδου και της ζημίας (κακού αποτελέσματος της εφαρμογής της συγκεκριμένης μεθόδου). Εάν όμως αυτή η αιτιώδης συνάφεια αποδεικνύεται, τότε θα έχουμε ούτως ή άλλως την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος, σφάλματος που θα συνίσταται τουλάχιστον σε λάθος περί την επιλογή της μεθόδου. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 150-151.

[197] Όπου θα πρέπει περαιτέρω να αποδειχθεί ότι το ιατρικό συμβούλιο θα είχε όντως συγκληθεί, αυτό θα είχε καταλήξει σε διαφορετική διάγνωση ή θεραπεία, ο παθών θα είχε ακολουθήσει την γνώμη του ιατρικού συμβουλίου, και αιτιωδώς θα είχε αποφύγει την βλάβη της υγείας του. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 149-150.

[198] Με την έννοια της αναγκαιότητας, ερμηνευόμενη μάλιστα στενά, υπό τον φόβο σύγκλησης ιατρικών συμβουλίων ακόμα και για ασήμαντο λόγο, ίσως και με σκοπό της διάχυσης της ευθύνης της ιατρικής φροντίδας. Βλ. και Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 225.

ασθενής ή οι οικείοι του)[199]. Εάν όμως δεν το συγκάλεσε ενώ θα έπρεπε, θα υπέχει ευθύνη με βάση τις νομικές βάσεις που αναφέρθηκαν και ανωτέρω[200].

Η δυνατότητα αυτή θα πρέπει να του αναγνωρίζεται ακόμα κι όταν ο ασθενής ή οι οικείοι του (είτε για λόγους κόστους, είτε για άλλους) δεν το επιθυμούν, ειδικά στις περιπτώσεις όπου το περιστατικό είναι αδιάγνωστο[201]. Το αυτό όμως θα πρέπει να του αναγνωριστεί και στην περίπτωση επιλογής της καθαυτό καταλληλότερης θεραπευτικής μεθόδου, διότι με βάση την §1 του ά. 9, καθώς και του ά. 10 §3, ο θεράπων ιατρός, ιδιαίτερα σε περίπλοκα περιστατικά, οφείλει να προσφεύγει στην συνδρομή συναδέλφων του προκειμένου για την διασφάλιση του συμφέροντος του ασθενούς και την προστασία της ζωής και της υγείας του[202]. Αν όμως ο ασθενής ή οι οικείοι του (ενεργούντες ως νόμιμοι αντιπρόσωποί του) επιμείνουν στην άρνησή τους περί μη σύγκλησης του ιατρικού συμβουλίου, μπορούν εκείνοι να καταγγείλουν την σύμβαση ιατρικής αγωγής, απαλλάσσοντας έτσι τον ιατρό από οποιαδήποτε άλλη

---

[199] Το πότε ήταν απολύτως απαραίτητο θα κρίνεται κατά κανόνα εκ των υστέρων και θα συντρέχει με ιατρικό λάθος του θεράποντος ιατρού. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 152 και την εκεί χαρακτηριστικά αναφερόμενη απόφαση του ΔΕφΠειρ 391/2008 (ΤΝΠ ΔΣΑ, ΠειρΝ 2008, σελ. 290επ.), όπου το δικαστήριο επιδίκασε ηθική βλάβη 450.000 ευρώ σε παθόντα που υπεβλήθη σε ακρωτηριασμό στο πόδι, χωρίς να έχουν εφαρμοστεί νωρίτερα ηπιότερες μέθοδοι ενδεδειγμένες και εφαρμοζόμενες διεθνώς, χωρίς να έχει ενημερωθεί για αυτές **και χωρίς να έχει συγκληθεί ιατρικό συμβούλιο**. Στην περίπτωση αυτή δηλαδή είχε εμφιλοχωρήσει και ιατρικό σφάλμα ως προς την επιλογή της μεθόδου, η οποία συντελέστηκε χωρίς την σύγκληση ιατρικού συμβουλίου που επιβάλετο από τις περιστάσεις, αλλά και μη εγκυρότητα της συναίνεσης λόγω ελλιπούς ενημέρωσης του ασθενούς για τις θεραπευτικές του επιλογές.

[200] Επισημαίνεται ότι στην περίπτωση του ά. 8 του ν. 2241/1994, ο ιατρός για να αντικρούσει τυχόν ευθύνη του θα πρέπει να αποδείξει ότι η ευλόγως αναμενόμενη ασφάλεια που αναφέρει το εν λόγω άρθρο δεν του επέβαλε στην συγκεκριμένη περίπτωση την σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 152. Εντούτοις, στην περίπτωση μη σύγκλησης ιατρικού συμβουλίου που εκ των υστέρων αποδείχθηκε απαραίτητο, θα έχει εμφιλοχωρήσει ήδη ιατρικό σφάλμα, τουλάχιστον ως προς την μέθοδο που επιλέχθηκε (ακόμα κι αν δηλαδή η μέθοδος που επιλέχθηκε από τον ιατρό εκτελέστηκε/εφαρμόστηκε lege artis, η επιλογή δεν έχει συντελεστεί lege artis). Οπότε οι ανησυχίες περί συχνής επίκλησης παράλειψης του ιατρού να συγκαλέσει ιατρικό συμβούλιο και μετάθεσης όλου του βάρους σε αυτόν, πρέπει να αποκρουσθεί.

[201] Βλ. και Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 225.

[202] Υποστηρίζεται ότι για λόγους διαφύλαξης της ελευθερίας επιλογής του ασθενή, αν εκείνος ή οι οικείοι του (προφανώς λειτουργούντες ως νόμιμοι αντιπρόσωποί του) δεν επιθυμούν την σύγκληση ιατρικού συμβουλίου παρά την άποψη του θεράποντος ιατρού, ορθότερο είναι να αναγνωριστεί στον ιατρό δικαίωμα απόσυρσης από την φροντίδα του ασθενούς, κατ' ανάλογη εφαρμογή του δικαιώματος απόσυρσης που προβλέπεται στις §§2 και 3 του ά. 22, καθώς και στο ά. 9 §4 του ΚΙΔ. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 149. Περαιτέρω, η εν λόγω συγγραφέας ισχυρίζεται ότι ερμηνευτικά θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα στον θεράποντα ιατρό, ο οποίος δεν επιθυμεί να εγκαταλείψει την φροντίδα του ασθενούς, παρά την άρνηση αυτού ή των οικείων να συγκληθεί ιατρικό συμβούλιο το οποίο αυτός θεωρεί σκόπιμο, να αποποιηθεί την ευθύνη, κατ' ανάλογη εφαρμογή της § 4 του ά. 22 του ΚΙΔ. Εντούτοις, η άποψη αυτή πρέπει να απορριφθεί. Κι αυτό διότι η εν λόγω απόσυρση του θεράποντος ιατρού θα ισοδυναμεί με καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής, οπότε οτιδήποτε μετά από αυτό παρέλκει. Το ότι δεν νοείται ιατρικό συμβούλιο χωρίς την συμμετοχή του θεράποντος ιατρού, προκύπτει και από την περίπτωση α) της §4 του ά. 22 του ΚΙΔ. Σε σχέση με το δικαίωμα αποποίησης της ευθύνης, βλ. παρακάτω στο κείμενο.

υποχρέωση, πλην εκείνων που απορρέουν την §4 του ά. 9 και από την §6 του ά. 8 του ΚΙΔ.

Ιατρικό συμβούλιο και οριοθέτηση της ελευθερίας επιλογής θεραπευτικής μεθόδου του θεράποντος ιατρού

Σύμφωνα με το ά. 22 §1 του ΚΙΔ κατά την σύγκληση του ιατρικού συμβουλίου ο ιατρός μπορεί να υποδείξει σύμβουλο ή συμβούλους της επιλογής του, σεβόμενος όμως την ελευθερία επιλογής του ασθενούς και της οικογένειάς του με βάση το συμφέρον του αρρώστου[203]. Στην §2 όμως του ίδιου άρθρου, ο ΚΙΔ αναγνωρίζει δικαίωμα απόσυρσης του θεράποντος ιατρού, και μάλιστα χωρίς δικαιολογία σε περίπτωση κατά την οποία ο ίδιος δεν διατηρεί αγαθές επαγγελματικές σχέσεις με τον σύμβουλο ή τον ειδικό, εργαστηριακό ή κλινικό[204], ιατρό που έχει επιλέξει η οικογένεια[205]. Το δικαίωμα αυτό δεν σημαίνει κάτι άλλο παρά (δυνατότητα) καταγγελία(ς) της σύμβασης ιατρικής αγωγής εκ μέρους του ιατρού[206].

Στην §4 του ά. 22 του ΚΙΔ, όπου περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία διεξαγωγής του ιατρικού συμβουλίου (εισήγηση του θεράποντος για την κατάσταση του ασθενούς, τα ευρήματα και την κλινική του πορεία, μετά εξέταση του ασθενούς από καθέναν από τους συμβούλους {κλινική, εργαστηριακή, απεικονιστική, κλπ.}, διάσκεψη επί των ευρημάτων, σύνθεση του πορίσματος και ανακοίνωσή του προς τον ασθενή ή τους οικείους του)[207], προβλέπεται η πιθανότητα διαφωνίας μεταξύ του

[203] Για το ότι η διάταξη χρησιμοποιεί εναλλάξιμα τους όρους οικογένεια και οικείοι, και ότι στην έννοια της οικογένειας συμπεριλαμβάνεται και ο ίδιος ο ασθενής, βλ. Τρούλη, ό.π., σελ. 153.

[204] Σε σχέση με την συμμετοχή τους στα ιατρικά συμβούλια και όχι γενικά, διότι διαφορετικά θα υπήρχε κίνδυνος συνεχών εκβιαστικών διλημμάτων εκ μέρους του ιατρού προς τον ασθενή. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 154.

[205] Προφανώς η εν λόγω διάταξη δεν ακριβολογεί. Δεν καλύπτει μόνο τις περιπτώσεις όπου οι ιατροί δεν έχουν αγαθές προσωπικές επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ τους, αλλά και όταν έχουν επιστημονικού χαρακτήρα διενέξεις. Στην περίπτωση επιστημονικών και όχι προσωπικών διενέξεων, γίνεται δεκτό ότι ο θεράπων ιατρός οφείλει να αιτιολογήσει την αποχώρησή του και να ενημερώσει για διαφωνία του σχετικά με επιστημονικές απόψεις που έχει διατυπώσει σύμβουλος ιατρός. Βλ. και Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 226. Αντίθετα, η Τρούλη, παρά το γεγονός πως αναγνωρίζει ότι θα έπρεπε να υπάρχει αιτιολόγηση για να μπορεί να διακρίνει ο ασθενής εάν εκφράζεται διαφωνία του θεράποντος ιατρού για την καταλληλότητα των συμβούλων, υποστηρίζει ότι η διάταξη στοχεύει μάλλον στην αποφυγή διατύπωσης δυσμενών κρίσεων ανάμεσα σε συναδέλφους. Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 153-154.

[206] Βλ. και επισήμανση από Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στις παρατηρήσεις της πριν την ψήφιση του ΚΙΔ, αναφερόμενη σε Τρούλη, ό.π., σελ. 153, υποσημείωση 39, όπου όμως θέτει το θέμα ως παραίτηση του θεράποντος από την θεραπεία του ασθενούς, στο πλαίσιο συναδελφικών σχέσεων με τους λοιπούς ιατρούς, όπως αυτές διαμορφώνονται στο ά. 21 του ΚΙΔ.

[207] Βλ. και Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 227.

