



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΝΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: Ποινικό Δίκαιο και Ποινική Δικονομία  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2017-2018

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
του/της [Όνομα Πατρώνυμο Επώνυμο]  
Α.Μ. : 7340010917010

[Τίτλος εργασίας]

*Η ποινική ευθύνη στην επείγουσα ιατρική*

**Επιβλέποντες:**

Όνοματεπώνυμο επιβλεπόντων

Λιούρδη Αγλαΐα

Κιούπης Δημήτριος

Δημάκης Αλέξανδρος

Αθήνα, 20. 02. 2019

Copyright © [*Όνοματεπώνυμο, χρονολογία δημοσίευσης*]

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.

## **Περίληψη**

Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στη μελέτη της ποινικής ευθύνης των γιατρών επί επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία, όπως αυτή σκιαγραφείται στα πλαίσια θεωρίας και νομολογίας. Καταρχάς γίνεται μια γενική ανάπτυξη των δογματικών ζητημάτων που διέπουν την προρρηθείσα θεματική στο χώρο του αδίκου και του καταλογισμού. Εν συνεχεία αφενός προσεγγίζεται ειδικότερα η ποινική ευθύνη των ειδικευμένων και ειδικευόμενων γιατρών στα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών των νοσοκομείων υπό το πρίσμα της νομολογίας και αφετέρου γίνεται κριτική των λογικών σφαλμάτων στα οποία υποπίπτει η τελευταία ενόψει της συνεχών αποκλίσεων της από την ποινική δογματική, όπως αυτή καταστρώνεται από τη θεωρία. Στο πεδίο αυτό αναζητείται μια απάντηση στο ερώτημα αν ο θάνατος από απουσία ή αδράνεια του γιατρού συνιστά ανθρωποκτονία από αμέλεια ή θανατηφόρο έκθεση σε κίνδυνο ζωής, ένα ιδιαίτερα δυσχερές ερώτημα, ενόψει των λεπτών ισορροπιών που το χαρακτηρίζουν. Περαιτέρω, το στοιχείο του επείγοντος χαρακτήρα των ιατρικών πράξεων ερευνάται κατά τον τρόπο που επηρεάζει το ζήτημα της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς, κατά συνέπεια την ελευθερία και τον αυτοπροσδιορισμό του ατόμου στο να λαμβάνει αποφάσεις για τη ζωή του. Τέλος, επί ειδικών εκφάνσεων της επείγουσας ιατρικής, όπως της εντατικολογίας, της διαλογής και της ιατρικής των καταστροφών κρίνεται ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα η προβληματική της σύγκρουσης καθηκόντων, η οποία φαίνεται να θέτει σε δοκιμασία από τη μια το ποινικό δίκαιο και από την άλλη θεμελιώδεις συνταγματικές αξίες για τη ζωή του ανθρώπου.

### **Λέξεις κλειδιά:**

επείγοντα, γιατρός, ειδικευόμενος, ειδικευμένος, συναίνεση

## Summary

This study focuses on research of emergency hospital doctors' liability as outlined in legal theory and court decisions. At first, there is a general development of the dogmatic issues that governed the subject matter of the wrongful acts and faults that are attributable to the doctors personally (imputation). Then, on the one hand, the criminal liability of specialized and trainee medical specialists in the Emergency Hospital Departments is approached in the light of the court decisions and, on the other hand, the aforementioned decisions are criticized for logical mistakes faces in view of its continuous deviations from principles of criminal law and the penal doctrine as it is devised by the theory. Regarding this cases, there is a research for an answer to the question of whether death from a doctor's absence or inaction is a manslaughter of negligence or life-threatening exposure, a difficult question, given the delicate balances that characterize it. Furthermore, the urgency of medical acts is investigated in the way it affects the issue of informed consent of the patient, hence the freedom and self-determination of the individual in making decisions about human life. Finally, special problems of emergency medicine, such as intensification and triage in serious multitudinous accidents, seem to be particularly interesting in jurisprudence the conflict of responsibilities, that doctors have to care patients. This problematic seems to test criminal law on the one hand, and on the other the fundamental constitutional values for human life.

Keywords:

urgency, doctor, trainee, qualified, consent

<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>7</b>
<b>I: Η επείγουσα ιατρική με έμφαση στα δογματικά ζητήματα του αδίκου</b>	
<b>A. Η αμέλεια στα επείγοντα περιστατικά</b>	
<i>A1. Εισαγωγική προσέγγιση της ιατρικής αμέλειας.....</i>	<i>9</i>
<i>A2. Εξωτερική και εσωτερική αμέλεια: Δογματική και νομολογιακή προσέγγιση.....</i>	<i>11</i>
<b>B. Εφαρμογή της παράλειψης του άρθρου 15 ΠΚ</b>	
<i>B1. Πως διακρίνεται η παράλειψη .....</i>	<i>19</i>
<i>B2.Πως διακρίνεται η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση: Η εγγυητική θέση του γιατρού σε επείγουσες περιπτώσεις.....</i>	<i>22</i>
<b>Γ. Η προβληματική της θεμελίωσης του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική αμέλεια εν γένει και στις επείγουσες καταστάσεις ειδικότερα (νομολογιακές αναφορές)</b>	
<i>Γ1.Μελέτη ως προς την μείζονα πρόταση: Υιοθέτηση θεωριών περί αιτιώδους συνδέσμου από τη νομολογία .....</i>	<i>24</i>
<i>Γ2.Μελέτη ως προς την ελάσσονα πρόταση: Δυσχέρεια στον χειρισμό της ιατρικής ορολογίας και προβλήματα απόδειξης .....</i>	<i>35</i>
<b>II: Η επείγουσα ιατρική με έμφαση στα δογματικά ζητήματα του καταλογισμού</b>	
<b>A. Υποκειμενικό στοιχείο: Ο προσδιορισμός της υπαιτιότητας με βάση την ειδικότητα του γιατρού. ....</b>	<b>39</b>
<b>B. Αντικειμενικό στοιχείο: Ο προσδιορισμός της υπαιτιότητας με βάση τα όρια του δυνατού στη δράση του γιατρού</b>	
.....	49
<b>III: Η κριτική προσέγγιση της ποινικής ευθύνης στα Τ.Ε.Π. υπό το πρίσμα της νομολογίας</b>	
<b>A. Η ποινική ευθύνη των ειδικευμένων γιατρών</b>	
<i>A1. Σφάλματα των ειδικευμένων ιατρών παρευρισκόμενων στα ΤΕΠ .....</i>	<i>55</i>
<i>A2. Ευθύνη ειδικευμένων γιατρών ευρισκόμενων σε εφημερία ετοιμότητας on call.....</i>	<i>58</i>
<i>A3. Αντίστροφα: Ευθύνη του ειδικευμένου γιατρού, που καίτοι δεν εφημερεύει, επιλαμβάνεται εν τοις πράγμασι ενός επείγοντος περιστατικού .....</i>	<i>62</i>
<i>A4. Ευθύνη ειδικευμένων εφημερευόντων ιατρών λόγω αδικαιολόγητης απουσίας - ανάθεσης καθηκόντων σε ειδικευόμενους.....</i>	<i>64</i>
<b>B. Η ποινική ευθύνη των ειδικευόμενων γιατρών</b>	
<i>B1. Η οριοθέτηση της ευθύνης των ειδικευόμενων στα ΤΕΠ.....</i>	<i>66</i>
<i>B2. Ευθύνη ειδικευόμενων ιατρών λόγω εσφαλμένης διάγνωσης και</i>	

<i>μη ενημέρωσης των ειδικευμένων. Το ζήτημα του σφάλματος ανάληψης εγχειρήματος</i> .....	69
<i>B3.Η κατ' εξαίρεση αυτόνομη ανάληψη θεραπευτικού εγχειρήματος του ειδικευόμενου σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης</i> .....	77
<b>Γ. Θάνατος από απουσία ή αδιαφορία του γιατρού: Ανθρωποκτονία από αμέλεια ή έκθεση σε κίνδυνο ζωής;</b> .....	83
<b>Συγκλίνουσα ποινική ευθύνη σε επείγουσες περιστάσεις</b> .....	93
<b>IV: Η συσχέτιση του επείγοντος με το ζήτημα της συναίνεσης</b>	
A. Η αρχή της ενημερωμένης συναίνεσης.....	105
B. Όταν η ενημερωμένη συναίνεση απουσιάζει: Η ποινικοποίηση της αυτόγνομης ιατρικής επέμβασης.....	107
Γ. Η σημασία της ενημερωμένης συναίνεσης στην επείγουσα ιατρική.....	110
Γ1. Διευρυμένες χειρουργικές επεμβάσεις. ....	112
Γ2. Απόπειρα αυτοκτονίας: Προστασία της αυτοδιάθεσης ή προστασία της ζωής;.....	115
Γ3.Η βούληση του τρίτου αρμόδιου προς παροχή συναίνεσης: προστατευτικός μηχανισμός ή κίνδυνος κατάχρησης;.....	118
<b>V: Ειδικές εκφάνσεις της επείγουσας ιατρικής</b>	
A. Η εντατικολογία υπό το πρίσμα της ελληνικής νομολογίας.....	121
B. Διαλογή και Ιατρική των Καταστροφών. Μαζικότητα αντί ατομικότητας.....	125
Γ. Η προβληματική της σύγκρουσης καθηκόντων στο σύστημα της διαλογής και στην εντατικολογία	
Γ1. Η γενική προβληματική .....	133
Γ2. Η νομική φύση: λόγος άρσης του αδίκου ή του καταλογισμού;.....	136
Γ3. Η νομολογιακή προσέγγιση: πως αντιμετωπίστηκε πρόσφατα η σύγκρουση καθηκόντων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	140
<b>Συμπεράσματα-προτάσεις</b> .....	145
<b>BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ-NΟΜΟΛΟΓΙΑ</b> .....	147

## Εισαγωγή

Η μελέτη της ποινικής ευθύνης στην επείγουσα ιατρική και δη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (εφεξής ΤΕΠ) έχει καταρχήν να αντιμετωπίσει τους βασικούς άξονες προβληματικής και τα δογματικά ζητήματα της ιατρικής ευθύνης εν γένει, συνυπολογιζόμενου όμως και ενός ακόμα παράγοντα. Βασική συνισταμένη στην επείγουσα ιατρική είναι ο χρόνος, η ανάγκη του έγκαιρου και ειδικότερα η ταχύτητα ενέργειας, καθώς όταν ακόμη και τα λεπτά εντός των οποίων καλείται να ενεργήσει ο ιατρός μπορούν να αποβούν σωτήρια ή αντιθέτως να ματαιώσουν κάθε ελπίδα για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς. Η συνισταμένη αυτή διακλαδώνει διαφορετικά την ευθύνη του εκάστοτε γιατρού για την εκάστοτε πράξη και μπορεί να οδηγήσει σε εντελώς διαφορετικό αποτέλεσμα ποινικής αξιολόγησης από τη μελέτη της ιατρικής ευθύνης εν γένει. Στην επείγουσα ιατρική, η μη άμεση αντιμετώπιση περιστατικού και η παραπομπή αυτού σε άλλο νοσοκομείο ή η άφεση ενός ασθενούς στο διάδρομο του νοσοκομείου για είκοσι λεπτά της ώρας είναι συμπεριφορές κρίσιμες ενώ σε άλλη περίπτωση θα ήτο ποινικώς αδιάφορες. Επίσης, η ευθύνη των γιατρών που δεν έχουν αποκτήσει ακόμα ειδικότητα, διαμορφώνεται εντελώς διαφορετικά από ότι σε μια κλασική περίπτωση ενός προγραμματισμένου περιστατικού. Ο γιατρός που στερείται της εμπειρίας ή της ειδικότητας ενδέχεται να υποχρεωθεί να προσφέρει βοήθεια, ακόμα και χωρίς εμπειρία, ακόμα και σε νοσοκομεία που στερούνται άλλου προσωπικού, εξοπλισμού, υποδομής και μέσων (πχ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας). Όπως θα δούμε βέβαια, το τι είναι επείγον, είναι αρκετά συγκεκριμένο, δεδομένου ότι, όχι σπάνια, διαφέρει το τι ο ασθενής εννοεί ως επείγον και το πως ο γιατρός αξιολογεί την κατάσταση ως πραγματικά επείγουσα.

Άλλη μια βασική παράμετρος είναι ότι ο ιδιαίτερα περιορισμένος χρόνος δε βοηθά τους γιατρούς να διαγνώσουν το πρόβλημα υγείας και τη σοβαρότητα αυτού, να ενημερώσουν τον ασθενή, προκειμένου αυτός να συναινέσει στη διενέργεια ενδεχομένως άμεσα αναγκαίας ιατρικής πράξης και εν συνεχεία να την πραγματοποιήσουν μεθοδικά και ψύχραιμα. Μάλιστα, η έκφανση της διάγνωσης μπορεί να επηρεάσει τα πάντα, ήτοι κατά πόσο πρόκειται για καταστάσεις επείγουσες, δηλαδή απειλητικές για τη ζωή και την υγεία του ασθενούς, επομένως και την περαιτέρω αντιμετώπιση. Πέρα από τον χρόνο που δεν είναι σύμμαχος, η δυσχέρεια επιτείνεται από το γεγονός ότι πολλές φορές δεν είναι δυνατή η λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, είτε γιατί ο ίδιος δεν είναι σε θέση να παράσχει τις σχετικές πληροφορίες, είτε γιατί τα πρόσωπα που ενδεχομένως τον συνοδεύουν δεν τις γνωρίζουν. Εκτός των ανωτέρω, η παροχή ιατρικής περίθαλψης στα ΤΕΠ δημιουργεί κι άλλες εγγενείς δυσχέρειες, καθώς καθίσταται επιτακτική η παραχή εκτίμηση της κατάστασης αυτών, ούτως ώστε να παρέχεται προτεραιότητα στα περιστατικά που χρήζουν άμεσης και ταχείας ιατρικής αντιμετώπισης μέσω της διαλογής. Τέλος, στην ακραία περίπτωση που η διαλογή επιβάλλεται ανάμεσα σε περιστατικά με τα ίδια δεδομένα, αναφύεται το ευαίσθητο ζήτημα της σύγκρουσης

καθηκόντων.

Στην παρούσα έρευνα γίνεται εξέταση των βασικών δογματικών ζητημάτων της εν γένει ιατρικής ευθύνης που έτσι κι αλλιώς υφίστανται και εδώ και εντοπίζονται κυρίως στο άδικο. Τούτο σε συσχετισμό με τις ιδιοτυπίες του επείγοντος που αντιστοιχούν κυρίως στην προβληματική του καταλογισμού. Η έμφαση δίνεται στον πυρήνα της επείγουσας ιατρικής ευθύνης, όπως αυτή ξεδιπλώνεται στα περιστατικά των ΤΕΠ και στην περιφέρεια αυτής εξετάζονται και οι ειδικές εκφάνσεις της: τα περιστατικά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η διαλογή ασθενών στις μαζικές καταστροφές.



## ΜΕΡΟΣ Ι: Η επείγουσα ιατρική με έμφαση στα δογματικά ζητήματα του αδίκου

### A. Η αμέλεια στα επείγοντα περιστατικά

#### A1. Εισαγωγική προσέγγιση της ιατρικής αμέλειας

Η αμέλεια συνιστά αυτοτελές μέγεθος για το ποινικό δίκαιο με την έννοια ότι η ύπαρξή της δεν συνιστά αποτέλεσμα αρνητικώς συναγόμενο εν ανυπαρξία δόλου. **Η ιατρική ποινική ευθύνη είναι στενά συνυφασμένη με την ιατρική αμέλεια γιατί αφενός χρήζει ειδικής εμβριθούς αναλύσεως και αφετέρου είναι συνήθως συμβαίνουσα. Πράγματι, κατά τη συνήθη δικαστηριακή αλλά και εμπειρική πραγματικότητα, το ιατρικό σφάλμα αποτυπώνεται κατεξοχήν στα αδικήματα της ανθρωποκτονίας και της σωματικής βλάβης από αμέλεια (άρθρα 302 και 314 αντίστοιχα), πράγμα που οδηγεί στην παραδοχή ότι η αμέλεια είναι η κυρίαρχη μορφή υπαιτιότητας του ιατρού κατά την άσκηση του λειτουργήματός του.** Όταν αντιθέτως τα ανωτέρω εγκλήματα θεμελιώνονται στο δόλο, πέραν του ότι τούτο λαμβάνει χώρα σπανιότερα, εμπίπτει στην προβληματική των γενικών περιπτώσεων του ποινικού δικαίου, οπότε δεν εξετάζεται σε ιδιαίτερη έκταση στην παρούσα έρευνα.

Κατά τη διάταξη του άρθρου 28 του Π.Κ., *“από αμέλεια πράττει όποιος, από έλλειψη της προσοχής, την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα, που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν”*. Ο Άρειος Πάγος έχει προβεί στη διατύπωση ότι, γενικά στις ανθρωποκτονίες από αμέλεια, από το συνδυασμό των διατάξεων 28 και 302 ΠΚ προκύπτει, ότι για τη θεμελίωση αξιόποινων πράξεων από αμέλεια, απαιτείται η διαπίστωση, αφενός ότι ο δράστης δεν κατέβαλε την απαιτούμενη κατά αντικειμενική κρίση προσοχή, την οποία οφείλει να καταβάλει κάθε μετρίως συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος, κάτω από τις ίδιες πραγματικές καταστάσεις, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν στις συναλλαγές, την κοινή πείρα, τη λογική και τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων και αφετέρου ότι είχε τη δυνατότητα να προβλέψει και αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο πρέπει να τελεί σε αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο με την πράξη ή την παράλειψη.<sup>1</sup>

Επιπροσθέτως, θα πρέπει ο προρρηθείς να μπορούσε αυτός με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες και κυρίως εξαιτίας της συγκεκριμένης θέσης του να προβλέψει και να αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο από έλλειψη της προαναφερόμενης προσοχής, είτε δεν προέβλεψε είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ότι δεν θα επερχόταν (πράγμα που συνιστά τη διάκριση μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής

<sup>1</sup> Ενδεικτικά ΑΠ 1010/ 2007, ΑΠ 880 / 2013 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>.

Η εν λόγω διατύπωση είναι στερεοτυπικώς επαναλαμβανόμενη στη σχετική νομολογία που ερευνούμε. Βλ και *Χαραλαμπίκης Α.*, *Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία*, 1993, σελ.15

αμέλειας αλλά δεν αναφέρεται πάντα στη δικαστηριακή πρακτική, όπως θα εξεταστεί εν συνεχεία).

Τέλος, θα πρέπει να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παραλείψεως του δράστη και του αποτελέσματος που επήλθε.<sup>2</sup> Η αιτιακή σχέση μεταξύ παραλείψεως και αποτελέσματος, κάτι αρκετά συνηθισμένο στις ιατρικές πράξεις, δεδομένου του ότι, κατά τη διαπίστωση της γράφουσας, ο ιατρός παραβιάζει συνηθέστερα επιτακτικούς κανόνες μέριμνας για τον ασθενή παρά απαγορευτικούς, θεμελιώνεται στην πιθανολόγηση με βασιμότητα που αγγίζει τα όρια της βεβαιότητας ότι η προσήκουσα εκπλήρωση της υποχρέωσης του ιατρού θα μπορούσε όντως θα παρακωλύσει την εμφάνιση του κινδύνου ή να ανακόψει την αυτοδύναμη εξελικτική του πορεία προς τη βλάβη της ζωής ή της υγείας, ώστε εν τέλει δε θα επερχόταν το αποτέλεσμα της αξιόποινης πράξης, έτσι όπως ήδη επήλθε. Ωστόσο, η προσέγγιση των ορίων της βεβαιότητας ότι θα συνειπολείται το αποτέλεσμα αν υπολείπεται η υποτιθέμενη θετική συμπεριφορά δημιουργεί αποδεικτικές δυσχέρειες στην πράξη αφού η κατάφαση του αιτιώδους συνδέσμου μπορεί να γίνει μόνο σε αδιαμφισβήτητες καταστάσεις. Από αυτό και μόνο μπορεί να συνάγει κανείς πως η θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης στις περιπτώσεις παραλείψεως δεν είναι μια εύκολη υπόθεση.

---

<sup>2</sup> Α.Π. 419/2000, Ποιν. Χρ. 2000 σελ. 910

## **A2. Εξωτερική και εσωτερική αμέλεια: Δογματική και νομολογιακή προσέγγιση**

Τα επιμέρους στοιχεία της (προφανώς άγραφης στο νόμο) αντικειμενικής υπόστασης είναι η συμπεριφορά που καλείται εξωτερική αμέλεια, το αξιόποιο αποτέλεσμα, ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ανθρώπινης συμπεριφοράς και αποτελέσματος και ο αντικειμενικός καταλογισμός του αποτελέσματος στο δράστη (για όσους τον δέχονται). Επομένως συνάγεται πως η αμέλεια δεν συνιστά μόνο τον ψυχικό, διανοητικό σύνδεσμο του δράστη με τα αντικειμενικά στοιχεία του εγκλήματος κατά το άρθρο 28 ΠΚ. Πρωτίστως, έχει διατυπωθεί πως η εξωτερική αμέλεια στοιχειοθετεί την αντικειμενική υπόσταση γιατί εμφανίζεται ως μια μορφή κακότεχνης, εσφαλμένης και πλημμελούς συμπεριφοράς κατά τη διεξαγωγή ή ανάληψη εγχειρήματος, επομένως συνιστά αντικειμενικό παράγοντα που προηγείται της εξέτασης της μομφής<sup>3</sup>.

### **Πως προσεγγίζει η θεωρία την εξωτερική αμέλεια**

Ας ξεκινήσουμε από το ερώτημα του τι θα μπορούσε να χαρακτηριστεί **αναγνωρισμένος αδιαμφισβήτητος κανόνας της ιατρικής επιστήμης και κανόνας επιμέλειας του γιατρού**. Κοινώς παραδεδεγμένος επιστημονικός κανόνας είναι αυτός που συνάγεται από την πλειοψηφία των ιατρών επιστημόνων στη διεθνή βιβλιογραφία<sup>4</sup>, κατά την κρίση της νομολογίας. **Όμως αφορμή προβληματισμού συνιστά το πως θα ανιχνευτεί αυτό από τη διεθνή βιβλιογραφία, δεδομένου των συχνών διενέξεων και αμφισβητήσεων μεταξύ των επιστημόνων**.

Στην ελληνική νομική θεωρία, παρά την πλειοψηφική παραδοχή της εξωτερικής αμέλειας είναι ακόμη νεφελώδης ο προσδιορισμός του κριτηρίου κατάφασής της και ενός ομόφωνου<sup>1230</sup> εννοιολογικού προσδιορισμού.

Ο *Ανδρουλάκης*<sup>5</sup> ταυτίζει τα δύο αυτά στοιχεία, δηλαδή συμπορεύεται με τη νομολογιακή διατύπωση “κοινώς αναγνωρισμένοι κανόνες”, καθώς θεωρεί γενικά την εξωτερική αμέλεια ως τη συμπεριφορά εκείνη που παραβιάζει τους τελευταίους, όπως πρέπει να τηρούνται στον ίδιο χώρο κοινωνικής δραστηριότητας με αυτόν της κρινόμενης συμπεριφοράς. Μαζί του φαίνεται πως συμφωνεί ο *Χαραλαμπίδης*<sup>6</sup>, κατά τον οποίο υφίσταται ποινική ευθύνη του γιατρού στις περιπτώσεις εκείνες που το αποτέλεσμα οφείλεται σε παράβαση από τον γιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της επιστήμης που ανάγονται στη διάγνωση της νόσου και στη

<sup>3</sup> Βλ τη συγκεκριμένη διατύπωση και σε *Καραγιώργος Κ.*, Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, 1996, σελ.32

<sup>4</sup> ΤρΠλημΑθ 21422/2010, ΠοινΔικ 2010, σελ.1270

<sup>5</sup> *Ανδρουλάκης Ν.Κ.*, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2000, σελ.302, βλ. και το άρθρο του Η εξωτερική αμέλεια, Ποιν. Χρον. 1970, σελ.93-106

<sup>6</sup> *Χαραλαμπίδης*, Ιατρική Ευθύνη, ο.π., σελ.15

θεραπευτική αγωγή και για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση.