θεράποντος ιατρού και λοιπού ιατρικού συμβουλίου[208], ως προς το πόρισμα του ιατρικού συμβουλίου που μπορεί να αφορά την διάγνωση, την προτεινόμενη θεραπεία ή και τα δύο. Στην περίπτωση αυτή ο θεράπων ιατρός μπορεί είτε να αποδεχθεί την γνώμη του συμβούλου ιατρού ή του ιατρικού συμβουλίου, είτε εφόσον δεν συμφωνεί γιατί την θεωρεί άστοχη ή επιζήμια για τον ασθενή, να «αποποιηθεί την ευθύνη». Στο σημείο αυτό ο ΚΙΔ δεν φαίνεται να ακριβολογεί, οδηγώντας στην διατύπωση της θέσης ότι ο θεράπων ιατρός μπορεί να συνεχίσει να παρέχει τις υπηρεσίες του κανονικά στον ασθενή αποποιούμενος την ευθύνη της διάγνωσης ή της επιλογής της θεραπείας που διατυπώνεται στο πόρισμα του συμβουλίου[209]. Τούτο όμως δεν είναι διόλου ακριβές. Η αποποίηση αυτή θα σημαίνει ουσιαστικά πρόθεση καταγγελίας[210] της σύμβασης ιατρικής αγωγής εκ μέρους του θεράποντος ιατρού. Καταγγελία που θα επέρχεται λίγο αργότερα, σε περίπτωση όπου μετά την υποχρεωτική γνωστοποίηση της διαφωνίας του στον ασθενή ή στους οικείους του, και την υποβολή αιτήματος για σύγκληση νέου συμβουλίου με άλλα μέλη (εφόσον το κρίνει σκόπιμο για το συμφέρον του ασθενούς), ο ασθενής ή η οικογένειά του προτιμήσει την γνώμη του συμβούλου ή αποκρούσει την σύσταση του νέου συμβουλίου, αφού μετά από αυτήν την εξέλιξη αναγνωρίζεται στον θεράποντα ιατρό το δικαίωμα να αποσυρθεί και να απαλλαγεί οποιασδήποτε περαιτέρω ευθύνης (ήτοι να καταγγείλει την σύμβαση ιατρικής αγωγής κατά την εδώ υποστηριζόμενη άποψη)[211].

Εάν είχαν αλλιώς τα πράγματα, όπως υποστηρίζει η άλλη άποψη, και ο μέχρι εκείνη την ώρα θεράπων ιατρός μπορούσε να συνεχίσει απρόσκοπτα την άσκηση των καθηκόντων του, θα συνέβαιναν τα εξής παράδοξα: i) εάν το πόρισμα του ιατρικού συμβουλίου αφορούσε και την διάγνωση, τότε ο θεράπων ιατρός θα καλείτο να εφαρμόσει μια θεραπεία (είτε αυτή είχε επιλεγεί από το συμβούλιο, είτε όχι) επί μιας διαγνωσθείσας ασθένειας μη υπαρκτής ή διάφορης κατά την επιστημονική άποψη του ιδίου, και ii) θα οδηγούμασταν στην απαλλαγή του θεράποντος ιατρού από την επαγγελματική του ευθύνη μέσω της διαφωνίας του με την επιλεγείσα θεραπευτική

[208] Το ότι ο θεράπων ιατρός αποτελεί πάντα μέλος του ιατρικού συμβουλίου τονίστηκε ήδη στην υποσημείωση 80, βλ. παραπάνω. Η συγκεκριμένη διάταξη ενισχύει την θέση ότι το αναφερόμενο δικαίωμα απόσυρσης του ιατρού ισοδυναμεί με καταγγελία της σύμβασης ιατρικής αγωγής.
[209] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 155.
[210] Και όχι προφανώς καταγγελία υπό αίρεση, διότι τότε θα έπασχε ακυρότητας.
[211] Σε αντίθεση με την διάταξη της §2 του ά. 22 του ΚΙΔ, σε αυτήν την περίπτωση ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να υποστηρίξει την επιστημονική επάρκεια της άποψής του, μη δυνάμενος να αποχωρήσει χωρίς να γνωστοποιήσει και να αιτιολογήσει τις διαφορετικές του απόψεις. Βλ. και Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 228.

μέθοδο (ή την διάγνωση στην οποία θα κατέληγε το ιατρικό συμβούλιο), τουλάχιστον ως προς την de lege artis εφαρμογή των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, σχετικά με την διάγνωση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου (προφανώς και σε αυτήν την περίπτωση απαλλαγή ως προς την de lege artis εφαρμογή της θεραπείας δεν θα επερχόταν). Ο θεράπων ιατρός όμως μέσω της αποδοχής διενέργειας ιατρικής πράξεως με την οποία αρχικώς διαφωνεί σύμφωνα με την επιστημονική του κρίση, τελικώς ουσιαστικά συναινεί και αποδέχεται την σχετική του ευθύνη.

Διαφορετική θεώρηση του ζητήματος θα οδηγούσε στο εξής άτοπο: στην περίπτωση όπου ο θεράπων ιατρός, χωρίς την σύσταση ιατρικού συμβουλίου, θα πρότεινε στον ασθενή δύο θεραπευτικές μεθόδους, χωρίς να επιλέξει ο ίδιος, ή εάν θα πρότεινε μία από τις δύο που θεωρεί (σχεδόν) ισοδύναμες, και ο ασθενής ή οι οικείοι του επέλεγαν την εφαρμογή της (στην δεύτερη περίπτωση της άλλης από αυτήν που πριμοδοτούσε ο ιατρός), τότε θα έπρεπε να δεχθούμε ότι ο ιατρός δεν θα έφερε καμία ευθύνη για πιθανό σφάλμα τουλάχιστον ως προς την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου, παρά μόνο για σφάλμα κατά την εφαρμογή. Κάτι τέτοιο όμως δεν γίνεται δεκτό σε αυτές τις περιπτώσεις, διότι ο ιατρός υπέχει ευθύνη και για τις εσφαλμένες μεθόδους που προτείνει.

Αν ο ασθενής ή οι οικείοι του επιλέξουν να ακολουθήσουν την γνώμη του ιατρικού συμβουλίου θα πρέπει να αποτανθούν σε έναν από τους ιατρούς ή στο σύνολο του λοιπού ιατρικού συμβουλίου ή σε τρίτο ιατρό για την αντιμετώπιση της κατάστασης, χωρίς μάλιστα να απαιτείται η εξουσιοδότηση του πρώην θεράποντος ιατρού, αφού αυτός θα έχει ήδη αποχωρήσει λόγω της διαφωνίας του, καταγγέλλοντας την σύμβασης ιατρικής αγωγής που τον συνέδεε με τον ασθενή (βλ. και §5 του ά. 22 του ΚΙΔ). Ο (πρώην) θεράπων ιατρός δεν θα φέρει ευθύνη απέναντι στον ασθενή, παρά μόνο για τις απολύτως αναγκαίες πράξεις που μπορεί να πρέπει να λάβουν χώρα μέχρι την πραγματική ανάληψη της θεραπείας του ασθενούς από έτερο ιατρό, ο οποίος θα ακολουθήσει την προτεινόμενη-επιλεγείσα μέθοδο (βλ. και ά. 8 παρ. 6 για την υποχρέωση αποτελεσματικής παράδοσης και ά. 9 § του ΚΙΔ περί μη διακοπής παροχής των υπηρεσιών εκ μέρους του ιατρού στην περίπτωση του άμεσου κινδύνου της υγείας ή της ζωής του ασθενούς). Σε περίπτωση αδράνειας του ασθενούς/οικείων και μόνο σε περίπτωση κατεπείγοντος ο ιατρός θα μπορεί να προχωρήσει στις απολύτως αναγκαίες ιατρικές πράξεις, μη δεσμευόμενος (απαραίτητα) από την επιλεγείσα μέθοδο με την οποία έχει διαφωνήσει, δεδομένου

ότι στην περίπτωση επειγουσών περιπτώσεων, όπου υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος για την ζωή ή την υγεία του ασθενούς, δεν απαιτείται η λήψη της συναινέσεως του ασθενούς (ά. 12, §3, ΚΙΔ). Η απαίτηση για ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης απέναντι στον ασθενή με σεβασμό των απόψεών του (ά. 8, §2, ΚΙΔ), δεν μπορεί σε αυτήν την περίπτωση να κάμψει την επιστημονική ελευθερία του ιατρού και το δικαίωμά του για επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου (ά. 3 §§1 και 3 του ΚΙΔ), στην οποία όπως έχουμε ήδη δει συμπεριλαμβάνεται και ο μη εξαναγκασμός του για εφαρμογή θεραπευτικής μεθόδου με την οποία διαφωνεί[212]. Εάν λοιπόν τηρήσει και τις λοιπές προϋποθέσεις, ήτοι εφαρμόσει lege artis επιστημονικά αποδεκτή μέθοδο, η οποία λαμβάνει υπόψιν και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς, τότε δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί ευθύνη του για υποτιθέμενη διενέργεια ιατρικής πράξης χωρίς την αναγκαία συναίνεση. Προφανώς και θα φέρει ακέραια την ευθύνη για την μέθοδο που θα εφαρμόσει, ιδίως δε εάν εφαρμόσει αυτήν που πρότεινε ο ίδιος, αλλά και εκείνης που είχε προτείνει το ιατρικό συμβούλιο και είχε επιλέξει ο ασθενής ή οι οικείοι του, αφού μέσω της εφαρμογής της συναινεί στην επιλογή της. Εφόσον διαφωνούσε, είχε την ελευθερία και δεν έπρεπε να την εφαρμόσει, υπό την επιφύλαξη μόνο του ά. 10 §3 του ΚΙΔ, σχετικά με την αναγνώριση των ορίων των επαγγελματικών του ικανοτήτων.

Σε περίπτωση υπαίτιου ιατρικού λάθους υπόλογοι μπορεί να είναι τόσο ο θεράπων ιατρός όσο και οι σύμβουλοι ιατροί οι οποίοι προέβησαν σε λανθασμένη διάγνωση ή επιλογή θεραπευτικής μεθόδου, οι οποίες ακολουθήθηκαν με βάση το πόρισμα του ιατρικού συμβουλίου, και οι οποίες αποδείχθηκαν επιζήμιες για τον ασθενή[213]. Για αυτό είναι κρίσιμο να κρατώνται γραπτά πρακτικά κατά την συνεδρίαση του ιατρικού συμβουλίου και το πόρισμά του να διατυπώνεται γραπτώς[214], τόσο για λόγους ορθής ενημέρωσης του ασθενούς και των οικείων, όσο και για λόγους αποδεικτικούς σχετικά με τις διατυπωθείσες απόψεις και την διατυπωθείσα επιχειρηματολογία[215]. Υπαίτιοι θα θεωρούνται όσοι το προσυπέγραψαν ή συμφώνησαν με αυτό ρητά ή σιωπηρά (μην εκφράζοντας διαφορετική γνώμη – οι καταγεγραμμένα διαφωνούντες δεν θα ευθύνονται για την διάγνωση ή την εσφαλμένη

[212] Βλ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, ό.π., σελ. 29.
[213] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 156.
[214] Η υποχρέωση κατάθεσης γραπτού πορίσματος στον ασθενή θα μπορούσε να προκύπτει είτε από την καλή πίστη είτε ως παρεπόμενη συμβατική υποχρέωση στο πλαίσιο της συμβατικής υποχρέωσης ενημερώσεως του ασθενούς.
[215] Βλ. και Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 227.

θεραπευτική αγωγή), και μάλιστα εις ολόκληρον σύμφωνα με την ΑΚ 926[216]. Ο βαθμός ευθύνης του καθενός θα είναι πραγματικό ζήτημα και αποτελεί συνάρτηση του βαθμού συσχέτισης με τον τομέα ευθύνης της κάθε ειδικότητας και του βαθμού επιρροής αυτής στην τελική απόφαση που πάρθηκε. Ιατρός που συμμετείχε σε ιατρικό συμβούλιο, μόνο τότε μπορεί να απαλλαγεί, όταν λόγω της ειδικότητάς του δεν ήταν σε θέση να ελέγξει την ορθότητα της διάγνωσης ή/και της θεραπευτικής αγωγής[217]. Αν και οι σύμβουλοι ιατροί συμβάλλονται απευθείας με τον ασθενή, συνήθως του θεράποντος ιατρού ενεργούντος ως άμεσου αντιπροσώπου του ασθενούς, και δεν μπορούν να θεωρηθούν για αυτόν τον λόγο βοηθοί εκπλήρωσης (άλλα ούτε και προστηθέντες) του θεράποντος ιατρού[218], δεν αποκλείεται να αναζητηθούν ευθύνες από αυτόν για τα πρόσωπα που συνέστησε να λάβουν μέρος στο ιατρικό συμβούλιο[219].

[216] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 156. Εις ολόκληρον θα ευθύνονται και με βάση την διάταξη του ά. 8 του ν. 2251/1994. Αντίθετα, υποστηρίζεται, ότι στην ευθύνη του ιατρού με βάση την αυτοτελή και προσωποπαγή ιατρική σύμβαση δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις των ά. 926επ. του ΑΚ για την ευθύνη εις ολόκληρον. Βλ. και Τρούλη Ε., Ερμηνεία ά. 22 του ΚΙΔ, σε Λασκαρίδης Ε. Ι. (επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2012, σελ. 290, υποσημείωση 38. Εντούτοις, θα μπορούσε να αντιταχθεί σε αυτό ότι μεταξύ των ιατρών δημιουργείται μια ιδιότυπη 'κοινωνία', όπου θα μπορούσε να τύχει αναλογικής εφαρμογής η ΑΚ 481.
[217] Βλ. και Τρούλη, Το ιατρικό συμβούλιο, ό.π., σελ. 156-157.
[218] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 154-155.
[219] Βλ. και Τρούλη, ό.π., σελ. 157.