**Η κριτική που μπορεί να αντιπαρατεθεί εδώ είναι η παραδοχή των κοινώς παραδεδεδεγμένων κανόνων συνεπάγεται ακαμψία και αυστηροποίηση στις λύσεις που μπορεί να δώσει η ιατρική επιστήμη που ενδέχεται να είναι τελέσφορες χωρίς ταυτοχρόνως να είναι και αντικειμενικά επικίνδυνες.** Για παράδειγμα, η καινοτόμος εφαρμογή μιας καινούριας επαναστατικής (αλλά καθ' όλα αποτελεσματικής) μεθόδου επέμβασης από έναν γιατρό καθίσταται αυτομάτως εξωτερικά αμελής πράξη, καθώς παραβιάζει τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες ιατρικής. **Θα μπορούσε να αντιπαραθέσει κανείς ότι η εν λόγω αδυναμία φαίνεται να κάμπτεται από το ότι, αν έτσι έχουν τα πράγματα, εν τέλει λογικά ο ιατρός δεν θα κριθεί αξιόποινος λόγω έλλειψης αιτιώδους συνδέσμου, επομένως μπορεί να προχωρήσει ανεμπόδιστα στις μεθόδους του.** Ότι δηλαδή ακόμα και αν το αποτέλεσμα είναι δυσμενές για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς, όχι λόγω της ιατρικής πρακτικής αλλά λόγω άλλων παραγόντων, ναι μεν η συμπεριφορά θα χαρακτηριστεί αμελής, ωστόσο δεν θα συντρέχουν άλλα στοιχεία του αδικού, επομένως δεν θα συντρέχει κάποια ασυγχώρητη διεύρυνση του αξιοποίνου. **Αυτή η προσέγγιση όμως δεν είναι ορθή. Το ότι μπορεί εν τέλει ένας υποψήφιος δράστης να μην κριθεί αξιόποινος δεν θα έπρεπε να επηρεάζει την κάθε ανεξάρτητη πτυχή της ποινικής δογματικής.**

Η *Καϊάφα – Γκμπάντι*<sup>7</sup> φαίνεται να δίδει μια ικανοποιητικότερη απάντηση, διατεινόμενη πως εξωτερική αμέλεια είναι μία πράξη (ενέργεια ή παράλειψη) επικίνδυνη για το έννομο αγαθό, πράξη δηλαδή που θέτει κάτω από τις συγκεκριμένες κάθε φορά περιστάσεις εμπειρικούς όρους κινδύνου με τη μορφή της δημιουργίας κατ' ελάχιστο μιας λειτουργούσας εστίας που εκπέμπει πραγματικό κίνδυνο, είναι ανοικτή, δηλαδή προσβάσιμη στα έννομα αγαθά και μπορεί έτσι να οδηγήσει αυτοδύναμα στη βλάβη τους. **Άρα, η εξωτερική αμέλεια δεν συνιστά μόνο παραβίαση ενός καθήκοντος επιμελείας αλλά χρειάζεται μια προϋπόθεση ακόμη, πρέπει να παράγει κίνδυνο για το έννομο αγαθό, που αποσκοπεί να προστατέψει αυτός ο κανόνας επιμελείας, κατά τρόπο υπερβαίνοντα τα όρια της επιτρεπτής από την έννομη τάξη κινδυνώδους δράσης.** Αυτό που μπορεί να παρατηρήσει κανείς είναι ότι προϋποθέτει επομένως, πέρα από τους κοινώς παραδεδεδεγμένους επιστημονικούς κανόνες, έναν στενό συνυφασμό παραγόντων, που στελεχώνουν την τριγωνική σχέση πράξης, κινδύνου και αποτελέσματος, φαίνεται όμως να στρέφεται (νομίζω) από τη λογική της εξωτερικής αμέλειας εν τέλει στη λογική του αντικειμενικού καταλογισμού.

Προς την κατεύθυνση αυτή τάσσεται και ο *Ματζακάς*<sup>8</sup>, καθώς υποστηρίζει πως η εξωτερική αμέλεια είναι μια αντικειμενικά επικίνδυνη συμπεριφορά και όχι απλώς μια μη *lege artis* ιατρική ενέργεια, ανεξάρτητα από το επίπεδο των ιατρικών γνώσεων και ικανοτήτων του

<sup>7</sup> *Καϊάφα – Γκμπάντι Μ.*, Η αντιμετώπιση των αυτοπροσβολών του θύματος στο “έγκλημα αμέλειας”, Υπερ 1991 σελ. 288 επ. Βλ και της ίδιας Εμβάθυνση στην Ποινική νομολογία, 2009, σελ.514-515

<sup>8</sup> *Ματζακάς Α.*, Ποινική Ιατρική Ευθύνη επί Επειγόντων Περιστατικών, 2016, σελ. 41

ενεργούντος, τα οποία, όπως εξετάζουμε αλλού, σφιγγομετρώνται στη σφαίρα της εσωτερικής αμέλειας.

Προς αυτή την κατεύθυνση, αλλά με εναργώς και όχι εμμέσως διατυπωμένη συσχέτιση με τον αντικειμενικό καταλογισμό και με διαφορετική θεώρηση του κινδύνου, στρέφεται ο *Μυλωνόπουλος*<sup>9</sup>. Ο τελευταίος υποστηρίζει ότι η **έννοια της εξωτερικής αμέλειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διδασκαλία του αντικειμενικού καταλογισμού και αποτελεί ουσιώδες συστατικό της**, κατά το σκεπτικό ότι οι δύο αυτές έννοιες συνυφαίνονται αμοιβαίως, ώστε να είναι άτοπη η θέση ότι υπάρχει εξωτερική αμέλεια, αλλά εν τέλει δεν γίνεται αποδοχή της θεωρίας του αντικειμενικού καταλογισμού. **Τούτο με τη λογική ότι αν αρνηθούμε την τελευταία, για να διερευνηθεί η ύπαρξη της εξωτερικής αμέλειας θα έπρεπε να διαπιστωθεί πρώτα αν υπάρχει αμέλεια ή δόλος, δηλαδή να γίνει αναγκαστικά προσπέλαση στην έρευνα του καταλογισμού-υπαιτιότητας και ύστερα αναδρομικά στην έρευνα του αδίκου, πράγμα άτοπο.**

Υπό τα παραπάνω δεδομένα, η εξωτερική αμέλεια μπορεί να ερμηνευτεί ως πράξη επικίνδυνη για το έννομο αγαθό κρινόμενη ως τέτοια *ex ante* (την ώρα της ενέργειας) από τον αντικειμενικό ευσυνείδητο κοινωνό ή αντικειμενικό παρατηρητή, δηλαδή επικεντρώνεται στην εγκληματική εντύπωση. Εδώ όμως, αν λάβουμε αυτό το κριτήριο μεμονωμένα, αναφύεται το ερώτημα **ποιος μπορεί να θεωρηθεί ευσυνείδητος κοινωνός και αντικειμενικός παρατηρητής**, παραδοχή που προφανώς θα πρέπει να στηριχθεί σε εμπειρικά δεδομένα, όπως προβληματισμό εγείρει και το ότι **η εντύπωση μπορεί να οδηγήσει σε στρεβλώσεις γιατί δεν ταυτίζεται πάντοτε με την επικινδυνότητα**. Και στην περίπτωση αυτή μπορεί να διαπιστωθεί η επικινδυνότητα μέσω του αντικειμενικού καταλογισμού που σκιαγραφεί την πραγμάτωση του κινδύνου στο ίδιο το αποτέλεσμα.

Το πλεονέκτημα και ταυτοχρόνως η αδυναμία στις απόψεις της *Καιάφα – Γκμπάντι και του Ματζακά* εντοπίζονται, κατά τη γνώμη μου, στο ότι η αντικειμενικώς επικίνδυνη συμπεριφορά και η παράβαση των κανόνων της ιατρικής **δεν συγκλίνουν αλλά σχηματίζουν τεμνόμενους κύκλους, ως εφασπτόμενες, εν μέρει αποκλίνουσες και εν μέρει συγκλίνουσες έννοιες**. Αυτό σημαίνει πρώτον ότι δεν συνεπάγεται, άνευ ετέρου, στοιχειοθέτηση εξωτερικής αμέλειας οποιαδήποτε παραβίαση κανόνων της ιατρικής που ενδέχεται να μη συνοδεύεται από έναν ορατό και πραγματικό κίνδυνο για το έννομο αγαθό της ζωής και της υγείας. **Εδώ έγκειται το πλεονέκτημα γιατί επιλύει τον άνωθεν προβληματισμό της αυστηροποίησης και υπέρμετρου φορμαλισμού στην άσκηση των ιατρικών καθηκόντων**, ώστε να μην καλλιεργείται μια αμυντική ιατρική βασισμένη στο φόβο κάθε απόκλισης από τις καθιερωμένες πρακτικές.

**Δεύτερον σημαίνει και το αντίστροφο, δηλαδή ότι μπορεί να υφίσταται αντικειμενικά επικίνδυνη ιατρική πράξη που δεν έρχεται σε αντίθεση με τους κοινώς αποδεκτούς**

<sup>9</sup> *Μυλωνόπουλος Χ.*, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2007, σελ. 305

**κανόνες της ιατρικής** στο χρόνο τέλεσης της πράξης, όπως για παράδειγμα η διενέργεια μιας επέμβασης ή φαρμακευτικής αγωγής με επικίνδυνες παρενέργειες, που όμως δεν ήταν γνωστές στην ιατρική κοινότητα όταν έγιναν.<sup>10</sup> Εδώ εντοπίζεται η αδυναμία, καθώς παρόλο που το θέμα θα λυθεί στο στάδιο της υπαιτιότητας και ο γιατρός δεν θα έχει ποινική ευθύνη, φαντάζει άτοπο να αξιώνει η έννομη τάξη, στο στάδιο του αδίκου, να μαντεύει κανείς εκ των προτέρων ότι κάτι είναι επικίνδυνο (μια ουσία ή μια πρακτική) ενώ υπάρχει γενική άγνοια γι' αυτό.

Τέλος, πέρα από την διακύμανση στη νομολογία και την έριδα στη θεωρία, η αντικειμενική πλευρά της αμέλειας είναι στοιχείο που το αποδεχόμαστε στην παρούσα εργασία, καθώς, εκτός των άλλων, μπορεί να **συναχθεί και από τη συστηματική ερμηνεία του Ποινικού Κώδικα**, όπου η αμέλεια αντιμετωπίζεται ως μορφή συμπεριφοράς (άρθρα 423, 432 περ. γ', 434 περ.β' ΠΚ) τιμωρητέα όταν κάποιος *“γίνεται υπαίτιος οποιασδήποτε αμέλειας από την οποία μπορεί να προκύψει βλάβη σε άνθρωπο ή ζένο πράγμα”*.<sup>11</sup>

### **Πως προσεγγίζει η θεωρία την εσωτερική αμέλεια**

**Από την άλλη, όπως προειπώθηκε, έπεται η υποκειμενική υπόσταση, η εσωτερική αμέλεια που συνίσταται στην εσωτερική ψυχική κατάσταση και προσδιορίζεται περαιτέρω με βάση το γνωστικό στοιχείο (με συνείδηση ή χωρίς συνείδηση), τον ψυχικό, πνευματικό σύνδεσμο του δράστη με την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος.** Κατά την έννοια του ως άνω άρθρου 28 ΠΚ η αμέλεια διακρίνεται σε μη συνειδητή, κατά την οποία ο δράστης από έλλειψη της προσήκουσας προσοχής δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του και σε ενσυνειδητή, κατά την οποία προέβλεψε μεν ότι από τη συμπεριφορά του μπορεί να επέλθει το αποτέλεσμα αυτό, πίστευε όμως ότι θα το απέφυγε. Η αμέλεια χωρίς συνείδηση είναι ένα σύνηθες ζήτημα που δημιουργεί φάσμα προβληματικών στο ιατρικό ποινικό δίκαιο. Γίνεται παραδεκτή στις περιπτώσεις όπου ο δράστης, εν προκειμένω ο ιατρός, δεν προέβλεψε το δυνάμενο να προκύψει αξιόποιο αποτέλεσμα από το σύνολο της συμπεριφοράς του, δηλαδή μεταξύ άλλων από την εξωτερική αμέλεια, ενώ μπορούσε και όφειλε με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, τις ιδιότητες, ικανότητες, γνώσεις και εμπειρίες από την επαγγελματική του ιδιότητα να το προβλέψει. Ο δράστης μπορεί κατά κανόνα και οφείλει να πράξει ότι και ο μέσος άνθρωπος στη συγκεκριμένη – επαγγελματική – θέση. **Πράγματι, κατά κανόνα από τον οποίο εκκινείται πάντα η συλλογιστική, το μέτρο της οφειλόμενης εκ των περιστάσεων προσοχής-περίσκεψης που απαιτείται από τον ιατρό είναι η προσοχή που καταβάλει ο μέσος ιατρός, όταν βρίσκεται μπροστά στις ίδιες ή**

<sup>10</sup> Κοτσιανός Σ. Αθ., Η ιατρική ευθύνη, 1976, σελ. 68-69, όπου ο συγγραφέας διατείνεται πως αν ο γιατρός κάνει πχ μια ένεση σύμφωνα με τη συνήθη τακτική και κατά τους κανόνες της τέχνης, ακόμη κι αν αυτή η πρακτική εν τέλει αποδειχθεί επιβλαβής, το ατύχημα θα είναι το αποτέλεσμα μιας απρόβλεπτης επιπλοκής, ζήτημα ανωτέρας βίας για τον γιατρό.