ΣΤ. Ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου και υποκειμενικού / αντικειμενικού χαρακτήρα περιορισμοί

Στην ενότητα αυτή εξετάζονται οριοθετήσεις στην ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου εκ μέρους του ιατρού, οι οποίες μπορεί να προκύπτουν ως αποτέλεσμα δύο εκ διαμέτρου αντίθετων παραγόντων: αφενός του αντικειμενικού παράγοντα (λειτουργία-δόμηση του συστήματος, νομοθετικοί-οργανωτικοί περιορισμοί), αφετέρου του υποκειμενικού παράγοντα, ήτοι ιδιοτήτων που συντρέχουν στο πρόσωπο του ιατρού (επίπεδο γνώσεων, ικανότητας, συγκεκριμένης εξειδίκευσης), καθώς και των σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στους ιατρούς και τους λοιπούς δρώντες του συστήματος υγείας.

Αντικειμενικού[220] χαρακτήρα περιορισμοί

α) Ελλείψεις του συστήματος

Στο πλαίσιο ενός οργανωμένου συστήματος, όπου παρουσιάζονται ολοένα αυξανόμενες ανάγκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, υπάρχει ανάγκη για ενίσχυση των παρεχόμενων πόρων, σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού, υποδομών, φαρμάκων και υγειονομικού υλικού[221]. Εντούτοις, αν και όχι μόνο, στην ελληνική πραγματικότητα παρατηρούνται φαινόμενα υποστελέχωσης των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τον αυξημένο φόρτο εργασίας των ιατρών και την επαγγελματική τους εξουθένωση[222].

---

[220] Σε αυτό το σημείο πρέπει να γίνει η επισήμανση ότι η χρήση του συγκεκριμένου όρου πιθανότατα είναι ελαφρώς παραπλανητική, διότι οι δαπάνες και η οργάνωση του συστήματος υγείας δεν προέρχονται εξ αποκαλύψεως, αλλά αποτελούν πολιτική απόφαση του Κράτους ή ιδιωτική επιχειρηματική επιλογή, με συγκεκριμένα κριτήρια βιωσιμότητας. Η χρήση του όρου λοιπόν έχει να κάνει περισσότερο με το γεγονός ότι οι προβλεπόμενοι «αντικειμενικοί» περιορισμοί επιβάλλονται στον ιατρό και δεν αποτελούν προσωπική υποκειμενική στάση του. Για τον σχετικό προβληματισμό, βλ. και Ράβδας – Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 34.

[221] Για αναλυτικότερη παρουσίαση των πόρων του συστήματος, βλ. και Ράβδας Π. – Καπαρτζιάνη Χ., Ερμηνεία ά. 4 του ΚΙΔ, σε Βιδάλης Τ. Κ. κ.α. (επιμ.), Ιατρική Δεοντολογία, ό.π., σελ. 33.

[222] Βλ. και Παπαπαναγιώτου Χ. Π., Το ιατρικό σφάλμα ως προϋπόθεση της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού: εξέταση του ζητήματος μέσω τυπολογίας περιπτώσεων, (διπλωματική εργασία στο πλαίσιο του ΠΜΣ Α΄ Ιδιωτικού Δικαίου της Νομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών), ΕΚΠΑ – Πέργαμος (ηλεκτρονικό αποθετήριο διπλωματικών εργασιών), Αθήνα, 2018, σελ. 98-99, και τα εκεί παρουσιαζόμενα στοιχεία από έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών ανά ειδικότητα, εξουθένωση που οδηγεί αναπόφευκτα και σε περισσότερα ιατρικά σφάλματα.

Το παραπάνω στοιχείο, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις στο αναγκαίο υγειονομικό υλικό και τους επιβαλλόμενους από την νομοθεσία περιορισμούς[223], αλλά και την ανάγκη υπακοής των ιατρών στις επιταγές του ά. 4 §1 περί ίσης κατανομής των πόρων του συστήματος[224], είναι πιθανό να οδηγήσουν σε περιορισμό των θεραπευτικών επιλογών των ιατρών, προκειμένου να μπορέσει να ανταπεξέλθει το σύστημα στις αυξημένες ανάγκες που παρουσιάζονται.

β) Νομοθετικοί-οργανωτικοί περιορισμοί

Η ολοένα μεγαλύτερη ανάμειξη του Κράτους μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο σε νευραλγικούς τομείς της καθημερινής ζωής, όπως η υγεία των πολιτών, με σκοπό την διασφάλιση στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οδήγησε σε συνταγματική κατοχύρωση ενός υψηλού επιπέδου υγείας για όλους τους πολίτες. Στο ελληνικό Σύνταγμα αυτή η πρόθεση της ελληνικής πολιτείας να αναλάβει / διαχειριστεί αυτήν την ανάγκη, αποτυπώνεται στα ά. 2 §1 (για την προστασία της ανθρώπινης αξίας), στο ά. 4 (περί ισότητας των πολιτών), στο ά. 5 §§1 και 5 (για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, αλλά και την προστασία της υγείας των πολιτών), στο ά. 21 §3 (η υγεία των πολιτών ως μέριμνα του κράτους), και στο ά. 22 §5 (η κοινωνική ασφάλιση ως κρατική μέριμνα).

Η αναμφισβήτητα αναγκαία καθολικότητα του δικαιώματος στην προστασία της υγείας των πολιτών όμως, και μάλιστα σε υψηλό επίπεδο, η οποία εξασφαλίζεται με την θέση ως μόνου κριτηρίου της χρήσης των υπηρεσιών υγείας την πραγματική ανάγκη του πολίτη για υγειονομική φροντίδα[225], μοιραία βρίσκει τα όρια της στο

[223] Για τους οποίους βλέπε αμέσως παρακάτω.

[224] Πάντως υποστηρίζεται ότι η ανισοκατανομή των διαθέσιμων πόρων δεν είναι αθέμιτη, με την έννοια ότι η §1 του ά. 4 δεν στερεί από τον ιατρό το δικαίωμα να επιλύει με καθαρά επιστημονικά κριτήρια αποτελεσματικότητας το δίλημμα διάθεσης των τυχόν περιορισμένων πόρων υπέρ των ασθενών με καλύτερη πρόγνωση, ακόμα κι αν αυτό έχει ως αποτέλεσμα μειωμένους πόρους για ασθενείς με χειρότερη πρόγνωση. Βλ. και Ράβδας – Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 34. Το κατά πόσο είναι δυνατό να γίνει δεκτή μια τέτοια άποψη, ενόψει της συνταγματικής επιταγής του ά. 2 περί απόλυτης προστασίας της ανθρώπινης αξίας είναι συζητήσιμο. Πάντως στην ιατρική πρακτική, και δη σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, αυτή η ανισοκατανομή φαίνεται να είναι ο κανόνας. Η Φουντεδάκη πάντως αρνείται την δυνατότητα στάθμισης της ζωής και της υγείας ενός ασθενούς με εκείνα ενός άλλου ασθενούς και την λειτουργία αυτής της σύγκρισης ως κριτήριο επιλογής. Βλ. και Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σελ. 380-381.

[225] Σχετική είναι και η πρόβλεψη του ά. 33 του ν. 4368/2016, όπως ισχύει μετά και το ά. 104 του ν. 4600/2019, καθώς και η ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016, οι οποίες αφορούν την ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

πεπερασμένο των πόρων[226] που υπάρχουν στο σύστημα και την ανάγκη δίκαιης κατανομής αυτών. Το πεπερασμένο των πόρων του συστήματος αναγνωρίζεται ρητά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, τόσο στο ά. 4 §1 (περί υποχρέωσης του ιατρού να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων), όσο και στο ά. 4 §§2 και 3 (περί ελαχιστοποίησης της σπατάλης πόρων και διενέργειας μόνο των αναγκαίων πράξεων, σύμφωνα με το όφελος του συγκεκριμένου ασθενούς), αλλά και στο ά. 20 §2 (περί υποχρέωσης του ιατρού τήρησης των Κανονισμών υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών).

Ειδικά τα τελευταία χρόνια έχουν λάβει και στην χώρα μας συστηματικές προσπάθειες περιορισμού των δαπανών υγείας (για την ακρίβεια σπατάλης πόρων), μέσω μεταρρυθμιστικών δράσεων, θεσμικού ή καθαρά δημοσιονομικού χαρακτήρα. Με τον ν. 4238/2014, δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας[227], ο οποίος διαμόρφωσε ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας[228]. Με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ[229] καθορίζονται ενιαία οι παροχές υγείας σε είδος, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους και προσδιορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών αυτών και ο τρόπος κάλυψης των δαπανών. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται με τον εν λόγω Κανονισμό απευθύνονται στο σύνολο των ιατρών, ανεξαρτήτως ιδιότητας ιδιώτη ή νοσοκομειακού ιατρού (βλ. και ά. 1§5 του ΚΙΔ σε σχέση με την ενιαία αντιμετώπιση των υποχρεώσεων των ιατρών), κατά την διενέργεια των διαφόρων ιατρικών πράξεων (διαγνωστικές εξετάσεις, συνταγογράφηση φαρμάκων, κλπ.). Συναφείς είναι και οι περιορισμοί που επιβάλλονται και με άλλες σχετικές νομοθετικές διατάξεις. Ενδεικτικά, στο ΠΔ 121/2008 όπως ισχύει, επιβάλλονται περιορισμοί κατά την συνταγογράφηση, ενώ με το ά. 12 του Ν. 3816/2010, όπως ισχύει, θεσπίστηκε (εκ νέου) θετική λίστα των

---

[226] Νοούμενων τόσο ως προς το διαθέσιμο δυναμικό, όσο και ως προς τις δομές και την χρηματοδότηση του συστήματος.

[227] Ο ΕΟΠΥΥ είχε αρχικά συσταθεί με τον ν. 3918/2011, ως κοινωνικοασφαλιστικός οργανισμός παροχών υγείας, ο οποίος ενσωμάτωνε τους κλάδους υγείας διαφόρων ασφαλιστικών οργανισμών. Με τον ν. 4238/2014 ο ΕΟΠΥΥ μετεξελίχθηκε σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, από ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, πρακτικώς από όλες τις μονάδες υγείας της χώρας που συμβάλλονται μαζί του, σε μια προσπάθεια ενιαιοποίησης του πλαισίου στο τομέα της παροχής των υπηρεσιών υγείας και διασύνδεσής του με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (την δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη δηλαδή).

[228] Δεδομένου ότι, όπως έγινε ήδη αναφορά παραπάνω η παροχή υπηρεσιών υγείας επεκτάθηκε και σε όλους τους ανασφάλιστους. Βλ. ά. 33 του ν. 4368/2016, όπως ισχύει.

[229] Ο ισχύων Ενιαίος Κανονισμός αποτυπώνεται στην ΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/ΦΕΚ Β΄ - αρ. 4898/1-11-2018, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει από την ΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 2918/ ΦΕΚ Β΄ - αρ. 889/14-3-2019.

συνταγογραφούμενων φαρμάκων, πέραν από την οποία οι ιατροί δεν νομιμοποιούνται να συνταγογραφήσουν. Επιπλέον, με τον νόμο 3892/2010 τέθηκε σε εφαρμογή η διαδικασία ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (για φάρμακα ή παραπομπή σε εξετάσεις), ενώ με τους ν. 4052/2012 και 4093/2012 προβλέφθηκε η συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία[230,231,232]. Τέλος, με την ΥΑ του υπουργείου Υγείας υπ' αρ. Γ3γ/οικ. 28501 (ΦΕΚ Β΄΄ 1115/19-6-2016) με την οποία τροποποιείται η ΥΑ υπ' αρ. Υ9/οικ.70521/14−8−2014 (ΦΕΚ Β΄ 2243/18−8−2014) επιβάλλονται περιορισμοί στις συνταγογραφούμενες εξετάσεις ανά ιατρική ειδικότητα και ανά συνταγή[233].