<sup>11</sup> Μυλωνόπουλος, ο.π., σελ.302

**παρόμοιες περιστάσεις υπό τις οποίες βρέθηκε και ενήργησε ο κρινόμενος ιατρός.<sup>12</sup>**

Κατ' εξαίρεση όμως, ελλειπείς γνώσεις, η έλλειψη των διαθέσιμων μέσων, η σωματική ανεπάρκεια, όπως η μυωπία, υπνηλία<sup>13</sup> ή η σωματική αστάθεια κατά μια χειρουργική επέμβαση, ή κόπωση, η εξασθένηση του οργανισμού λόγω γήρατος, η ανεπαρκής εμπειρία σε συνδυασμό με την πρόωρη ακούσια ανάληψη ευθυνών, μπορούν να καθορίσουν την ιατρική πράξη. **Ενδεικτικά, το μέτρο για τον ειδικό ιατρό κλιμακώνεται διαφορετικά από εκείνο για τον μη ειδικό γιατρό (γενικό ή ειδικευόμενο), γιατί εκ φύσεως του πράγματος και κατά την κοινή λογική αναμένεται από το πρώτο άλλου βεληνεκούς περίσκεψη εκπορευόμενη από την μακροχρόνια εμπειρία του.<sup>14</sup>**

**Περιπτώσεις όπου καταφάσκει η εξωτερική αμέλεια και εν γένει η αντικειμενική υπόσταση αλλά όχι η εσωτερική, είναι εάν ο ειδικός ιατρός λχ δεν προσήλθε σε ένα έκτακτο περιστατικό και, λόγω του κατεπείγοντος, ο ειδικευόμενος δεν είχε καμία άλλη επιλογή από το να τη διενεργήσει ο ίδιος, προσπαθώντας ό,τι καλύτερο μπορούσε ή όταν ο μύωπας ή ξενυχτισμένος ιατρός αναλαμβάνει να διενεργήσει μια επέμβαση ξαφνικά, χωρίς να μπορούσε ή να όφειλε να είναι σε επιφυλακή (εφημερία ετοιμότητας) για να το προβλέψει ή χωρίς να διαθέτει τα μέσα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η επιμέλεια που οφείλει να καταβάλει ο υπό κρίση δράστης, ώστε να του καταλογιστεί, απέχει από το αντικειμενικό μέγεθος της επιμέλειας του μέσου δράστη της κατηγορίας του.**

Τέλος, προς ολοκλήρωση της προβληματικής, η επιμέλεια του ιατρού προσδιορίζεται και από τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη ή συγκεκριμένη ιατρική ανάγκη. Στην ιατρική επιστήμη γίνεται κατά βάση δεκτό το αξίωμα “δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς”<sup>15</sup> και ακόμα και οι θεμελιώδεις κανόνες της ιατρικής επιστήμης αποσκοπούν απλώς στη συστηματοποίηση της γνώσης και διακατέχονται από σχετικοποίηση, γι' αυτό θα πρέπει να εξετάζονται σε συνάρτηση με τις κατ'ιδίαν συνθήκες και περιστάσεις της συγκεκριμένης περίπτωσης, όπως ευρήματα και συμπτώματα<sup>16</sup> που αποτελούν ερεθίσματα για τη όχι μόνο για τα επιστημονικά πορίσματα,

<sup>12</sup>Καραγεωργίου Κ., Η ποινική εκτίμηση ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, 1996, σελ. 35

<sup>13</sup>Μανωλεδάκης Ι., Ποινικό Δίκαιο, Άρθρα 1-19 ΠΚ, Επιτομή Γενικού Μέρους, 2005, σελ. 730-731. Ζήτημα καταλογισμού έγκειται όταν κάποιος βρίσκεται σε κατάσταση υπνηλίας, ενώ ενδέχεται να έχει γνωστική συνείδηση του αδίκου, δεν μπορεί να κατευθύνει τα μέλη του και να συμμορφωθεί στις αξιολογήσεις του μυαλού του, όπως μια νοσοκόμα που δεν μπορεί να πειθαρχήσει το κατάκοπο σώμα της.

<sup>14</sup>ΣυμβΠλημΒόλ 119/1985, ΠοινΧρ 1985, σελ.738 επ., εισαγγελική πρόταση Μπέσσα που εν τέλει έγινε δεκτή στο να αντιμετωπιστεί επιεικώς ο ειδικευόμενος ιατρός, ακριβώς γι' αυτό το λόγο.

<sup>15</sup> Καραγεωργίου Κ., Η ποινική εκτίμηση ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, 1996, σελ. 35

<sup>16</sup> Βλ. Σακελλαροπούλου Β., Λάλα Δ., Σακελλαροπούλου Θ., Ιατρικό σφάλμα και guidelines στην ποινική δίκη, ΠοινΔικ 2013, σελ. 177-178, όπου υποστηρίζεται ότι απαιτείται ευελιξία προσαρμογής στα δεδομένα που τίθενται υπόψη του γιατρού και συνδέονται με την κατάσταση της υγείας του συγκεκριμένου ασθενούς. Είναι αναμφισβήτητο ότι ο οργανισμός κάθε ασθενούς αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα, αλλά και πέρα από αυτό, οι οδηγίες, εφόσον υπάρχουν, παρέχουν γενικές κατευθύνσεις, δεν παρέχουν λεπτομερώς, βήμα προς βήμα το πως θα αντιμετωπιστεί μια κατάσταση.

αλλά και για τη βούληση και νόηση του ιατρού.<sup>17</sup> Παρομοίως, κατά τον *Μυλωνόπουλο*<sup>18</sup>, ο δράστης μπορεί να μην ήταν σε θέση να προβλέψει in concreto το αποτέλεσμα και τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ αυτού και της πράξης του. Για τη διαπίστωση αυτή δεν είναι δυνατή η προσφυγή σε μια κοινή αργιοσί συνισταμένη.<sup>19</sup>

**Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε (κατά τη γνώμη μου) την εξωτερική αμέλεια ως μια σταθερά και την εσωτερική αμέλεια ως μια μεταβλητή σε μια ευρεία εξίσωση με ζητούμενο την ποινική ευθύνη. Τούτο διότι η εξωτερική αμέλεια χαράζει έναν κύκλο ανεξάρτητο από τις ιατρικές γνώσεις και ικανότητες του ενεργούντος<sup>20</sup>, συνεπώς με τα ίδια κριτήρια για τον ειδικευμένο, τον ειδικευόμενο και τον ανειδίκευτο, για τον έμπειρο και τον άπειρο. Γι' αυτό στο παρόν κεφάλαιο δε γίνεται διαχωρισμός ανάλογα με το επίπεδο ειδίκευσης του γιατρού.**

### **Πως προσεγγίζει η νομολογία τον διαχωρισμό**

Τα όρια αλλά και τα κριτήρια οριοθέτησης της εξωτερικής και εσωτερικής αμέλειας **φαίνονται ιδιαίτερα συγκεκριμένα**, όπως συνάγεται και από τα παρακάτω. Με μια πρώτη εξέταση κατ' αρχάς, εντοπίζεται κάποια **απροσδιοριστία στην ελληνική δικαστηριακή πρακτική<sup>21</sup> για το αν το έγκλημα από αμέλεια εμφανίζει ως προς αυτήν αντικειμενική και υποκειμενική φύση.**

Αφενός στην ελληνική επιστήμη, την οποία ακολουθούν πολλά δικαστήρια ουσίας, έχει επικρατήσει η άποψη ότι η αμέλεια δεν συνδέεται μόνο με μια εσωτερική ψυχική κατάσταση του δράστη που στοιχειοθετεί την υποκειμενική υπόσταση (εσωτερική αμέλεια).

Υπό το πρίσμα αυτό, η εξωτερική αμέλεια εν γένει συνίσταται στην παράβαση ενός κανόνα επιμελείας και η εξωτερική ιατρική αμέλεια ειδικότερα θεμελιώνεται στο ότι ο ιατρός είχε τη δυνατότητα, που υποδηλώνει η επιστημονική του ιδιότητα ως γιατρού, ανεξαρτήτως άλλων παραγόντων, να διαγνώσει ότι η συμπεριφορά του είναι αντικειμενικά πλημμελής και επικίνδυνη για ένα έννομο αγαθό και να ανατρέψει την πορεία προς το επελθόν αποτέλεσμα. Η δυνατότητα αυτή ενδέχεται να λάβει τη μορφή είτε της εσφαλμένης διάγνωσης είτε της μη διάγνωσης μιας νόσου αλλά μόνο υπό προϋποθέσεις που συστέλλουν το πεδίο της περιπτώσιολογίας αυτής. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται πως αυτή η πλημμελής διάγνωση ή απουσία διάγνωσης δεν αρκεί από μόνη της για να θεμελιώσει εξωτερική αμέλεια, αλλά θα **πρέπει να λάβει χώρα αντίθετα με τη συμμόρφωση σε κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της**

<sup>17</sup> ΣυμβΠλημΘεσ 546/2005, ΠοινΔικ 2005, σελ.1133 επ., εισαγγελική πρόταση *Νικολοπούλου Ν.*

<sup>18</sup> *Μυλωνόπουλος*, ο.π., σελ.329

<sup>19</sup> *Κοτσιανός Σ. Αθ.*, Η ιατρική ευθύνη, 1976, σελ. 68-69, όπου αναφέρει ότι απρόβλεπτες επιπλοκές μπορούν να εξουδετερώσουν και τις προσπάθειες του πιο ικανού γιατρού

<sup>20</sup> *Καραγεωργίου*, ο.π.,σελ.36

<sup>21</sup> ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, Εισαγγελική Πρόταση *Σατλάνη Χ.*, ΠοινΔικ 11/2001, σελ.1114 επ.



ιατρικής επιστήμης<sup>22</sup>, όπως η λήψη του ιστορικού του ασθενούς, εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες, συμβουλές άλλων ιατρών κτλ.