Αποτέλεσμα των ως άνω νομοθετικών/ρυθμιστικών πρωτοβουλιών ήταν να τεθούν σε ισχύ διαδικαστικοί (π.χ. χαρακτηρισμός ενός φαρμάκου ως αναντικατάστατου με ειδική αιτιολόγηση από τον θεράποντα ιατρό προκειμένου αυτό να χορηγηθεί κατόπιν εγκρίσεως από ειδική Επιτροπή) και ουσιαστικοί περιορισμοί (π.χ. μη συνταγογράφηση σκευασμάτων που υπερβαίνουν μια ορισμένη ποσότητα, μη κάλυψη ορισμένων μορφών θεραπείας, κλπ.). Σκοπός των διατάξεων αυτών ήταν να αντιμετωπιστούν και δύο φαινόμενα που ταλανίζουν τα συστήματα υγείας: αφενός, την προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, αφετέρου την αμυντική ιατρική[234]. Η προκλητή ζήτηση δημιουργείται ως αποτέλεσμα της ασύμμετρης πληροφόρησης που

---

[230] Δραστική ουσία είναι η κύρια θεραπευτική ουσία του φαρμάκου. Έτσι, οι ιατροί ωθούνται να συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα, τα οποία είναι νόμιμα «αντίγραφα» αρχέτυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ως γενόσημο θεωρείται ένα φάρμακο με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, την ίδια φαρμακοτεχνική μορφή με το φάρμακο αναφοράς, του οποίου η βιοϊσοδυναμία με το φάρμακο αναφοράς έχει αποδειχθεί βάσει κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας. Βλ. και ά. 10 της ΚΥΑ υπ' αρ. ΔΥΓ3α/οικ.82161 (ΦΕΚ Β' 2374/24.08.2012) για την έννοια του γενόσημου φαρμάκου. Ο ιατρός συνταγογραφεί το φάρμακο ως θεραπευτική σύνθεση και δεν το γνωρίζει στον φαρμακοποιό ως εμπόρευμα.

[231] Με την ΥΑ 46453 ΕΜΠ4 (6) – ΦΕΚ Β΄ 3057/18.11.2012 προβλέπονται βέβαια και εξαιρέσεις για συγκεκριμένες παθήσεις. Κριτήριο είναι τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης, περιπτώσεις αλλεργικών αντιδράσεων και όπου η υποκατάσταση και η ανταλλαγή δεν είναι ουσιαστική και επιστημονικά ορθή (π.χ. εμβόλια) σε όριο του 15% των συνταγών που υπογράφει ο ιατρός. Βλ. και ΥΑ Γ5(α)/70068 (ΦΕΚ Β΄/2332//30.10.2015) σχετικά με τους νέους στόχους ελάχιστης συνταγογράφησης γενοσήμων.

[232] Βλ. για αντίστοιχους περιορισμούς στην Γαλλία και την Γερμανία, Παπαδόπουλος – Ζαφειροπούλου, ό.π., σελ. 39, και Πολίτης Χ. Τ., Δραστική ουσία – Η υποκατάσταση γενόσημων φαρμάκων – Επιπτώσεις για την δημόσια υγεία και ιατρική ευθύνη (ΙΙ), ΕΙΔ 2/2013, σελ. 289.

[233] Ειδικά στον τομέα των φαρμάκων, η δυνατότητα επιβολή περιορισμών στην θεραπεία που θα επιλέξει ο ιατρός, υπό την μορφή της περιορισμένης κάλυψης της σχετικής δαπάνης από το δημόσιο έχει αναγνωρισθεί και σε επίπεδο ΕΕ. Σχετική είναι η οδηγία 89/105/ΕΚ όπως ισχύει, με την οποία αναγνωρίσθηκε η δυνατότητα του εθνικού νομοθέτη να καθορίζει με βάση αντικειμενικά και επαληθεύσιμα κριτήρια τα φαρμακευτικά είδη των οποίων η δαπάνη δύναται να καλύπτεται από το ασφαλιστικό σύστημα υγείας του Δημοσίου. Βλ. και Πετρόπουλος Β., Ερμηνεία ά. 20 του ΚΙΔ, σε Λασκαρίδης Ε. Ι. (επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2012, σελ. 260.

[234] Βλ. και Παπαδόπουλος – Ζαφειροπούλου, ό.π., σελ. 39-41.

υπάρχει μεταξύ ιατρού και ασθενούς, όπου ο ιατρός είναι ταυτόχρονα και «προμηθευτής» των υπηρεσιών υγείας, αλλά και εκείνος που αποφασίζει ποιες υπηρεσίες θα «καταναλώσει» ο ασθενής[235]. Πιο μεγάλο εμφανίζεται το πρόβλημα όταν το θέμα τίθεται σε επίπεδο μονάδας υγείας, όπου είτε η πρόθεση κερδοσκοπίας (για τις ιδιωτικές κλινικές), είτε λόγοι διεκδίκησης αυξημένων κονδυλίων (για τις δημόσιες δομές), μπορούν να εντείνουν τέτοια φαινόμενα[236]. Στην αμυντική ιατρική, ο ιατρός υπό τον φόβο ενδεχόμενων νομικών αξιώσεων εναντίον του προς κατοχύρωση της προσωπικής του νομικής προστασίας σε περίπτωση αρνητικής εξέλιξης της υγείας του ασθενούς, προβαίνει σε άσκοπη χρήση ιατρικών μέσων (π.χ. περιττές διαγνωστικές εξετάσεις, συνταγογράφηση μη απαραίτητων φαρμάκων, εισαγωγές στο νοσοκομείο χωρίς πραγματική αιτία, κλπ.)[237].

Πώς όμως όλοι αυτοί οι περιορισμοί και η θεσμοθετημένη με τον ΚΙΔ υποχρέωση των ιατρών για αποφυγή της σπατάλης πόρων με την διενέργεια μόνο των απαραίτητων ιατρικών πράξεων και την ίση κατανομή των πόρων, μπορεί να συμβαδίσει αρμονικά με την διάταξη του ά. 3 §3 του ΚΙΔ (περί άσκησης της ιατρικής με ελευθερία, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης, και το δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου);

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας φαίνεται να υιοθετεί το κριτήριο της αποτελεσματικότητας της ιατρικής πράξης, δηλαδή την αξιολόγηση αυτής με βάση την θετική της επίδραση στην υγεία του συγκεκριμένου ασθενούς, μέσω των διαδικασιών της βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης (βλ. και ά. 3 §3 περ. γ΄ του ΚΙΔ)[238]. Η ηθική και νομική υποχρέωση που απευθύνεται στον ιατρό σχετικά με την μη σπατάλη των πόρων του συστήματος υγείας, συναντά το υποκειμενικό όριο της στο όφελος του συγκεκριμένου ασθενούς, η προστασία της υγείας του οποίου

[235] Στο άρθρο 2 περ. 13 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)» ως «προκλητή ζήτηση» για την χορήγηση φαρμάκων, για σκευάσματα ειδικής θεραπευτικής διατροφής, για την παραπομπή για διαγνωστικές εξετάσεις και διαγνωστικές θεραπευτικές ιατρικές πράξεις και άλλα ιατροτεχνολογικά θεραπευτικά μέσα πρόσθετης περίθαλψης, νοείται η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας του ασθενή. Πρόκειται, όπως καταλαβαίνει κανείς, για έναν εξαιρετικά ευρύ ορισμό. Βλ. και ΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/ΦΕΚ Β΄ - αρ. 4898/1-11-2018, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει από την ΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 2918/ ΦΕΚ Β΄ - αρ. 889/14-3-2019.

[236] Βλ. και Παπαδόπουλος – Ζαφειροπούλου, ό.π., σελ. 40.

[237] Βλ. και Ράβδας – Καπαρτζιάνη, σελ. 39.

[238] Διαφορετική είναι η έννοια της αποδοτικότητας, όπου εκεί κρίσιμος παράγοντας για την αξιολόγηση της ιατρικής πράξης είναι το κόστος της παροχής φροντίδας σε συνάρτηση με το αποτέλεσμά της. Βλ. και Ράβδας – Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 38.

πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τον ιατρό (βλ. και ά. 9 §1 ΚΙΔ)[239]. Η κρίση περί της αναγκαιότητας μιας ιατρικής πράξης παραμένει καθήκον, αλλά και δικαίωμα του ηθικά και επιστημονικά ανεξάρτητου ιατρού, στο πλαίσιο των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων που αφορούν την ειδικότητά του, της διοίκησης μη δυναμένης να παρεμβαίνει στην διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία[240]. Αν και η ευθύνη για την αποδοτική χρήση των πόρων υγείας δεν βαρύνει πρωτίστως τον ιατρό, αλλά τα διοικητικά στελέχη, οι §§2 και 3 του ά. 4 του ΚΙΔ επιτάσσουν την συμβολή του ιατρού στην βελτίωση της (οικονομικής) αποδοτικότητας, χωρίς να υποβαθμίζεται η (ιατρική) αποτελεσματικότητα.

Τούτο σημαίνει ότι το Κράτος και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί[241] υποχρεούνται να παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, οι οποίες πρέπει να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες διαγνώσεως και θεραπείας των σχετικών παθήσεων, με φαρμακευτικές ή χειρουργικές μεθόδους, και γενικώς τις ανάγκες νοσηλείας τους. Οι τυχόν νομοθετικοί περιορισμοί δεν πρέπει να οδηγούν σε ανατροπή του δικαιώματος προστασίας της υγείας, δικαίωμα που ούτως ή άλλως κατοχυρώνεται και σε ευρωπαϊκά κείμενα (ΕΣΔΑ – ν.δ. 53/1974 και Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης – ω. 1426/1984)[242].

Τι θα πρέπει όμως πρακτικά να κάνει ο ιατρός στην περίπτωση που κρίνει ότι πρέπει να συνταγογραφήσει το χ σκεύασμα ή να ακολουθήσει την χ θεραπεία, εντούτοις ο Κανονισμός του ΕΟΠΥΥ δεν του το επιτρέπει είτε άμεσα, μέσω της απειλής με πειθαρχικές κυρώσεις, είτε έμμεσα με την μη κάλυψη της σχετικής δαπάνης; Ή τι θα πρέπει να κάνει ο ιατρός όταν έχει να επιλέξει μεταξύ δύο εξίσου αποτελεσματικών θεραπειών, όπου όμως η μία εμφανίζει άμεσα θετικά αποτελέσματα, αλλά είναι κατά πολύ ακριβότερη, ενώ η άλλη, αν και εξίσου αποτελεσματική, χρειάζεται περισσότερο χρόνο να αποδώσει; Δεν είναι πιθανό λόγω των αυξημένων περιορισμών να υποσκάπτεται η εκπλήρωση της υποχρέωσης του

---

[239] Αντίστοιχη και εναρμονισμένη με την διάταξη του ά. 9 §1 του ΚΙΔ είναι και η διάταξη της §1 του ά. 20 του ΚΙΔ. Η εν λόγω υποχρέωση είναι θεμελιώδης για όλους τους ιατρούς, ανεξαρτήτως του πλαισίου άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος. Βλ. και Κυριακάκη Ε. Ν., Ερμηνεία ά. 20 του ΚΙΔ, σε Βιδάλης Τ. Κ.-Παπαχρίστου Θ. Κ. (επιμ.), ό.π., σελ. 203-204.

[240] Βλ. και Ράβδας– Καπαρτζιάνη, ό.π., σελ. 39.

[241] Οι οποίοι αποτελούν και τους κύριους χρηματοδότες του συνόλου του ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο είναι μεικτό, αποτελούμενο τόσο από ιδιώτες ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές, όσο και από τα ιατρεία των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων και τα δημόσια νοσοκομεία.

[242] Βλ. και ΣτΕ 1187/2009, Αρμ 2009, σελ. 1408, καθώς και την ΣτΕ 2738/2006, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, αναφερόμενες σε Πετρόπουλος, ό.π., σελ. 261.

ιατρού για την παροχή της καταλληλότερης θεραπείας βάσει της επιστημονικής του κρίσης;

Γενικά δεν αμφισβητείται η δυνατότητα του νομοθέτη ή της κανονιστικώς δρώσας διοίκησης να εισάγει γενικούς και αντικειμενικούς περιορισμούς για λόγους βιωσιμότητας του συστήματος, αρχή που εναρμονίζεται και με την γενική αρχή του δικαίου 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 χωρίς όμως να υπερβαίνουν το αναγκαίο μέτρο[243], γίνεται δεκτό όμως ότι οποιοσδήποτε, νομοθετικά ή με αποφάσεις της διοίκησης των ασφαλιστικών οργανισμών, τιθέμενος περιορισμός, ο οποίος προκαλεί αδυναμία του ιατρού να χορηγήσει την ενδεδειγμένη κατά την άποψή του θεραπεία, δεν δικαιολογείται κατ' αρχήν, εφόσον επιφέρει βλάβη ή επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, διότι το έννομο αγαθό της ζωής και της υγείας τίθεται τόσο υψηλά από την έννομη τάξη, ώστε να μην γίνονται αποδεκτοί περιορισμοί που οδηγούν σε τέτοιου είδους συνέπειες[244,245]. Κατά συνέπεια, ο ιατρός καλείται να ισορροπήσει σε ένα δίπολο, ανάμεσα στο συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς που έχει μπροστά του, αλλά και στην βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, η διατήρηση της οποίας θα επιτρέψει την παροχή αξιόπιστων υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασθενείς (και τους δυνητικά ασθενείς). Η ενιαιοποίηση του συστήματος κάλυψης των παροχών υγείας με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, επέκτεινε την υποχρέωση τήρησης των Κανονισμών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους ιατρούς, ασχέτως του τρόπου άσκησης του επαγγέλματός τους[246]. Έτσι, αν μια θεραπεία κρίνεται προς το συμφέρον του ασθενούς χωρίς να προβλέπεται από τον Κανονισμό του ΕΟΠΥΥ, ο ιατρός δεσμεύεται από τον Κανονισμό και οφείλει να απόσχει από αυτήν , ενημερώνοντας τον ασθενή. Σε περίπτωση αμφιβολίας ο ιατρός πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι

---

[243] Βλ. και Πετρόπουλος, ό.π., σελ. 263.

[244] Βλ. και ΟλΣτΕ 1187/2009.

[245] Προς επίρρωση των παραπάνω, σε εξατομικευμένες υποθέσεις παροχής υπηρεσιών υγείας από δημόσιους οργανισμούς, τα δικαστήρια τείνουν να προτάσσουν την αποτελεσματικότητα έναντι οικονομικών παραμέτρων της επιλογής συγκεκριμένης θεραπείας. Βλ. και Παπαδόπουλος – Ζαφειροπούλου, ό.π., σελ. 39-40, και την εκεί αναφερόμενη γαλλική νομολογία, καθώς και την σχετική απόφαση του ΣτΕ 2609/2004, όπου κρίθηκε ότι για την στοιχειοθέτηση της κατάχρησης ιατρικών επισκέψεων, ειδικών θεραπειών, παρακλινικών εξετάσεων και συνταγογράφησης φαρμάκων, απαιτείται η αιτιολογημένη διακρίβωση κατόπιν ελέγχου, εάν και ποιες συγκεκριμένες εκ των ιατρικών επισκέψεων και παρακλινικών εξετάσεων δεν ήταν αναγκαίες και επιβεβλημένες.

[246] Θα πρέπει να τονιστεί βέβαια ότι το πλαίσιο δεν είναι τόσο ασφυκτικό, όταν πρόκειται περί ιδιώτη ιατρού, ο οποίος απευθύνεται σε ασθενή ο οποίος προτίθεται να καλύψει με ίδιες δαπάνες το σύνολο του κόστους της ιατρικής συνδρομής (θεραπειών, κλπ.).

ενδεχομένως δεν υφίσταται (κοινωνικοασφαλιστική) κάλυψη, ώστε να αποφασίσει εκείνος αν θα κάνει χρήση αυτής και θα αναλάβει ο ίδιος την οικονομική επιβάρυνση. Αν ο ασθενής επιλέξει παροχές ασθενείας κατά παρέκκλιση ή καθ' υπέρβαση των χορηγούμενων από την κείμενη νομοθεσία, οφείλει ο ίδιος να καταβάλει την σχετική δαπάνη[247,248]. Μία ενδεχομένως εξαίρεση θα πρέπει να αναγνωριστεί: σε περίπτωση επείγοντος, όπου δεν μπορεί να λάβει χώρα ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς (ά. 9 §3 και 12 §3 του ΚΙΔ), ο ιατρός δεν μπορεί να δεσμεύεται από τυχόν ασφυκτικούς περιορισμούς στην διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία που μπορεί να σώσει την ζωή ενός ασθενούς. Ο ιατρός θα πρέπει να επιλέξει την βέλτιστη επιλογή για το συμφέρον του ασθενούς. Το ποιος θα επωμιστεί μετά το κόστος δεν μπορεί να είναι ζήτημα που μπορεί να πραγματευτεί ο ιατρός την κρίσιμη εκείνη ώρα.

Προκύπτει λοιπόν ότι οι τιθέμενοι κανόνες και περιορισμοί σκοπούν στην επιβεβαίωση της ορθής κρίσης του ιατρού ως προς την αναγκαιότητα της επιλεγείσας θεραπείας[249]. Για τον λόγο αυτό άλλωστε υπάρχουν στο σύστημα και δικλείδες ασφαλείας, ώστε σε περίπτωση πραγματικής ανάγκης να παρέχεται η σχετική κάλυψη[250].

Ειδικά ως προς τους επιβαλλόμενους περιορισμούς κατά την συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία όμως, υποστηρίζεται ότι ο περιορισμός αυτός του δικαιώματος του ιατρού να διαθέτει φάρμακα μπορεί να επενεργήσει αρνητικά στην ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης, το κόστος των φαρμάκων, την ασφάλεια, την διαθεσιμότητα των φαρμακευτικών προϊόντων και την συμμόρφωση του ασθενούς, αποτελώντας παράλληλα τροχοπέδη στην ελευθερία επιλογής του ιατρού. Υποστηρίζεται ακόμα ότι η αξιολόγηση των αρμόδιων αρχών για την θεραπευτική ισοδυναμία των φαρμάκων δεν απαλλάσσει τους ιατρούς από την επαγγελματική τους ευθύνη κατά την συνταγογράφηση. Δεδομένου ότι τα χαρακτηριστικά ενός ειδικού προϊόντος, εκτός των ενεργών συστατικών του, σε πολλές περιπτώσεις είναι σημαντικά για την θεραπεία ενός συγκεκριμένου ασθενούς, αρμόζει στον ιατρό η εξειδίκευση αυτού του προϊόντος[251].Συνεπώς, υποστηρίζεται ότι το μέτρο της

[247] Βλ. και Κυριακάκη, ό.π., σελ. 204-205.
[248] Βλ. και Πολίτης Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, σελ. 29-30.

[249] Βλ. και Πετρόπουλος, ό.π., σελ. 264-265.
[250] Για τον σχετικό προβληματισμό, βλ. και Πετρόπουλος, ό.π., σελ. 264.
[251] Βλ. και Πολίτης Χ. Τ., Δραστική ουσία – Η υποκατάσταση γενόσημων φαρμάκων – Επιπτώσεις για την δημόσια υγεία και ιατρική ευθύνη (ΙΙ), ΕΙΔ 2/2013, σελ. 289-290.

συνταγογράφησης μόνο της δραστικής ουσίας, με ποινή για τον ασθενή την επιβάρυνση του 50% αν χρησιμοποιήσει φάρμακο εμπορικής ονομασίας φαίνεται να προσκρούει στην αρχή της αναλογικότητας, επειδή η προσβολή της δημόσιας υγείας είναι προφανώς δυσανάλογη σε σύγκριση με την όποια επιδιωκόμενη εξοικονόμηση δαπανών[252]. Η εν λόγω άποψη καταλήγει ότι η λύση του Έλληνα νομοθέτη προσβάλλει την συνταγματικά κατοχυρωμένη ελευθερία της θεραπευτικής επιλογής, διότι παρεμβαίνει βίαια στην σχέση ιατρού – ασθενούς, αφού ο ασθενής δεν εξαρτάται πλέον από το φάρμακο του ιατρού στον οποίο έχει εμπιστοσύνη, αλλά από το φθηνότερο γενόσημο άγνωστης παραγωγής. Προσβάλλεται έτσι βάναυσα το έργο του ιατρού, γιατί ο ιατρός χάνει την θεραπευτική επιλογή, μεταξύ δύο ισοδύναμων διαγνωστικών ή θεραπευτικών προσεγγίσεων και στην συγκεκριμένη περίπτωση, χάνει την δυνατότητα να επιλέγει εκείνος φάρμακο της επιλογής του[253,254]. Η άποψη αυτή καταλήγει να υποστηρίζει πως αν ο φαρμακοποιός αλλάξει την συνταγογράφηση με το φθηνότερο γενόσημο, την ευθύνη ακέραια φέρνει ο φαρμακοποιός και όχι ο ιατρός για οποιαδήποτε ανεπαρκή δράση, συμβάν, ανεπιθύμητη ενέργεια ή αλληλεπιδράσεις[255].

Τούτο δεν μπορεί να γίνει δεκτό. Σε κάθε περίπτωση δεν αλλάζει το μέτρο της απαιτούμενης επιμέλειας που πρέπει να επιδείξει ο ιατρός, το οποίο προσδιορίζεται από τις ΑΚ 330, 281, 288 και την διάταξη της §3 του ά. 2 του ΚΙΔ, το οποίο απαιτεί την de lege artis παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή με βάση τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τις αντικειμενικές περιστάσεις και το συμφέρον του ασθενούς[256]. Ιατρικά δυνατές, αλλά εξαιρετικά δυσβάσταχτες από οικονομικής πλευράς μαξιμαλιστικές διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι, δεν αποτελούν το

---

[252] Βλ. και Πολίτης, ό.π., σελ. 299.
[253] Βλ. και Πολίτης, ό.π., σελ. 289.
[254] Υποστηρίζεται ότι η εθνική και κοινοτική έννομη τάξη φέρεται εσχάτως να προτάσσει την μείωση της φαρμακευτικής περίθαλψης έναντι του απόλυτου χαρακτήρα της επιστημονικής ελευθερίας του συνταγογραφούντος ιατρού και κυρίως έναντι του υψηλού επιπέδου υγείας του πολίτη. Η θέση της νομολογίας του ΔΕΚ (C—62/09), ότι δεν ελλοχεύει κίνδυνος για το υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας, εφόσον ο ιατρός «δεν συνταγογραφεί ορισμένο φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα, εάν αυτό δεν είναι κατάλληλο για την θεραπευτική αγωγή του ασθενούς, και τούτο ανεξαρτήτως του εάν για την συνταγογράφηση αυτού του σκευάσματος παρέχονται οικονομικά κίνητρα από το κράτος» - σκέψη 40, δεν αναιρεί το γεγονός ότι ευθέως ή με υπολανθάνοντα τρόπο υπεισέρχονται οικονομικοί παράγοντες στην διαμόρφωση της συνταγογράφησης του ιατρού. Βλ. και Κίτσιου Ε., Τα κοινοτικά κριτήρια επιλογής από τον ιατρό του συνταγογραφούμενου φαρμάκου στο πλαίσιο του εξορθολογισμού των δημόσιων δαπανών για την υγεία, ΘΠΔΔ, τ. 3/2011, σελ. 318-320.
[255] Βλ. και Πολίτης, Χ. Τ., Γνωμοδότηση υπ' αρ. 1177/4.12.2012 σχετικά με την συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα www.harrispolitis.gr, 2012, σελ. 23 (εκτυπωμένου κειμένου).
[256] Βλ. και Κυριακάκη, ό.π., σελ. 205.

απαιτούμενο μέτρο ευθύνης ούτε στο αστικό ούτε στο ποινικό δίκαιο[257]. Συνεπώς, ο ιατρός σε κάθε περίπτωση, ειδικώς ως προς τα διαθέσιμα στην αγορά φάρμακα, θα πρέπει να γνωρίζει τις φαρμακολογικές ιδιότητες και τις πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων που επιτρέπεται να συνταγογραφήσει με βάση την ειδικότητά του, ώστε να δύναται να επισημάνει ενδεχόμενο κίνδυνο στον ασθενή ή τον φαρμακοποιό από την λήψη κάποιου συγκεκριμένου φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος, ώστε να αποφευχθεί η χορήγησή του[258], κάνοντας χρήση τότε των ασφαλιστικών δικλείδων-ειδικών εξαιρέσεων που παρέχει το θεσμοθετημένο σύστημα.

Υποκειμενικού χαρακτήρα περιορισμοί

α) Επάρκεια γνώσεων του ιατρού

Σύμφωνα με το ά. 3 §2 του ΚΙΔ ο ιατρός, μεταξύ άλλων, ενεργεί και με βάση την εκπαίδευση που έχει λάβει κατά την διάρκεια των σπουδών του, την άσκησή του για την απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας και την συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, αλλά και την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής. Την υποχρέωση του ιατρού για συνεχιζόμενη δια βίου εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του, του 'υπενθυμίζει' και η §1 του ά. 10 του ΚΙΔ. Η υποχρέωση αυτή του ιατρού καταλαμβάνει και τις κλινικές δεξιότητες (§2 ά. 10 ΚΙΔ).