Αφετέρου, στη νομολογία του Αρείου Πάγου, κατ' αρχήν κατά την ίδια κατεύθυνση, γίνεται δεκτό σχετικά με την ευθύνη του ιατρού για σωματική βλάβη και ανθρωποκτονία από αμέλεια, ότι υπάρχει στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες το αποτέλεσμα οφείλεται σε παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και η ενέργεια του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικώς επιβαλλόμενο καθήκον επιμελείας<sup>23</sup>. **Ωστόσο, ο Άρειος Πάγος, μολονότι περιγράφει τα στοιχεία της εξωτερικά αμελούς συμπεριφοράς, δε φαίνεται να έχει συλλάβει εναργώς τη δογματική αυτοτέλεια της εξωτερικής αμέλειας ως στοιχείου της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων αμέλειας, αντίθετα, εν απουσία διακρίσεως, συνήθως τη συγχέει εννοιολογικά με την υπαιτιότητα του προσώπου<sup>24</sup>, ώστε να θεμελιωθεί η ενοχή του ή σε κάποιες αποφάσεις κάνει έναν de facto διαχωρισμό.** Ακόμα και τότε όμως, όταν ο δικανικός συλλογισμός μπορεί να οδηγήσει έμμεσα σε αυτή την παραδοχή, δεν είναι ξεκάθαρη η διάκριση.<sup>25</sup>

**Σαν να μην έφτανε αυτό, σε αποφάσεις της επείγουσας ιατρικής, για να εξηγηθεί ο αιτιώδης σύνδεσμος γίνεται σύνδεση ανάμεσα στην υπαιτιότητα του δράστη και στο αποτέλεσμα, δηλαδή πριν τη θεμελίωση του αδικού γίνεται ένα συλλογιστικό άλμα προς τον καταλογισμό και ύστερα μια μεταπήδηση πάλι προς τα πίσω, όπως στην ΑΠ 1206/2006<sup>26</sup> όπου εξηγείται ότι οι παραδοχές της αναιρεσιβαλλόμενης περιέχουν “τον αξιούμενο από την παραπάνω διάταξη του άρθρου 28 ΠΚ αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ δια της παραλείψεως τελεσθείσας συμπεριφοράς του αναιρεσιόντος και του επελθόντος αποτελέσματος”.**

**Σε κάποιες νεότερες αποφάσεις, όπως στην ΑΠ 750/2015<sup>27</sup> το ζήτημα του εν τοις πράγμασι διαχωρισμού εξωτερικής και εσωτερικής αμέλειας μπορούμε να το συνάγουμε ευκολότερα.** Εν προκειμένω, στην αρχή παρατίθεται ένα αντικειμενικό-σταθερό μέγεθος και ύστερα ένα υποκειμενικό-μεταβλητό. Αφενός, στα πραγματικά περιστατικά κρίθηκε πως η προαναφερθείσα πράξη (παράλειψη) του κατηγορουμένου ωτορινολαρυγγολόγου ιατρού οφείλεται σε έλλειψη της επιβαλλόμενης κατά το πρότυπο του μέσου συνετού ιατρού προσοχής (αντικειμενική - εξωτερική αμέλεια), την οποία μπορούσε, υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις, να καταβάλει. Εξαιτίας αυτής δεν πρόβλεψε το αποτέλεσμα της παράλειψής του, ήτοι τέλεσε την αποδιδόμενη σε αυτόν αξιόποινη πράξη από μη συνειδητή αμέλεια (σύνδεσμος του

<sup>22</sup> ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, Εισαγγελική Πρόταση Σατλάνη Χ., ΠοινΔικ 11/2001, σελ.1115

<sup>23</sup> Α.Π. 419/2000 Ποιν. Χρ. 2000 σελ. 910, Α.Π. 1492/1998 Ποιν. Χρ. 1999 σελ. 895

<sup>24</sup> ΑΠ 76/2004, ΠοινΧρ. 2004, σελ.775-777

<sup>25</sup> ΑΠ 1416/1997, Υπερ 1998, σελ.1049 επ. με παρατηρήσεις Καϊάφα-Γκιμπάντι.

<sup>26</sup> ΑΠ 1206/2006, <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

<sup>27</sup> ΑΠ 750/2015, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

συγκεκριμένου ατόμου με την πράξη - εσωτερική αμέλεια, δηλαδή υπαιτιότητα).

Τα δικαστήρια ουσίας, από την άλλη, όπως προειπώθηκε, είναι πιο συνεπή στο να αναγνωρίζουν την εξωτερική αμέλεια ως επιπρόσθετο στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης, αλλά συνήθως και αυτά αρκούνται στη στερεοτυπική και ταυτολογική επανάληψη που δίδει και το ακυρωτικό δικαστήριο ότι ο ιατρός δεν τήρησε τους κοινώς αναγνωρισμένους αδιαμφισβήτητους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και το επιβαλλόμενο ιατρικώς καθήκον επιμέλειας του μέσου ιατρού.<sup>28</sup>

Κλείνουμε με τη -λαμπρή εξαίρεση στον κανόνα- διατύπωση της ΑΠ 1211/2007,<sup>29</sup> όπου με δογματική συνέπεια διαχωρίζονται οι δύο έννοιες, καθώς *«ενόψει της διάκρισης της αμέλειας σε μη συνειδητή και ενσυνείδητη, το Δικαστήριο της ουσίας, όταν απαγγέλλει καταδίκη για έγκλημα από αμέλεια, πρέπει να εκθέτει στην απόφασή του με σαφήνεια ποιο από τα ανωτέρω δύο είδη αμέλειας συνέτρεξε στην συγκεκριμένη περίπτωση, διότι αν δεν εκθέτει τούτο σαφώς ή δέχεται και τα δύο είδη δημιουργείται ασάφεια και αντίφαση, η οποία καθιστά ανέφικτο τον ανααιρετικό έλεγχο για την ορθή ή μη εφαρμογή της ουσιαστικής ποινικής διάταξης και ιδρύεται εντεύθεν λόγος αναιρέσεως για έλλειψη νόμιμης βάσης»*. Την ελπιδοφόρα αυτή κατευθυντήρια γραμμή θα πρέπει να ακολουθήσουν εν γένει οι ακυρωτικές αποφάσεις στο όνομα μιας, αληθινά και όχι κατ'επίφαση, πλήρους και εμπειριστατωμένης αιτιολογίας.

<sup>28</sup> Α.Π. 419/2000 Ποιν. Χρ. 2000 σελ. 910, Α.Π. 555/1997 Ποιν.Χρ. 1998 σελ. 126

<sup>29</sup> ΑΠ 1211/2007, Ποιν.Λογ 2007, σελ. 857

## **B. Εφαρμογή της παράλειψης του άρθρου 15 ΠΚ**

### **B1) Πως διακρίνεται η παράλειψη**

Η δικαστηριακή πρακτική στην ιατρική ευθύνη και δη στην επείγουσα, σε πλείονες περιπτώσεις προβαίνει σε μια στερεοτυπική επανάληψη της εφαρμογής του άρθρου 15 ΠΚ, ακόμα και σε ιατρικές συμπεριφορές πιο πολύπλοκες, με ενυπάρχουσες ενέργειες που αλληλοσυμπλέκονται με τις παραλείψεις. Γιατί συμβαίνει αυτό;

Η νομολογία του ΑΠ<sup>30</sup> προσπαθεί να ορίσει την παράλειψη από αμέλεια, ως εφραπτόμενη έννοια της απλής αμέλειας ως εξής: *Η παράλειψη ενυπάρχει σε κάθε είδος αμέλειας, αφού το ένα σκέλος της ευθύνης συνίσταται, στην μη καταβολή της προσοχής, δηλαδή σε παράλειψη. Όταν όμως η αμέλεια δεν συνίσταται σε ορισμένη παράλειψη, αλλά σε σύνολο συμπεριφοράς που προηγήθηκε του αποτελέσματος, τότε για τη θεμελίωση της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, ως εγκλήματος που τελείται με παράλειψη, απαιτείται η συνδρομή και των όρων του άρθρου 15 του ΠΚ.* Κατά τη διάταξη αυτή, όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης, απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του, τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης, είχε ιδιαίτερη (δηλαδή ειδική και όχι γενική) νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος.

Όπως προειπώθηκε και χρήζει ενδελεχέστερης εξέτασης, κατά τη νομολογία του ΑΠ, υπάρχουν δύο είδη “παραλείψεων”. Η αμέλεια εμπεριέχει πάντα παράλειψη γιατί πάντοτε συνιστά απουσία της ενδεδειγμένης προσοχής, ωστόσο η παράλειψη που εμπεριέχεται στην αμέλεια ως κανόνας αντιδιαστέλλεται από την προβλεπόμενη στο άρθρο 15 ΠΚ ως εξαίρεση. Τούτο διότι η αναφορά στη νομοτυπική μορφή του άρθρου 15 είναι αναγκαία μόνο όταν η αμέλεια συνδεδεμένη με την παράλειψη συνιστά το σύνολο της συμπεριφοράς που προηγήθηκε. Με άλλα λόγια, για να υπάρξει έγκλημα που τελέστηκε εξ αμελείας δια παραλείψεως, πρέπει η εξωτερική αμέλεια του δράστη να μην συνίσταται σε θετική ενέργεια, αλλά μόνο σε παράλειψη (ή παραλείψεις) και η παράλειψη αυτή να αποτελεί στη συγκεκριμένη περίπτωση το σύνολο της συμπεριφοράς του δράστη που προηγήθηκε του αποτελέσματος.

**Κατά τη γνώμη της γράφουσας ο ορισμός της παράλειψης μέσω της σύνδεσής της με την αμέλεια δεν είναι πραγματικός ορισμός, ούτε επαρκής γιατί οδηγεί σε έναν κύκλο λογικής και εν τέλει σε λήψη του ζητουμένου. Τούτο διότι η νομολογία για να εξηγήσει την παράλειψη χρησιμοποιεί την αμέλεια και για να εξηγήσει την αμέλεια χρησιμοποιεί την παράλειψη (παράλειψη = σε κάθε αμέλεια, παράλειψη του άρθρου 15 = σε συνολική αμέλεια - η κάθε αμέλεια έχει μέσα της παράλειψη).**

Στο παραπάνω ζήτημα της σχέσης και διάκρισης παράλειψης και αμέλειας, η νομολογία από το

<sup>30</sup> ΑΠ 880/2013 και ΑΠ 640/2011, <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

πρίσμα της νομικής επιστήμης κρίνεται ασταθής και αβέβαιη<sup>31</sup> από τη νομική θεωρία. Η νομολογία δεν φαίνεται να δίνει κάποιο ασφαλές κριτήριο διάκρισης του αμελούς εγκλήματος ενέργειας από εκείνο της παράλειψης και συγχέει ακόμη περισσότερο το τοπίο γιατί θεωρεί ότι όλα τα εγκλήματα αμελείας (ενέργειας και παράλειψης) περιλαμβάνουν εκ προοιμίου μια παράλειψη. Έτσι όμως ταυτίζεται ανεπίτρεπτα η αμέλεια με την παράλειψη με το επιχείρημα ότι η δεύτερη ενυπάρχει στην πρώτη, ενώ αυτό δεν γίνεται πάντοτε, όπως για παράδειγμα στην αμέλεια περί την ανάληψη του εγχειρήματος η οποία φαίνεται να συνίσταται σε αμιγή ενέργεια (βλ σε επόμενο κεφάλαιο). Τα πράγματα γίνονται ακόμη δυσκολότερα στις περιπτώσεις σύνθετης συμπεριφοράς, όπου πράξεις και παραλείψεις διαδέχονται η μία την άλλη και αλληλοσυσχετίζονται. Η νομολογία αντιμετωπίζει πλημμυρώς τέτοια ζητήματα, που φυσικά δεν καλύπτονται από τον ανωτέρω προβληματικό ορισμό γιατί δεν παραθέτει κάποιο ασφαλές κριτήριο διάκρισης, αντιθέτως αντιμετωπίζει την πολυσήμαντη συμπεριφορά ως έγκλημα παράλειψης και επαναλαμβάνει ευλαβικά την εφαρμογή του άρθρου 15, στο χώρο της επείγουσας ιατρικής, αδιακρίτως της περίπτωσης<sup>32</sup>.

Στην προσπάθεια ανίχνευσης ενός κριτηρίου, θα μπορούσε να πει κανείς, σε περιπτώσεις πολύπλοκων ιατρικών πράξεων, όπου αλληλεπιδρούν και εναλλάσσονται θετικές ενέργειες με παραλείψεις ότι αυτό που έχει σημασία ως κριτήριο είναι το αν η εκάστοτε ενέργεια ή παράλειψη συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη ηθικοκοινωνική απαξία ή σε κάθε περίπτωση είναι πιο καθοριστική για την έκβαση των πραγμάτων.