---

[257] Βλ. και Πολίτης, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ό.π., σελ. 29-30, ο οποίος παραπέμπει στον Roxin. Η νομολογία στην Γερμανία έχει αναγνωρίσει την πρωταρχική αναγκαιότητα οι οικονομικές παράμετροι να λαμβάνονται υπόψη στην ιατρική σκέψη, με την στάθμιση όλων των σχετικών παραγόντων και εν γένει ορίων στο σύστημα της νοσοκομειακής περίθαλψης, ιδίως όταν υπάρχουν περιορισμοί στην χρηματοδότηση και στους προϋπολογισμούς. Αυτά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την κρίση του μέτρου επιμέλειας σε κάθε βιοτική περίπτωση. Σύμφωνα με το ανώτατο γερμανικό ακυρωτικό δικαστήριο οι νόμιμοι ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν είναι υποχρεωμένοι από το Σύνταγμα να παρέχουν τα πάντα, όσα είναι δυνατόν να διατεθούν ως μέσα για την διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας, αλλά μόνο ανεκτές ή λογικές απαιτήσεις. Στο πλαίσιο της αντικειμενικοποιημένης έννοιας της αμέλειας στο αστικό δίκαιο μπορεί εν γένει να μην έχει επίπτωση ότι υπάρχουν ελλείψεις είτε λόγω φορολογίας είτε ελλείψεων σε χώρους ή προσωπικό, τα οποία οδηγούν σε παρεμπόδιση τήρησης των προτύπων επιβαλλόμενης περίθαλψης. Αντίθετα στο ποινικό δίκαιο στο επίπεδο της υπαιτιότητας μπορούν να οδηγήσουν υπό την έποψη του φευκτού της ανθρώπινης συμπεριφοράς ή της έλλειψης δυνατότητας του άλλως δύνασθαι πράττειν σε αποκλεισμό της υπαιτιότητας.

[258] Μείζον είναι το θέμα ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο ιατρός δεν είναι σε γνώση της Περίληψης Χαρακτηριστικών Προϊόντος (ΠΧΠ), δεδομένου ότι πρέπει ο ίδιος να υποβάλει σχετικό αίτημα στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) για να του αποσταλεί, αλλά αρκείται στο Φύλλο Οδηγιών Χρήσης (ΦΟΧ), το οποίο όμως δεν είναι τόσο αναλυτικό. Εκεί δύναται να επισυμβεί ιατρικό σφάλμα και να στοιχειοθετηθεί ευθύνη του ιατρού. Βλ. και Τρανταλίδης Γ. Ε., Φαρμακευτικό Δίκαιο – Ευθύνη από ελαττωματικό φάρμακο, ΕλλΔνη, τ. 54 (2013), σελ. 1595.

Στην Ελλάδα, η βασική ιατρική εκπαίδευση συντελείται με την παρακολούθηση των προβλεπόμενων μαθημάτων του προγράμματος σπουδών, τα οποία χωρίζονται λειτουργικά σε προκλινικά και κλινικά έτη, και περιλαμβάνουν τόσο θεωρητική κατάρτιση όσο και πρακτική εξάσκηση[259]. Μέσω αυτής της παρεχόμενης εκπαίδευσης ο πτυχιούχος της ιατρικής σχολής οφείλει να αποκτήσει δεξιότητες που σχετίζονται με την εξέταση του ασθενούς, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, την επίτευξη διαφορικής διάγνωσης, την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και μικροχειρουργικών επεμβάσεων[260]. Μετέπειτα ακολουθούν τα χρόνια απόκτησης της ειδικότητας, η οποία αποκτάται μέσα από την κλινική πράξη στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, όπου στο τέλος λαμβάνουν χώρα εξετάσεις πάνω στο αντικείμενο της ειδικότητας για την απόκτηση αυτής[261]. Εντούτοις, και παρά τις κατά καιρούς προσπάθειες σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στην Ελλάδα δεν έχει καθορισθεί ένα σαφές πλαίσιο για την συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση[262,263], η οποία αφορά την συνεχή ανανέωση και τον εμπλουτισμό της ιατρικής γνώσης και τεχνικής, προκειμένου να γεφυρωθεί το παρατηρούμενο χάσμα ανάμεσα στις γνώσεις, στις στάσεις και τις πρακτικές των ιατρών[264]. Σκοπός είναι η εκμάθηση των νέων, απλούστερων τεχνικών, και η σταδιακή υιοθέτησή τους. Απαραίτητο στοιχείο όμως, στο πλαίσιο ενός συστήματος υγείας, είναι να επισυμβεί η πιστοποίηση των τεκμηριωμένων αναγκών του, προκειμένου αυτό να καταστεί αποτελεσματικότερο κατά την παροχή των υπηρεσιών του[265].

Δεδομένου όμως των αντικειμενικών ελλείψεων που παρατηρούνται στις δομές εκπαίδευσης τόσο στο πεδίο απόκτησης των βασικών γνώσεων, όσο και σε εκείνο της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, ο ιατρός, αν θέλει να είναι σύννομος και να ενεργεί με βάση τις αρχές του ΚΙΔ για άσκηση της ιατρικής με βάση τους αποδεκτούς κανόνες και μεθόδους της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται από τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας, θα πρέπει να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια επιμόρφωσής του. Αυτή η διαρκής επιμόρφωση

[259] Βλ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, ό.π., σελ. 32.
[260] Βλ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, ό.π., σελ. 32-33.
[261] Βλ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, ό.π., σελ. 33.
[262] Βλ. και ΥΑ υπουργείου Υγείας υπ' αρ. Γ5α/Γ.Π.οικ. 46340 (ΦΕΚ Β΄ 2798/4-7-2019), η εφαρμογή της οποίας όμως ανεστάλη μόλις λίγο χρόνο μετά με την Γ5/Γ.Π.οικ 59390 (ΦΕΚ Β΄ 3382/3-9-2019).
[263] Μεταρρυθμιστική προσπάθεια του 2018, η οποία επιχείρησε να αναθέσει το έργο της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης σε ιατρικές επιστημονικές εταιρείες, τελικώς δεν προχώρησε.
[264] Βλ. και Κορτσιδάκη Α., Ερμηνεία ά. 10 ΚΙΔ, σε σε Λασκαρίδης Ε. Ι. (επιμ.), Ερμηνεία ΚΙΔ, ό.π., σελ. 117.
[265] Βλ. και Κορτσιδάκη, ό.π., σελ. 117.

αποτελεί ηθικό καθήκον και προσωπική ευθύνη του κάθε ιατρού[266], ο οποίος πρέπει να συνεχίσει δια βίου να μελετά, να εφαρμόζει και να προάγει τις επιστημονικές του γνώσεις, προκειμένου να διατηρεί τις ήδη κτηθείσες ατομικές του ικανότητες, αλλά και να αναπτύσσει τις δεξιότητές του τόσο σε νέους και αναπτυσσόμενους τομείς του επαγγέλματός του, αλλά και σε παλαιότερους για τους οποίους όμως τα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης έχουν επιφέρει ριζικές αλλαγές[267]. Κοινώς ο ιατρός, προκειμένου να διατηρήσει το αυξημένο πρότυπο επιμέλειας που επιφυλάσσει η ΑΚ 330 για αυτόν (επίδειξη επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού, του τυπικού εκπροσώπου δηλαδή της ιατρικής ειδικότητας στην οποία ανήκει κι αυτός – η οποία είναι μεγαλύτερη από την επιμέλεια που απαιτείται από τους επαγγελματίες άλλων κλάδων)[268], θα πρέπει να παρακολουθεί τις εξελίξεις της επιστήμης με παρακολούθηση της νέας σχετικής βιβλιογραφίας-αρθρογραφίας, την συμμετοχή σε ιατρικά συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις, καθώς και λοιπά εκπαιδευτικά προγράμματα. Συνεπώς, στην προσωπική σφαίρα ευθύνης του ιατρού είναι να μην παραμένει προσκολλημένος στην σχολική ιατρική που διδάχθηκε στο Πανεπιστήμιο πριν πολλά έτη, αλλά να φροντίζει διαρκώς για τον εμπλουτισμό των γνώσεων και των δεξιοτήτων του. Ιατρός που δεν το πράττει αυτό, παραμένοντας προσκολλημένος μόνο στις παλαιές γνώσεις του, όχι μόνο παραβιάζει τις διατάξεις του ΚΙΔ για την άσκηση σύγχρονης ιατρικής, αλλά και θέτει ο ίδιος στον εαυτό του πρόωρα το όριο που θέτει για αυτόν η §3 του ά. 10 του ΚΙΔ: όριο της δράσης του ιατρού, αποτελούν τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων. Ιατρός που δεν εξελίσσεται επαγγελματικά με την καλλιέργεια παλαιών και νέων δεξιοτήτων, εκ των πραγμάτων στερεί από τον εαυτό του, και κυρίως από τον ασθενή του, εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας[269]. Κι αν η έλλειψη γνώσης νέων μεθόδων, μπορεί να είναι σχετικά ανώδυνη για όλους, όταν οι παλαιές μέθοδοι παραμένουν ακόμα αξιόπιστες και διαγνωστικές/θεραπευτικές μέθοδοι εκλογής, αυτή η ίδια έλλειψη μπορεί να συνιστά ιατρικό σφάλμα όταν ασθενής στερείται διαγνωστικής δυνατότητας ή θεραπείας που ήταν προς το συμφέρον του, ή σφάλμα ανάληψης, αφού ο ιατρός ανέλαβε μία

[266] Βλ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, ό.π., σελ. 34.
[267] Βλ. και Κορτσιδάκη, ό.π., σελ. 117.
[268] Βλ. και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 52.
[269] Βλ. και Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σελ. 365, καθώς και Τρανταλίδης, Ιατρικό σφάλμα, ό.π., σελ. 61.

περίπτωση ασθενούς, για την οποία όμως δεν είχε τις απαραίτητες γνώσεις για να αναλάβει[270].

Τέλος, η έλλειψη διαρκούς ανανέωσης των γνώσεων και των δεξιοτήτων των ιατρών, οδηγούν αναπόφευκτα τον ιατρό να ακολουθεί την διαγνωστική / θεραπευτική μέθοδο με την οποία είναι εξοικειωμένος, χωρίς να εξετάζει αν η συγκεκριμένη είναι η κατάλληλη και προσήκουσα για την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενή, περιορίζοντας με αυτόν τον τρόπο αυτογνωμόνως τις θεραπευτικές του επιλογές και 'ζημιώντας' τον ασθενή του, ο οποίος έτσι λαμβάνει φροντίδα υπηρεσιών φροντίδας του 'μέσου όρου', και όχι την καταλληλότερη για την περίπτωσή του και το συμφέρον του.

β) Σχέσεις του ιατρού με άλλους δρώντες του συστήματος υγείας

Η θεσμοθετημένη ελευθερία του ιατρού κατά την εκτέλεση του λειτουργήματός του, πρέπει να εξασφαλίζεται και σε σχέση με τους λοιπούς δρώντες του συστήματος υγείας. Έτσι, ρητώς απαγορεύεται στην διάταξη της §4 του ά. 6 του ΚΙΔ στον ιατρό να εξυπηρετεί, να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε επιχειρήσεις που παρασκευάζουν ή εμπορεύονται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό και να διαφημίζει ή να τα προβάλλει με οποιονδήποτε τρόπο, παρά μόνο σε περίπτωση παροχής ερευνητικού έργου σε αυτές[271].

Αν και η μορφή εξάρτησης μπορεί να λάβει πολλαπλές μορφές, όπως π.χ. ο ιατρός να είναι μέλος της διοίκησης ή μέτοχος μιας τέτοιας επιχείρησης[272], η κύρια μορφή εξάρτησης και επηρεασμού της ελευθερίας επιλογής του ιατρού κατά την διαγνωστική/θεραπευτική διαδικασία, είναι η σύνδεση των προσωπικών συμφερόντων του ιατρού ή της εργασίας του με τα οικονομικά συμφέροντα της επιχείρησης. Μια τέτοια εξάρτηση θα οδηγούσε σε απώλεια της επαγγελματικής και επιστημονικής ανεξαρτησίας του ιατρού, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς, όταν μέτρο της διενέργειας των ιατρικών πράξεων

[270] Βλ. και Φουντεδάκη, Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, ό.π., σελ. 70-71.
[271] Βλ. και Ράβδας Π., Ερμηνεία ά. 6 του ΚΙΔ, σε Βιδάλης-Παπαχρίστου (επιμ.), ό.π., σελ. 62-63.
[272] Βλ. και Τσιρώνας Α., Ερμηνεία ά. 6 του ΚΙΔ, σε Λασκαρίδης, Ερμηνεία ΚΙΔ, ό.π., σελ. 74.