Ωστόσο επειδή τα ανωτέρω κριτήρια ενέχουν κάποια αοριστία (ποια πράξη άραγε ενέχει ηθικοκοινωνική απαξία και ποια όχι;), θα μπορούσε να εφαρμοστεί το κριτήριο της παράβασης απαγορευτικού κανόνα με κοινωνικό νόημα για να στοιχειοθετηθεί ενέργεια και επιτακτικού για να στοιχειοθετηθεί παράλειψη και από τις πολλές πράξεις να προτιμηθεί αυτή που οδηγεί αιτιωδώς στο αποτέλεσμα.<sup>33</sup>

Θα μπορούσε να πει κανείς επίσης, στην επείγουσα ιατρική, οι ενέργειες σκιαγραφούν και νοηματοδοτούν την απαξία της παράλειψης που είναι το κραταιόν σημείο αναφοράς. Για όλους τους ανωτέρω λόγους, ίσως η νομολογία δέχεται πως υπερισχύει η παράλειψη στην περιπτωσιολογία της ιατρικής αμέλειας εν γένει και όχι μόνο στα Τ.Ε.Π., ιδίως στο ζήτημα της μη προσέλευσης των ευρισκόμενων σε on call εφημερία γιατρών στα ΤΕΠ και της αδικαιολόγητης απουσίας των ευρισκόμενων σε ενεργή εφημερία, γιατί σε τέτοιες περιπτώσεις είναι πρόδηλο πως η παράλειψη υπερισχύει των αλληλοσμπλεκόμενων ενεργειών (πχ εσφαλμένων τηλεφωνικών οδηγιών), όποιο κριτήριο κι αν δεχτούμε.<sup>34</sup>

Κατά άλλη άποψη, θα πρέπει να βρεθεί η πράξη που θέτει κάτω από τις συγκεκριμένες κάθε

<sup>31</sup> Μυλωνόπουλος, ο.π., σελ.316-317

<sup>32</sup> ΑΠ 290/2004, Ποιν Δικ 2004, σελ. 737, όπου τίθεται ζήτημα σύνθετης συμπεριφοράς όπου περιλαμβάνει και ενέργειες και παραλείψεις με αποτέλεσμα το δικαστήριο να δεχθεί την εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ.

<sup>33</sup> Μυλωνόπουλος, ο.π., σελ.316-317

<sup>34</sup> ΑΠ 290/2004, Ποιν Δικ 2004, σελ. 737

φορά περιστάσεις εμπειρικούς όρους κινδύνου και λειτουργεί αυτοδύναμα στη βλάβη του εννόμου αγαθού και έτσι να διαγνωστεί αν πρόκειται για ενέργεια ή παράλειψη.<sup>35</sup>

Επιβάλλεται να υπομνησθεί πως η πρακτική σημασία της ανθρωποκτονίας από αμέλεια δια παραλείψεως του ιατρού κατ' εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ έγκειται στο ότι αν επεδείκνυε την ίδια συμπεριφορά κάποιος άλλος που δεν είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση δεν θα είχε ποινική ευθύνη επί ανθρωποκτονίας (παρά μόνο ίσως κατά το άρθρο 307 ΠΚ), ενώ υπό την αντίθετη εκδοχή δε θα υπήρχε καμία διαφοροποίηση, αντιστοίχως και για τη σωματική βλάβη. Ωστόσο, κατά τη γνώμη της γράφουσας, η πρακτική σημασία δε σταματά εκεί αλλά είναι θεμελιώδης για την ποινική ευθύνη γιατί σε παραλείψεως μη γνήσιο έγκλημα κατ' εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ ο αιτιώδης σύνδεσμος διαφοροποιείται καθοριστικά, απαιτώντας πιθανολόγηση επέλευσης του αποτελέσματος στα όρια της βεβαιότητας, όπως αναλύεται σε άλλο σημείο. Επομένως άλλες προδιαγραφές υπάρχουν εκ των πραγμάτων στο να καταφαθεί ιατρική ποινική ευθύνη στη μια και άλλες στην άλλη περίπτωση, καθιστώντας αναγκαίο να γίνεται οριοθετημένη διάκριση στη δικαστηριακή πρακτική, χάριν της ασφάλειας δικαίου.

---

<sup>35</sup> *Καϊάφα-Γκμπάντι*, Εμβάθυνση, ο.π., σελ. 514, όπου επικρίνει ταυτόχρονα την τακτική της νομολογίας να δέχεται αδιακρίτως παράλειψη

## **B2. Πως διακρίνεται η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση:**

Ποιος ιατρός όμως έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση κατ' εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ; Στη νομική θεωρία έχει διατυπωθεί<sup>36</sup> πως δεν έχει κάθε ιατρός ανεξαιρέτως αυτή την υποχρέωση αποτροπής του αξιόποινου αποτελέσματος, αλλά μόνο όποιος έχει αναλάβει με σύμβαση ή από προηγηθείσα παρακολούθηση και συναφή εσφαλμένη θεραπευτική αγωγή τη θέση του εγγυητή της ασφάλειας της ζωής ή της υγείας του συγκεκριμένου ασθενούς (δηλαδή φαίνεται να το θεμελιώνει και στην προγενέστερη επικίνδυνη ενέργεια). **Προφανώς, η δικαιοπολιτική σκοπιμότητα της συγκεκριμένης άποψης κατατείνει στην περιστολή του κινδύνου υπέρμετρης διεύρυνσης του αξιόποινου, ώστε να μην επισκιάζεται η επικουρία και ενάσκηση της ιατρικής επιστήμης από έναν διαρκή φόβο για την αναπάντεχη υπεισέλευση του ιατρού στο εδώλιο του κατηγορουμένου.** Κατά παρόμοια κατευθυντήρια γραμμή, στην ΑΠ 1709/2007<sup>37</sup>, στο σκεπτικό της αναιρεσιβαλλόμενης απόφασης αναφέρεται ότι ο κατηγορούμενος θεράπων ιατρός της παθούσας είχε και τη σχετική ευθύνη έναντι αυτής από τη σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, ώστε να συνάγεται εξ αντιδιαστολής ότι η ιατρική ιδιότητα αυτή καθαυτή δεν θεμελιώνει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση, ενώ το Ακυρωτικό συμπληρώνει ότι η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του κατηγορουμένου προς παρεμπόδιση της επελεύσεως του θανάτου της ασθενούς πηγάζει από προηγηθείσες ενέργειες και παραλείψεις του ιατρού που συγκροτούν την αμελή συμπεριφορά του.

Παρά την εν λόγω πλεονεκτικηματική προσέγγιση, η ανωτέρω άποψη έχει αμφισβητηθεί<sup>38</sup> με δικαιολογητική βάση αφενός τη νομοθεσία από την οποία προκύπτει η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού για σωματική επέμβαση (προφανώς τέτοιος είναι και ο μεταγενέστερος από τη διατυπωθείσα άποψη και πλέον ισχύων Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας).

Αφετέρου στηρίζεται στο *argumentum ad absurdum* ότι οι νοσοκομειακοί γιατροί, οι οποίοι δεν συνάπτουν συμβάσεις με τους ασθενείς και στους οποίους στρέφονται οι τελευταίοι σε κατεπείγουσες περιπτώσεις, δεν θα είχαν καμία νομική υποχρέωση για σωστική ενέργεια.

Γενικότερα, η ιδιαίτερη δε νομική υποχρέωση του ιατρού να αποτρέψει το αξιόποينو αποτέλεσμα του θανάτου του ασθενούς απορρέει από το νόμο και τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας και από την εγγυητική θέση αυτού απέναντι στην ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς που δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης ως ένδειξη της επιστημονικής δραστηριότητας.<sup>39</sup>

Στα επείγοντα περιστατικά, η βασική πηγή της ιδιαίτερης υποχρέωσης του γιατρού εκπορεύεται **από το άρθρο 9 παρ.3 Κώδ.ΙατρΔ**, το οποίο, κατά την ορθότερη άποψη, όπως αναλύεται στα

<sup>36</sup> Κωστάρας Α., Θεμελιώνει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση μόνη η ιδιότητα του ιατρού; Υπερ 1994, σελ. 1211

<sup>37</sup> ΑΠ 1709/2007, ΠοινΧρ 2008, σελ. 544

<sup>38</sup> ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, Εισαγγελική Πρόταση Σατλάνη Χ., ΠοινΔικ 11/2001, σελ.1115

<sup>39</sup> ΑΠ 1416/1997, Υπερ 1998, σελ.1049. Βλ και Μυλωνόπουλο, ο.π., σελ.357 επ.

σχετικά κεφάλαια, ισχύει αδιακρίτως της ειδικότητας αλλά και το επιπέδου εξειδίκευσης του γιατρού. **Θα μπορούσε να διατυπωθεί πως η καθολικότητα της υποχρέωσης επεκτείνεται τόσο οριζόντια (σε ειδικό γιατρό άλλης ειδικότητας) τόσο και κάθετα, κατά ιεραρχική κλιμάκωση ευθυνών και πείρας (στον διευθυντή του νοσοκομείου, των ΤΕΠ, στον απλό ειδικευμένο, στον ειδικευόμενο, στον ανειδίκευτο).** Στην επείγουσα ιατρική η εγγυητική θέση του γιατρού συνδέεται αναπόσπαστα με την εφημερία. Ενδεικτικά, πχ στην ΑΠ 436/2012<sup>40</sup>, γίνεται δεκτό πως ο εφημερεύων γιατρός έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση **από αυτήν ακριβώς την ιδιότητά του**, καθώς η ειδικότητά του θεμελιώνει την εγγυητική του θέση απέναντι στην ασφάλεια της ζωής της συγκεκριμένης ασθενούς (με κριτήριο την εγγύτητα της θέσης του προς ανάσχεση του αποτελέσματος του θανάτου ή της σωματικής βλάβης).

Επιπροσθέτως, είναι δυνατόν να δεχτεί το δικαστήριο την θεμελίωση ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης, **εκτός του άρθρου 9 παρ.3**, επί εν τοις πράγμασι επιληφθέντος περιστατικού, όπως γίνεται λόγος στο σχετικό σημείο. Κατά την ΑΠ 1034/2013,<sup>41</sup> κρίθηκε ορθή η καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια, ειδικευμένου επιληφθέντος εν τοις πράγμασι ιατρού που ήταν φίλος και μακρινός συγγενής του ασθενούς που δεν όφειλε εξ αρχής να επιληφθεί, αλλά από τη στιγμή που επελήφθη, δημιουργήθηκε de facto νομική υποχρέωση.<sup>42</sup>

Τέλος, μπορεί να προκύπτει και από προηγούμενη διαγνωστική παρέμβαση που συνιστά προγενέστερη επικίνδυνη ενέργεια, όπως γίνεται δεκτό στην ΑΠ 750/2015<sup>43</sup> που αφορά μη προσέλευση ειδικού γιατρού σε εφημερία ετοιμότητας. Το δικαστήριο δέχτηκε πως για αυτή την ενέργεια είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση, *απορρέουσα από το άρθρο 9 του ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας), την («εν εφημερία») ειδικότητά του και την προηγηθείσα (στις 8-7-2007) διαγνωστική παρέμβασή του, η οποία τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο με το αποτέλεσμα του θανάτου διότι «επέτρεψε» την πρόκλησή του από την εκδήλωση της αθρόας αιμορραγίας (η οποία ήταν λίαν πιθανή, καθώς είχαν προηγηθεί δύο άλλες με μεσοδιάστημα μικρότερο των 48 ωρών) και την περαιτέρω μη έγκαιρη αντιμετώπιση με επιπωματισμό, διασωλήνωση και χειρουργική επέμβαση.*

---

<sup>40</sup> ΑΠ 436/2012, ΝΟΜΟΣ

<sup>41</sup> ΑΠ 1034/2013 δημοσ. ΝΟΜΟΣ

<sup>42</sup> Βλ. και Λιούρδη Α., Ιατρική ποινική ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σελ. 166-167, όπου διατείνεται τη θεμελίωση ειδικής νομικής υποχρέωσης όταν ο γιατρός υπόσχεται να βοηθήσει αλλά δεν το κάνει.

<sup>43</sup> ΑΠ 750/2015, ΝΟΜΟΣ.

**Γ. Η προβληματική της θεμελίωσης του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική αμέλεια εν γένει και στις επείγουσες καταστάσεις ειδικότερα (νομολογιακές αναφορές)**

**Γ1. Μελέτη ως προς την μείζονα πρόταση: Υιοθέτηση θεωριών περί αιτιώδους συνδέσμου από τη νομολογία**

*Χρήση αόριστων κριτηρίων*

Η ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου (ή αλλιώς αιτιώδους συνάφειας) θεωρείται **άγραφο, υπορρήτως εννοούμενο στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος και επομένως, από άποψη δογματικής και νομοτεχνικής συνέπειας, ερευνάται πριν από την εξέταση της υποκειμενικής κάλυψης της πράξης.**

Λόγω της φύσης του ως συνδετικού κρίκου, δεν μπορεί να οριστεί αυτοτελώς, χωρίς τον προσδιορισμό των δύο στοιχείων που ενώνει, συγκεκριμένα, χωρίς τον προσδιορισμό αφενός του αξιόποινου αποτελέσματος (που εν προκειμένω είναι ο θάνατος ή η σωματική βλάβη) και αφετέρου της ενέργειας ή της παράλειψης του γιατρού που οδήγησε στο αποτέλεσμα.