δεν θα ήταν τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης, αλλά η επιδίωξη του οικονομικού οφέλους[273].

Ο επηρεασμός του ιατρού δεν είναι ανάγκη να αποτελεί αποτέλεσμα ποινικά κολάσιμης άμεσης συναλλαγής μεταξύ ιατρού – φαρμακευτικών επιχειρήσεων, αλλά μπορεί να προκύπτει ως αποτέλεσμα του γεγονότος έλλειψης σαφούς και ισχυρού νομοθετικού πλαισίου σχετικά με την συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση. Όταν για παράδειγμα, τον ρόλο της ενημέρωσης των ιατρών σχετικά με τα νέα φάρμακα ή τις νέες διαγνωστικές / θεραπευτικές μεθόδους τον αναλαμβάνουν, σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα, οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις, ενώ πλείστα όσα συνέδρια διοργανώνονται με την χρηματοδότηση αυτών, είναι πιθανό επακόλουθο η σχετική επιστημονική κρίση του ιατρού να επηρεαστεί, δεδομένης και της έλλειψης αντικειμενικής ενημέρωσης ως προς τις ιδιότητες των νέων φαρμάκων ή των νέων τεχνικών. Εντούτοις, ο ιατρός υποχρεούται, έχοντας αντίστοιχο καθήκον επιμέλειας, να μην ακολουθεί τυφλά τις οδηγίες των παραγωγών των φαρμακευτικών σκευασμάτων ή των κατασκευαστών των ιατρικών μηχανημάτων, τις οποίες πρέπει να αξιολογούν προσεκτικά, δεδομένου ότι ειδικά οι παραγωγοί φαρμάκων τείνουν να υποβαθμίζουν τους κινδύνους των παρενεργειών των φαρμάκων τους και να περιγράφουν ανεπαρκώς πιθανές αντενδείξεις στην χορήγηση αυτών[274]. Κρίσιμος είναι λοιπόν ο θεσμικός ρόλος της Πολιτείας στην διασφάλιση διαφανών σχέσεων, ώστε να μην επηρεάζεται η ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου του ιατρού[275], αλλά και στην θέσπιση υψηλών προδιαγραφών για την παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Παρέλκει βέβαια εδώ να τονιστεί ότι δεν μπορεί να είναι μέτρο της επιλογής μεθόδου από τον ιατρό, πιθανό μεγαλύτερο οικονομικό όφελός του από την εφαρμογή συγκεκριμένης θεραπείας έναντι άλλης, διότι κάτι τέτοιο θα παραβίαζε την σχέση εμπιστοσύνης του με τον ασθενή και την υποχρέωσή του να ενεργεί με βάση το συμφέρον του ασθενούς και την προστασία της υγείας του.

---

[273] Βλ. και Τσιρώνας, ό.π., σελ. 74-75.

[274] Βλ. και Giesen D., ό.π., σελ. 115, όπου επισημαίνεται ότι ο ιατρός που διατηρεί αμφιβολίες για τις παρεχόμενες από τους παραγωγούς οδηγίες, πρέπει να ανατρέχει στην σχετική βιβλιογραφία, ή να αποτείνεται σε πιο εξειδικευμένους συναδέλφους του ή τέλος να προστρέχει στους ίδιους τους παραγωγούς για περαιτέρω διευκρινήσεις.

[275] Βλ. και ΣΦΕΕ, Κώδικας Δεοντολογίας, δημοσιευμένος στην ιστοσελίδα www.sfee.gr, σχετικά με την προσπάθεια αυτορρύθμισης του κλάδου των ελληνικών φαρμακευτικών εταιρειών.

Ζ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου αποτελεί κεντρική έννοια στο πλαίσιο της λειτουργίας της σχέσεως της σύμβασης ιατρικής αγωγής. Εντούτοις, αν και κεντρική έννοια, μέχρι σήμερα έχει παραμείνει στην 'σκιά' της κεντρικής έννοιας στην διδασκαλία περί ιατρικής ευθύνης, ήτοι της έννοιας του ιατρικού σφάλματος, με την οποία όμως συνδέονται στενά μέσω της έννοιας της επιβαλλόμενης επιμέλειας που πρέπει να επιδείξει ο ιατρός.

Γίνεται γενικά δεκτό ότι η ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου ανήκει κατ' αρχήν στον ιατρό. Δεδομένου όμως ότι η παλαιά πατερναλιστική θεώρηση του ιατρού-σωτήρα έχει σταδιακά παραχωρήσει την θέση της σε ένα συνεργατικό πρότυπο στις σχέσεις ιατρού-ασθενούς, είδαμε πως προέκυψε ακόμα πιο έντονα η ανάγκη οριοθέτησής της. Η οριοθέτηση αυτή επιχειρήθηκε να δομηθεί γύρω από κεντρικά ζητήματα που απασχολούν το δίκαιο της ιατρικής ευθύνης.

Είδαμε ότι η σύμβαση της ιατρικής αγωγής δημιουργεί μια έννομη σχέση, όπου κατά βάση λειτουργεί με ισοτιμία: το πραγματικό γεγονός ότι ο ασθενής βρίσκεται σε δυσμενέστερη θέση έναντι του αντισυμβαλλομένου του ιατρού, λόγω της καταστάσεως της υγείας του, επουδενί λόγο δεν τον καθιστούν αντικείμενο της συμβάσεως ιατρικής αγωγής, αλλά τουναντίον πρωταγωνιστή αυτής. Εντούτοις, αυτή η σχέση ισοτιμίας δεν εκδηλώνεται άμεσα και στο πεδίο της ελεύθερης διαμόρφωσης του περιεχομένου της σύμβασης ιατρικής αγωγής, όσον αφορά τουλάχιστον την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου, απόρροια του γεγονότος της ιδιαίτερης νομικής φύσης της εν λόγω σύμβασης. Η φύση και η λειτουργία της παρεχόμενης 'υπόσχεσης' και των συνακόλουθων υποχρεώσεων που αναλαμβάνονται από τον ιατρό, σε συνδυασμό με τα ζητήματα έναρξης της εν λόγω συμβατικής σχέσης, την καθιστούν μία σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών, η οποία όμως εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Η εξειδίκευση της παροχής του ιατρού είναι ορισμένη μόνο κατά γένος, η συγκέντρωση και εξειδίκευση της οποίας επέρχεται κατά κανόνα σε δεύτερο χρόνο. Τούτο το γεγονός καθιστά, κατά την εδώ υποστηριζόμενη άποψη, αδύνατη την συμβατική επιλογή της ακολουθητέας θεραπευτικής μεθόδου.

Περαιτέρω, είδαμε ότι η αδιαμφισβήτητη υπεροχή που έχει ο ιατρός απέναντι στον ασθενή σε σχέση με την αναγκαία γνώση που διαθέτει μόνον εκείνος, ανάμεσα

στα συμβαλλόμενα μέρη, του κατοχυρώνει το προβάδισμα στην επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου. Εκείνος είναι που θα επιλέξει την εφαρμοστέα θεραπευτική μέθοδο σε περίπτωση που θελήσει να ασκήσει αυτό του το δικαίωμα, το οποίο συνάμα είναι και υποχρέωση: ο ιατρός δεν μπορεί να είναι ουδέτερος στα γεγονότα, παρά μόνο ίσως όταν μεταξύ των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά. Ο ιατρός υποχρεούται να παρουσιάσει στον ασθενή του τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές και να του παραθέσει όσο το δυνατόν ευκρινέστερα τα συν και τα πλην της κάθε μίας. Οφείλει όμως στο τέλος να πει ποιά από όλες τις μεθόδους προκρίνει και γιατί.

Η επιλογή στην οποία θα προβεί ο ιατρός δεν μπορεί όμως να είναι τελείως αυθαίρετη. Η ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου εκ μέρους του ιατρού οριοθετείται από την ίδια την επιστήμη. Ο ιατρός δεν δρα ανεξέλεγκτα, κατά το δοκούν, αλλά οφείλει να γνωρίζει και να ακολουθεί τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης. Σχετίζεται άμεσα με τις δυνατότητες που παρέχει η επιστήμη και οριοθετείται από τους κανόνες της, από το επιβαλλόμενο πρότυπο επιμέλειας/ποιότητας και κυρίως από το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς. Αποκλίσεις είναι φυσικά δυνατές, αρκεί να υπάρχει μια επαρκώς νομιμοποιητική – δικαιολογητική βάση, διαφορετικά μπορεί να ανακύψει ζήτημα ιατρικής του ευθύνης, εφόσον συντρέχουν και οι λοιπές προϋποθέσεις αυτής. Η κύρια βάση είναι η προστασία του συμφέροντος και της υγείας του ασθενούς. Αν ο ιατρός κρίνει ότι μην ακολουθώντας πιστά τις πλέον καθιερωμένες μεθόδους, εξυπηρετείται καλύτερα το συμφέρον του ασθενούς, και μπορεί να ελεγχθεί επιστημονικά αυτή η πεποίθησή του, δεν κωλύεται να ακολουθήσει όποια μέθοδο θεωρεί αυτός ως την πλέον ενδεδειγμένη. Για να μπορεί να επιτελέσει τα δύσκολα και απαιτητικά καθήκοντά του ο ιατρός θα πρέπει να επιμορφώνεται διαρκώς. Το μεγαλύτερο προσόν του ιατρού είναι να γνωρίζει τα όρια των γνώσεών του και να μπορεί να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του, όταν πρόκειται περί ενός σύνθετου προβλήματος υγείας, για το οποίο θα χρειαστεί να συνεργαστεί με συναδέλφους του της ίδιας ή άλλων ειδικοτήτων.

Από την άλλη μεριά, ο ασθενής, δεν είναι άβουλο ον στα χέρια του ιατρού. Βρίσκεται βέβαια σε μειονεκτικότερη θέση απέναντί του, αφενός λόγω της κατάστασης της υγείας του, η οποία προφανώς τον κάνει να αισθάνεται ευάλωτος, αφετέρου διότι ο ίδιος δεν διαθέτει την αναγκαία γνώση για την αντιμετώπιση του

προβλήματος της υγείας του, εντούτοις όμως, αδιαμφισβήτητα κρατάει την μοίρα του στα χέρια του, δεδομένου ότι αυτός και μόνον αυτός, υπό κανονικές συνθήκες, είναι που θα αποφασίσει για την εφαρμογή ή μη της επιλεγείσας θεραπείας. Κι αυτό γιατί απαραίτητη προϋπόθεση για να προχωρήσει ο ιατρός σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη είναι η παροχή έγκυρης συναίνεσης από την μεριά του ασθενούς, η οποία επιτυγχάνεται μόνο ύστερα από την παροχή της απαραίτητης ενημέρωσης στον ασθενή, ώστε να μπορεί αυτός πραγματικά ελεύθερος να αποφασίσει περί την εφαρμογή της θεραπείας, δηλαδή αν θα δεχθεί την επέμβαση του ιατρού στην σφαίρα της προσωπικότητάς του. Με τον τρόπο αυτό αποκαθίσταται πλήρως και η συμβατική ισορροπία των μερών στην σύμβαση ιατρικής αγωγής και προστατεύεται η ελευθερία αυτοδιάθεσης του ασθενούς.

Τέλος, η ελευθερία επιλογής θεραπευτικής μεθόδου, οριοθετείται και από εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Και εάν για τους παράγοντες που εμφανίζουν τυχαιότητα ή συστημικά χαρακτηριστικά ο ιατρός δεν μπορεί να αντιτάξει κάτι άλλο πέρα από την θέλησή του για προσφορά στον συνάνθρωπο, για τους παράγοντες που άπτονται της προσωπικής του σφαίρας υποχρεούται να πράξει παν δυνατόν, ώστε αυτή η ελευθερία επιλογής που του απονέμεται από το δίκαιο να μην χειραγωγείται και να σπαταλάται ατελέσφορα.

Μέτρο των ενεργειών του πάντοτε πρέπει να είναι το συμφέρον του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Anrys H., La responsabilité civile médicale, εκδόσεις Ferdinand Larcier, Bruxelles, 1974.

- Crespi Alberto, La responsabilità penale nel trattamento medico-chirurgico con esito infausto, εκδόσεις G. Priulla, Palermo, Italia, 1955.

- Giesen D., International Medical Malpractice Law – A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, εκδόσεις J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) – Tübingen-Germany / Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht – Boston, London, 1988.

- Introna Francesco, La responsabilità professionale nell' esercizio delle arti sanitarie, εκδόσεις Cedam-Casa Editrice Dott. Antonio Milani, Padova-Italia, 1955.