Θα πρέπει να τονιστεί, αν και μοιάζει αυτονόητο, πως δεν μας ενδιαφέρει αυτή καθαυτή η εξέταση της αιτιώδους σύνδεσης του θανάτου-σωματικής βλάβης με την πάθηση του ασθενούς, αλλά με την ενέργεια ή παράλειψη του γιατρού. Δεν μας ενδιαφέρει αν ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο λόγω κάποιας άλλης εγκληματικής ενέργειας σε βάρος του, δεν εξετάζουμε άλλους αιτιώδεις όρους αυτοτελώς, παρά μόνο σε συσχέτιση με την νομικά ενδιαφέρουσα, εγκληματική συμπεριφορά που δεν είναι άλλη από την ιατρική ευθύνη.

Στην προκείμενη έρευνα δε θα προβούμε σε εξαντλητική παράθεση όλων των θεωριών που υποστηρίζονται για τον αιτιώδη σύνδεσμο, παρά μόνο σε περιπτωσιολογική αναφορά υπό τη σκοπιά της αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών από την δικαστηριακή πρακτική, που ενίοτε ενστερνίζεται ορισμένες από τις θεωρίες αυτές.

Στη νομολογία για την ιατρική ευθύνη, όπως και εν γένει, κρατούσα είναι η εφαρμογή της θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων, συσταλτικώς ερμηνευόμενη, δηλαδή με την προσθήκη αξιολογικών στοιχείων που περιορίζουν τον κύκλο των όρων που οδηγούν στο αποτέλεσμα. Όμως, οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται ανεξέλεγκτα, χωρίς να διακρίνονται μεταξύ τους και χωρίς να οριοθετούνται, όπως θα δούμε στη συνέχεια. Συγκεκριμένα, μεταξύ των δεοντολογικών-αξιολογικών κριτηρίων που χρησιμοποιεί η νομολογία του Αρείου Πάγου, στη μείζονα σκέψη και συγκεκριμένα στον γενικό ορισμό για την εφαρμοστέα θεωρία στο ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου, ρητά αναφέρει το κριτήριο της ενεργούς ή άμεσης αιτιότητας. Οι δύο αυτοί όροι φαίνεται να αντιμετωπίζονται ως επάλληλες έννοιες με το ίδιο ακριβώς



περιεχόμενο, χωρίς όμως να αναφέρονται διαζευκτικά. Η πανομοιότυπη διατύπωση που χρησιμοποιείται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι «η πράξη ή η παράλειψη του δράστη τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο με το αποτέλεσμα που επήλθε, όταν αυτή, κατά την κοινή αντίληψη, είναι εκείνη που άμεσα προκάλεσε το αποτέλεσμα και συνεπώς βρίσκεται σε άμεση αιτιότητα προς αυτό. Αρκεί δε, προς θεμελίωση της ευθύνης, η πράξη ή η παράλειψη να ήταν ένας από τους παραγωγικούς όρους του αποτελέσματος, χωρίς τον οποίο δεν θα επερχόταν αυτό, αδιαφόρως αν συνέβαλαν και άλλοι όροι, αμέσως ή εμμέσως. Τούτο δε γιατί η κρατούσα στο ποινικό δίκαιο άποψη ακολουθεί τα πορίσματα της θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων, υπό την παραλλαγή της ενεργού αιτίας, εν αντιθέσει προς τη θεωρία της πρόσφορης αιτιότητας, η οποία επικρατεί όσον αφορά την αστική ευθύνη»<sup>44</sup> **Κατά τη γνώμη της γράφουσας, παρά το φιλτράρισμα του αχανούς πεδίου του ισοδυνάμου των όρων, μέσα από τους αξιολογικούς χαρακτηρισμούς της άμεσης αιτιότητας, της ενεργού αιτίας και των παραγωγικών όρων του αποτελέσματος, ο Άρειος Πάγος προσπαθεί να αποφύγει μια σύγχυση αλλά υποπίπτει τελικά σε μια άλλη. Χρησιμοποιεί πολλούς όρους αδιακρίτως, για να απομονώσει τους όρους που είναι πιο κοντά στο αποτέλεσμα και χωρίς να είναι σαφές αν αποκλίνουν συγκλίνουν ή αν εφάπτονται εν μέρει.**

**Η επίκληση τη θεωρίας της ενεργού αιτίας από τη νομολογία, όπως για παράδειγμα στην ΑΠ 35/2016<sup>45</sup>, που εξετάζει τη συγκλίνουσα αμέλεια γιατρών σε επείγον περιστατικό, δε φαίνεται η πλέον σαφής και ασφαλέστερη. Τούτο διότι από όλους τους όρους που συντέλεσαν στην παραγωγή ενός αποτελέσματος λαμβάνεται υπόψη μόνο ο δραστικότερος.<sup>46</sup> Ποιος όμως είναι ο δραστικότερος όρος; Επίσης, δεν πρέπει να λησμονούμε πως για να βρεθεί ο δραστικότερος όρος, θα πρέπει αρχικά να βρεθούν όλοι οι όροι, κάτι ανεπίτρεπτα χαώδες στο χωρικό πεδίο του ποινικού δικαίου, που πρέπει να λειτουργεί με προβλεψιμότητα.**

*Όταν απουσιάζει η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά. Σύγχυση ανάμεσα σε αιτιώδη σύνδεσμο και (εξωτερική) αμέλεια*

Εκτός από τους ανωτέρω δεοντολογικούς-αξιολογικούς κανόνες, ενίοτε, η νομολογία καταφεύγει σε επίκληση κριτηρίων που θα μπορούσε να πει κανείς πως οδηγούν στην ουσιαστική αλλά ανομολόγητη εφαρμογή της θεωρίας του αντικειμενικού καταλογισμού, όπως θα δούμε παρακάτω. Ο αντικειμενικός καταλογισμός του αποτελέσματος είναι νεότερη

<sup>44</sup> ΑΠ 809/2015, ΠοινΔνη 2016, σελ.1176 Σημειώνεται πως ο αιτιώδης δε σύνδεσμος κατά το δίκαιο της αστικής ευθύνης αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τα πολιτικά και διοικητικά δικαστήρια, κατά την αρχή της πρόσφορης αιτιότητας που συνιστά και αυτή έναν τρόπο συστολής του κύκλου του ισοδυνάμου των όρων δηλαδή όταν, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας, η πράξη ή η παράλειψη είναι επαρκώς ικανή (πρόσφορη) και μπορεί αντικειμενικά κατά τη συνήθη και κανονική πορεία των πραγμάτων να επιφέρει τη ζημία και την επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση.

<sup>45</sup> ΑΠ 35/2016 <http://www.areiospagos.gr>,

<sup>46</sup> Χαραλαμπίκης Α., Διάγραμμα Ποινικού Δικαίου, 2003, σελ.136

αντίληψη που υποστηρίζεται κυρίως στη γερμανική θεωρία και αποτελεί συνδυασμό δύο σταδίων: αφενός του ισοδυνάμου των όρων (conditio sine qua non) και αφετέρου την απαίτηση να προξένησε η συμπεριφορά του δράστη παράνομο κίνδυνο για το αντικειμενικό της πράξεως, όπως αυτό μορφοποιήθηκε στο συγκεκριμένο αποτέλεσμα.<sup>47</sup>

Ήδη προειπώθηκε πως η νομολογία προβαίνει στην παραδοχή αυτή εκ πλαγίου, χωρίς να χαράσσει μια ευκρινή κατευθυντήρια γραμμή. Ακριβέστερα, κατά συνήθη διατύπωση, ο αντικειμενικός καταλογισμός δεν οριοθετείται σε σχέση με την αμέλεια και δεν είναι σαφές αν οι δικαστικές αποφάσεις θέλουν να τον υπαγάγουν εκεί ή στο χώρο της αιτιώδους συνάφειας.

Η ασυνέπεια αυτή διαφαίνεται από το ότι κατά την ίδια τη νομολογία και κατά τη νομική επιστήμη έχει γίνει δεκτό πως ο αιτιώδης σύνδεσμος δεν αναζητείται μεταξύ της συνολικής συμπεριφοράς του δράστη και του αποτελέσματος. **Τούτο θα προκαλούσε ένα νεφελώδες πλαίσιο στην έρευνα του αδίκου, κατευθυνόμενο στην ανεπιεικώς στυγνή αρχή του ισοδυνάμου όλων των όρων που οδηγούν στο αποτέλεσμα και ταυτοχρόνως μια ανάληψη δαμόκλεια σπάθη πάνω από το κεφάλι κάθε γιατρού που προέβη σε μια άρτια αλλά μη επιτυχή επέμβαση. Αντιθέτως, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά και ο *Μαργαρίτης*<sup>48</sup>, η αναζήτηση γίνεται μεταξύ του αποτελέσματος και της εξωτερικά αμελούς ενέργειας ή παράλειψης του δράστη.**

Αυτό το δέχεται από τη μια η δικαστηριακή πρακτική στα επείγοντα περιστατικά. Ενδεικτικά στην ΑΠ 1721/2010,<sup>49</sup> γίνεται δεκτή αυτή η συνδυαστική σχέση της αλυσίδας καθώς αποδείχθηκε ότι το επελθόν αποτέλεσμα (θάνατος του ασθενούς) το οποίο δεν προέβλεψαν ως δυνατό οι κατηγορούμενοι, ενώ είχαν τη δυνατότητα να το προβλέψουν και να το αποφύγουν, συνδέεται αιτιωδώς με την προαναφερόμενη πλημμελή εξέταση του ασθενούς και τη μη τήρηση από αυτούς των ορισμών και κανόνων που διέπουν το ιατρικό επάγγελμα.

Μπορεί όμως να γίνεται σύνδεση ανάμεσα σε μια ευρύτερη, σύνθετη εγκληματική συμπεριφορά και στο αποτέλεσμα, καθώς η πλημμέλεια διαχέεται σε όλη τη συμπεριφορά. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις μη προσέλευσης επί μικτής εφημερίας on call των γιατρών, ο αιτιώδης σύνδεσμος αναζητάται ανάμεσα στο δυσμενές αποτέλεσμα και στην παράλειψη προσέλευσης όχι καθαυτή ως απομονωμένη συμπεριφορά αλλά ερμηνευόμενη ως μια πράξη που συνεπάγεται ένα συνονθύλευμα άλλων παραλείψεων και ενεργειών που ήρθαν μετά, όπως μη σωστής διάγνωσης από το τηλέφωνο, έλλειψης συντονισμού των ειδικευόμενων, έλλειψης προσήκουσας ιατρικής φροντίδας. Ενδεικτικά, στην ΑΠ 750/2015<sup>50</sup> ο αιτιώδης σύνδεσμος εδράζεται στο ότι ο θάνατος θα είχε αποφευχθεί εάν ο κατηγορούμενος είχε έρθει, είχε διαγνώσει και είχε μεριμνήσει ο ασθενής να είναι υπό κατάλληλη ιατρική παρακολούθηση και

<sup>47</sup> Χαραλαμπίκης, Διάγραμμα, ο.π., σελ.138

<sup>48</sup> Μαργαρίτης, Α., Σωματικές βλάβες, 2000, σελ. 628-633

<sup>49</sup> ΑΠ 1721/2010, ΠοινΧρον 2011, σελ. 682

<sup>50</sup> ΑΠ 750/2015, ΝΟΜΟΣ.

εποπτεία, ενόψει της φύσης της πάθησής του και της σοβαρότητας της κατάστασής του (εμφάνιση αιμορραγίας δύο φορές με μεσοδιάστημα μικρότερο των 48 ωρών), ώστε ανά πάσα στιγμή σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας να μπορεί έγκαιρα να διασωληνωθεί και να αντιμετωπισθεί άμεσα χειρουργικά.

Από τα ανωτέρω συνεπάγεται λογικά πως η έρευνα του αιτιώδους συνδέσμου προϋποθέτει την έρευνα και κατάφαση της εξωτερικής αμέλειας. Κατά την άλλη όψη του ιδίου νομίσματος, η μη κατάφαση της εξωτερικής αμέλειας καθιστά περιττή την όποια περαιτέρω έρευνα του αιτιώδους συνδέσμου.