- Kornprobst Louis, Responsabilités du médecin devant la loi et la jurisprudence françaises, εκδόσεις Flammarion, France, 1957.

- Savatier R.-Auby J.-M.-Savatier J.-Pequignot H., Traité de droit medical, εκδόσεις Librairies Techniques, Paris-France, 1956.

- Schmid H., Die Grenzen der Therapiefreiheit, «Neue Juristiche Wochenschrift», 1986, σελ. 2339-2343.

Ελληνική

- Αλεξιάδης Α.-Δ., Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, εκδόσεις Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη, 1996.

- Αναπλιώτη-Βαζαίου Ε., Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας, 1993.

- Ανδρουλάκης Ν. Κ., Ποινικό Δίκαιο – Γενικό Μέρος, εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 2000.

- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993.

- Βιδάλης Τ. Κ. – Παπαχρίστου Θ. Κ. (επιμ.), Ιατρική Δεοντολογία – κατ' άρθρο ανάλυση του Ν. 3418/2005, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2013.

- Γεωργιάδης Απ., Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας, έκδοση 5η, Αθήνα, 2019.

- Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος – τ. ΙΙ, εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 2007.

-Δαγτόγλου Π.Δ., Συνταγματικό Δίκαιο – Ατομικά Δικαιώματα, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2012.

- Βλαχόπουλος Σπ. (επιμ.), Θεμελιώδη Δικαιώματα – Ατομικά, Κοινωνικά και Πολιτικά Δικαιώματα, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2017.

- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (επιμ. Μ. Δρακοπούλου), Θέσεις για σύγχρονα προβλήματα, Κείμενα 2000-2007, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, Σεπτέμβριος 2007.

- Ζέπος Π. Ι., Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 21, τ. 1, (1973), έκδοση του ΔΣΑ, 1973, σελ. 1-7.

- Καϊάφα-Γκμπάντι Μ, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), έκδοση του ΔΣΑ, 1989, σελ. 872-883.

- Καλαμπούκα – Γιαννοπούλου Π., Η ευθύνη του γιατρού κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, ΣΥΝήΓΟΡΟΣ, τ. 85/2011, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2011, σελ. 48-50.

- Κανελλοπούλου-Μπότη Μ., Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξονικό δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, 1999.

- Καραγεώργος Κ. Γ., Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1996.

- Καράκωστας Ι., Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2008.

- Κίτσιου Ε., Τα κοινοτικά κριτήρια επιλογής από τον ιατρό του συνταγογραφούμενου φαρμάκου στο πλαίσιο του εξορθολογισμού των δημόσιων δαπανών για την υγεία, ΘΠΔΔ, τ. 3/2011, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2011, σελ. 318-321.

- Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο Ι, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2013.

- Κότσιανος Σ., Η Ιατρική ευθύνη, Β' έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1976.

- Κουτσουράδης Α., Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής, σε Τιμ. Τόμ. Γ.Δ Καλλιμοπούλου, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2010, σελ. 321- 350.

- Λασκαρίδης Ε., Ενημέρωση και συναίνεση ασθενούς για νέες θεραπευτικές μεθόδους, (δημοσιευμένο στον ιστότοπο https://www.iatrikodikaio.com/enimerosi-sunainesi-asthenous/), Δεκέμβριος 2016.

- Λασκαρίδης Ε., Ιατρικά εργαλεία, μηχανήματα, λογισμικό και αστική ιατρική ευθύνη, (δημοσιευμένο στον ιστότοπο https://www.iatrikodikaio.com), Αύγουστος 2016.

- Λασκαρίδης Ε. Ι. (επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2012.

- Μανουσάκης Ι., Φαρμακευτικό Δίκαιο, Νομοθεσία – Νομολογία – Ερμηνεία, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2012.

- Μητσοπούλου-Κάντα Κ., Σκέψεις για την αστική ευθύνη των ιατρών, στον Τιμητικό τόμο Ιωάννη Σ. Σπυριδάκη, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 2014.

- Μουντοκαλάκης Φ.Δ, Αποσαφηνίζοντας τον όρο “evidence based medicine”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 32 (5), 2015, έκδοση της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα www.mednet.gr, σελ. 650-660.

- Ομπέση Φ., Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο: επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ. 1993, σελ. 401-408.

- Παναγιώτου Α., Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών – Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης,

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 32 (3), 2015, έκδοση της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα www.mednet.gr, σελ. 354-363.

- Παπαπαναγιώτου Χ. Π., Το ιατρικό σφάλμα ως προϋπόθεση της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού: εξέταση του ζητήματος μέσω τυπολογίας περιπτώσεων, (διπλωματική εργασία στο πλαίσιο του ΠΜΣ Α΄ Ιδιωτικού Δικαίου της Νομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών), ΕΚΠΑ – Πέργαμος (ηλεκτρονικό αποθετήριο διπλωματικών εργασιών), Αθήνα, 2018.

- Πελλένη-Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 2016.

- Πελλένη-Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ τ. 55 (2007), έκδοση του ΔΣΑ, Αθήνα, 2007, σελ. 2311-2323.

- Πλεύρης Α., Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη – Έρευνα και πειραματισμός με αντικείμενο τον άνθρωπο, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2007.

- Πολίτης Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμέλειας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ΕΙΔ 1/2016, εκδόσεις Härtling-Codex Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2016, σελ. 9-33.

- Πολίτης Χ. Τ., Δραστική ουσία – Η υποκατάσταση γενόσημων φαρμάκων – Επιπτώσεις για την δημόσια υγεία και ιατρική ευθύνη (ΙΙ), ΕΙΔ 2/2013, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2013, σελ. 267-304.

- Πολίτης Χ. Τ., Δραστική ουσία – Η υποκατάσταση γενόσημων φαρμάκων – Επιπτώσεις για την δημόσια υγεία και ιατρική ευθύνη (Ι), ΕΙΔ 1/2013, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2013, σελ. 10-32.

- Πολίτης, Χ. Τ., Γνωμοδότηση υπ' αρ. 1177/4.12.2012 σχετικά με την συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα www.harrispolitis.gr, 2012.

- Πολίτης Χ. Τ., Επέκταση ιατροχειρουργικής επέμβασης χωρίς την συναίνεση του ασθενούς (ΙΙ), ΕΙΔ 9/2011, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2011, σελ. 560-568.

- Πολίτης Χ. Τ., Επέκταση ιατροχειρουργικής επέμβασης χωρίς την συναίνεση του ασθενούς (Ι), ΕΙΔ 8/2011, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2011, σελ. 486-493.

- Πολίτης Χ. Τ., «Οι Δικαστές κρατούν στα χέρια τους το μέλλον της ιατρικής» - Προβληματισμοί για την ιατρική ευθύνη, ΕΙΔ 4/2011, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2011, σελ. 196-203.

- Πολίτης Χ. Τ., Διάγνωση υπόνοιας, ενημερωμένη συναίνεση και η lege artis συμπεριφορά του γιατρού, ΕΙΔ 1/2011, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2011, σελ. 4-14.

- Πολίτης Χ, Σύνδρομο «Μούσα» - Σύνδρομο «Γλαυκία» - Ιατρική αμέλεια, ιατρική ευθύνη, αμυντική ιατρική, ΕΙΔ 11/2010, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2010, 982-995.

- Πολίτης Χ., Η Ιατρική Ευθύνη – Πρόβλημα ιατρικό και νομικό – Νομικές παράμετροι (ΙΙ), ΕΙΔ 10/2009, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2009, σελ. 836-846.

- Πολίτης Χ., Η Ιατρική Ευθύνη – Πρόβλημα ιατρικό και νομικό – Νομικές παράμετροι (Ι), ΕΙΔ 9/2009, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2009, σελ. 740-749.

- Πολίτης Χ., Ενδοσυμβατική σχέση γιατρού και ασθενούς – Ιατρική αμέλεια – Συρροή ενδοσυμβατικής - αδικοπρακτικής ευθύνης, ΕΙΔ. 8/2009, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2009, σελ. 660-663.

- Πολίτης, Χ. Τ., Οξεία σκωληκοειδίτιδα ως οξύ πρόβλημα διαφορικής διαγνωστικής – Προσεγγίσεις για την ιατρική ευθύνη, ΕΙΔ 1/2009, εκδόσεις Härtling – Μαρία Γ. Σιαφάκα, Αθήνα, 2009, σελ. 4-17.

- Προβατάς Σ. Ε., Ιατρική ευθύνη – Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και όλων όσων δραστηριοποιούνται στον χώρο της υγείας – Νομοθεσία, Ερμηνεία, Νομολογία, Ειδικά Θέματα, εκδόσεις Τσίμος, Θεσσαλονίκη 2012.

- Σακελλαροπούλου Β. Δ., Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεσης του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β΄ έκδοση, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2011.

- Σακελλαροπούλου Β. Δ., Λάλας Δ., Σακελλαρόπουλος Θ., Ιατρικό σφάλμα και guidelines στην ποινική δίκη, ΠοινΔικ 2/2013, σελ. 177-178, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2013.

- Σκαλκίδης Ι, Νάστος Κ., Ζαβιτσάνος Ξ., Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 27 (2), 2010, έκδοση της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα www.mednet.gr, σελ. 264-273.

- Σταθόπουλος Μ. Π., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2018.

- Σταθόπουλος Μ. Π., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2016.

- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Κώδικας Δεοντολογίας, δημοσιευμένος στην ιστοσελίδα www.sfee.gr.

- Τρανταλίδης Γ. Ε., Φαρμακευτικό Δίκαιο – Ευθύνη από ελαττωματικό φάρμακο, ΕλλΔνη, τ. 54 (2013), εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2013, σελ. 1584-1600.

- Τρανταλίδης Γ. Ε., Ιατρικό σφάλμα - Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2012.

- Τροκάνας Θ., Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από την δημοσιευμένη ελληνική νομολογία της τελευταίας δεκαετίας, σε Γώγος Κ. – Καϊάφα-Γκμπάντι Μ. – Παπαδοπούλου Λ. – Φουντεδάκη Κ. (επιμ.), «Η ιατρική ευθύνη στην πράξη – Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας», εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2010, σελ. 133-157.

- Τρούλη Ε. Ν., Το ιατρικό συμβούλιο – Υποχρέωση συγκρότησης, διαδικασία διεξαγωγής, ζητήματα ευθύνης, ΕφΑΔ 2/2011, σελ. 147-157, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2011.

- Τσαλαπόρτας Α., Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε Καϊάφα-Γκμπάντι Μ. - Σκούρτης Χ. - Φουντεδάκη Κ. - Χατζηκώστας Κ. (επιμ.),

«Επίκαιρα Ζητήματα Ιατρικού Δικαίου», Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2012, σελ. 17-26.

- Τσίρος Δ. Β., Ιατρική ευθύνη: δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς ακόμη και για εξαιρετικούς κινδύνους, ΚριτΕ 2001/2, σελ. 247-285, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 2001.

- Φίλιος Χ. Π., Η αιτία στις ενοχικές συμβάσεις, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 2007.

- Φουντεδάκη Κ., Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης – Διάλογος με την Νομολογία, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2018.

- Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2003.

- Φουντεδάκη Κ., Παρατηρήσεις σχετικά με την ΑΠ 1227/2007, ΕφΑΔΠολΔ 8-9/2012, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2012, σελ. 732-736.

- Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη: Σύγχρονα προβλήματα και προτάσεις αντιμετώπισης, ΧρΙΔ 2017, σελ. 481- 488.

- Φράγκος Κ. Γ., Ιατρική ευθύνη, Αστική – Ποινική – Πειθαρχική, Ποινικά Αδικήματα Ιατρών, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2018.

- Χαραλαμπάκης Α., Ιατρική Ευθύνη – Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 2016.

- Χελιδόνης Απ., Η έννοια του ιατρικού σφάλματος, ΕφΑΔΠολΔ 8-9/2017, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σελ. 700-709.

- Ψαρούλης Δ. – Βούλτσος Π., Ιατρικό Δίκαιο – Στοιχεία Βιοηθικής, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2010.

ΠΗΓΕΣ

ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

- Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΔΣΑ

- Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ

- Νομικά Περιοδικά [Αρμενόπουλος (Αρμ), Εφαρμογές Αστικού Δικαίου και Πολιτικής Δικονομίας (ΕφΑΔΠΔ), Επιθεώρηση Ιατρικού Δικαίου (ΕΙΔ), Θεωρία και Πράξη Διοικητικού Δικαίου (ΘΠΔΔ), Νομικό Βήμα (ΝοΒ)]

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Ιατρικό Δίκαιο (http://www.iatrikodikaio.com).

- Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (http://www.mednet.gr).