Η νομολογία, παρά την ανωτέρω ορθή παραδοχή, ενίοτε προβαίνει σε λογικές αντιφάσεις και σύγχυση του ζητήματος της απαλλαγής λόγω προσήκουσας επιμέλειας και της απαλλαγής λόγω έλλειψης του αιτιώδους συνδέσμου, όπως το *Συμβ.Πλημ.Αιγ* 46/2001<sup>51</sup>, με την χαρακτηριστική διατύπωση *«ο ιατρός ενήργησε ορθά ως προς τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και την εισαγωγή της ασθενούς στην παθολογική κλινική, αφού αυτή έπασχε από καρκίνο με μεταστάσεις και ο θάνατος που επήλθε στη συνέχεια ήταν αναπόφευκτος...Δεν προέκυψε ότι ο θάνατος της παθούσας συνδέεται αιτιωδώς με οποιαδήποτε ενέργεια ή παράλειψη του κατηγορούμενου ιατρού. Αντιστοίχως, στην ΑΠ 2451/2003<sup>52</sup>, που κρίθηκε ορθή και αιτιολογημένη η αθώωση των γιατρών, διατυπώνεται πως «..ουδεμία βραδύτητα ή ολιγωρία επέδειξαν οι κατηγορούμενοι ιατροί για την αντιμετώπιση του εν λόγω περιστατικού και από κανένα στοιχείο δεν προέκυψε ότι η μεταφορά της παθούσας εξ αρχής στο Α νοσοκομείο που έχει εντατική μονάδα και κατάλληλο εξοπλισμό αντί του Β νοσοκομείου, θα απέτρεπε το μοιραίο».*

Αν ο αιτιώδης σύνδεσμος ενώνει την εξωτερικά αμελή συμπεριφορά και το αποτέλεσμα (όπως αναφέρθηκε ανωτέρω πως υποστηρίζεται κατά κόρον στη θεωρία), αν εξωτερικά αμελής συμπεριφορά δεν υπάρχει καν, δεν υπάρχει και λόγος να εξεταστεί ένας συνδυετικός κρίκος που δεν συνδέει τίποτε. Αφού ο γιατρός δεν έπραξε εξωτερικά αμελώς γιατί πρέπει να εξεταστεί αν ήταν αναπόφευκτο το αποτέλεσμα είτε ενεργούσε ο γιατρός είτε δεν ενεργούσε; Φαίνεται δογματικά ανορθόδοξο να συνεχίζει να εξετάζεται ποινικά η συμπεριφορά γιατρού που ενήργησε απολύτως ορθά κατά το λειτούργημά του. Πρώτα, σε ένα στάδιο α' πρέπει να εξεταστεί η ιατρική συμπεριφορά σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και μόνο αν οι ενέργειες δεν ήταν ορθές, ύστερα, σε ένα στάδιο β' θα ερευνηθεί εάν υπολειπόμενης της πράξης, της οποιαδήποτε ιατρικής πράξης, είτε ορθής είτε όχι, θα συνειπολειπόταν το αποτέλεσμα του θανάτου ή της σωματικής βλάβης (ισοδύναμο των όρων) ή αν το αποτέλεσμα είναι η ενσάρκωση του κινδύνου που έθεσε ο δράστης με τη μη ορθή πράξη του (αντικειμενικός καταλογισμός για όσους τον δέχονται, ιδίως στις περιπτώσεις συγκλίνουσας δράσης, όπου μπορεί να διακόπτεται ο αιτιώδης σύνδεσμος).

<sup>51</sup>Συμβ.Πλημ.Αιγ 46/2001, Ποιν.Χρ 2001, σελ. 940

<sup>52</sup>ΑΠ 2451/2003, Ποιν.Λογ 2003, σελ. 2608

Το Συμβ.Πλημ.Δραμ. 1191/2010 μεταβαίνει απευθείας στην υπαιτιότητα, παρόλο που έγινε δεκτό ότι ο δράστης δεν έθεσε σε κίνηση κανέναν κίνδυνο και γενικότερα δεν έκανε κανένα λάθος (ώστε να ερευνηθεί αν έφταιγε γι' αυτό). Εν προκειμένω γίνεται δεκτό πως «οι ιατροί ενήργησαν σύμφωνα με τους κοινώς αποδεκτούς και αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και πραγματοποίησαν όλες τις αναγκαίες ενέργειες για τη θεραπεία του ασθενούς, η ραγδαία δε επιδείνωση της υγείας του ήταν γεγονός, το οποίο εκείνοι δεν μπορούσαν, βάσει των δεδομένων που είχαν στη διάθεσή τους, να προβλέψουν».<sup>53</sup> Ωστόσο, εδώ η αστοχία της νομολογίας εντοπίζεται στο ότι, **συγχέοντας την εξωτερική με την εσωτερική αμέλεια, μεταπηδά στην υποκειμενική υπόσταση, παρακάμπτοντας την έρευνα του αιτιώδους συνδέσμου**. Όμως δεν χρειάζεται καν να εξετάσουμε την υπαιτιότητα γιατί δεν πληρείται το άδικο, το αποτέλεσμα δεν ήταν έργο του δράστη γιατί ο γιατρός ενήργησε σωστά, δεν έθεσε σε κίνηση κανέναν κίνδυνο (αν δεχτούμε το κριτήριο του αντικειμενικού καταλογισμού). Από την άλλη, και απλώς την έλλειψη της εξωτερικής αμέλειας να δεχτούμε, ως αντικειμενικό σφάλμα ή αντικειμενικώς επικίνδυνη συμπεριφορά και πάλι στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγουμε: και πάλι δεν χρειάζεται να διέλθουμε στη σφαίρα εξέτασης της υπαιτιότητας. Στην ουσία τούτη η νομολογιακή διατύπωση, μου φαίνεται ότι χρησιμοποιεί την υπαιτιότητα για να περιορίσει το ανεπιεικές του ισοδυνάμου των όρων, πράγμα που έχει προτείνει ο *Χαραλαμπίδης*<sup>54</sup> ως απλούστερη λύση από τη θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού.

Όμως, η εν λόγω θέση δημιουργεί το άτοπο αποτέλεσμα να θεωρείται άδικη, δηλαδή κατακριτέα από την έννομη τάξη, μια συμπεριφορά που εκφεύγει των ορίων του ανθρωπίνως δυνατού. Η νομολογία πράγματι δέχεται πως εάν ο γιατρός ενήργησε σύμφωνα με τους κοινώς αποδεκτούς και αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, έστω και με την επιλογή μίας εκ των ενδεδειγμένων θεραπειών, το δε αποτέλεσμα του θανάτου ή της σωματικής βλάβης κείται εκτός των ανθρωπίνων δυνατοτήτων<sup>55</sup>. Από τη στιγμή που δέχεται παράλληλα πως αυτή η συμπεριφορά είναι άδικη (και απλά ο δράστης απαλλάσσεται λόγω έλλειψης υπαιτιότητας) στην ουσία δεν είναι συνεπής τόσο προς τον εαυτό της όσο και προς το νόμο καθώς υποσκελίζει την αρχή *impossibile nulla est obligatio* που διαπνέει το άδικο.<sup>56</sup>

<sup>53</sup> Συμβ.Πλημ.Δραμ. 1191/2010, ΠοινΧρ. 2011, σελ.383

<sup>54</sup> Χαραλαμπίδης, Διάγραμμα, ο.π., σελ.138

<sup>55</sup> ΑΠ 1135/1993 ΠοινΧρ 1993, σελ. 855, ΑΠ 1282/1994 ΠοινΧρ 1994, σελ. 1138

<sup>56</sup> Η ανάγκη διάκρισης των δογματικών συνισταμένων αντικατοπτρίζεται στη διατύπωση της ΑΠ 1211/2007, Ποιν.Λογ 2007, σελ. 857 **μια διατύπωση-παράδειγμα προς μίμηση, όπου, παρόλο που δεν αναφέρεται συγκεκριμένα στον αιτιώδη σύνδεσμο, μας αφορά εδώ, γιατί με επαινετέα δογματική συνέπεια διαχωρίζει το άδικο από τον καταλογισμό και τονίζει τις συνέπειες της σύγκρισης ανάμεσα σε αυτούς τους δύο άξονες του δικαίου μας**. Εδώ πολύ ορθώς υποστηρίχθηκε ότι «ενόψει της διάκρισης της αμέλειας σε μη συνειδητή και ενσυνείδητη, το Δικαστήριο της ουσίας, όταν απαγγέλλει καταδίκη για έγκλημα από αμέλεια, πρέπει

*Υπαρξη εξωτερικής αμέλειας αλλά έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου: 'Υπαρξη ή απουσία υποθετικής αιτιότητας*

Ας εξετάσουμε τώρα και την αντίστροφη περίπτωση, όπου και πάλι αποκλείεται η ποινική ιατρική ευθύνη, δηλαδή αν υπήρξε αμελής συμπεριφορά αλλά δεν υπήρξε αιτιώδης σύνδεσμος, επειδή το αποτέλεσμα ήταν αναπόφευκτο. **Διαφορετικά και πάλι θα οδηγούμασταν στην άτοπη και ανεπιεική λύση για το ποινικό μας σύστημα, να αξιολογούμε και να τιμωρούμε μόνο την απαξία μιας συμπεριφοράς, αγνοώντας πως το αποτέλεσμα έχει κι αυτό απαξία όταν αποτελεί έργο του δράστη.**

Έτσι, στη νομική θεωρία γίνεται δεκτό πως αν ο γιατρός δεν τηρήσει τις κατευθυντήριες οδηγίες (τεχνικές χειρισμού διαγνωστικών και θεραπευτικών προβλημάτων), σε συνδυασμό με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και επέλθει βλαπτικό αποτέλεσμα στον ασθενή υπάρχει ιατρικό σφάλμα, εφόσον βεβαίως υπάρχει και ο αναγκαίος αιτιώδης σύνδεσμος. Αν αυτός ελλείπει, δηλαδή αν η διάσωση του ασθενούς ή η βελτίωση της υγείας του ήταν εκ των προτέρων αποκλεισμένη, δεν μπορεί να τεθεί ζήτημα ποινικής ευθύνης.<sup>57</sup> Ας δούμε και πως αντιμετωπίζει η νομολογία το ζήτημα αυτό.

Η νομολογία εφαρμόζει τον κανόνα ότι ο αιτιώδης σύνδεσμος αποκλείεται όταν ο γιατρός και μεν δε φέρθηκε όπως θα έπρεπε, ωστόσο μπορούμε να υποθέσουμε ότι το αποτέλεσμα θα είχε επέλθει ακόμα και αν ο δράστης - γιατρός είχε φερθεί επιμελώς. Τούτο δεδομένου ότι αυτός με τη συμπεριφορά του δεν επέτεινε κάποιον υπάρχοντα κίνδυνο και έτσι το αποτέλεσμα είναι προϊόν άλλων παραγόντων και όχι έργο του δράστη. Κατά τη διατύπωση που χρησιμοποιείται συχνά, προϋποτίθεται βέβαια ότι συντρέχει και αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παράλειψης και του αποτελέσματος, η οποία θεωρείται ότι υπάρχει, στην περίπτωση κατά την οποία, αν γινόταν η επιβεβλημένη ενέργεια, η οποία τελικά δεν έγινε, τότε με πιθανότητα που αγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, το συγκεκριμένο εγκληματικό αποτέλεσμα δεν θα είχε επέλθει. Επομένως, δεν υφίσταται αιτιώδης σύνδεσμος ανάμεσα στην παράλειψη του γιατρού και το θάνατο του ασθενούς γιατί αυτός ήταν μάλλον αναπόφευκτος. Τουλάχιστον, δεν προκύπτει με πιθανολόγηση στα όρια της βεβαιότητας ότι θα μπορούσε να αποφευχθεί.<sup>58</sup>

Επομένως, ενώ στα εγκλήματα ενέργειας, η ενέργεια αποτελεί όρο του αποτελέσματος υπό την

---

*να εκθέτει στην απόφασή του με σαφήνεια ποιο από τα ανωτέρω δύο είδη αμέλειας συνέτρεξε στην συγκεκριμένη περίπτωση, διότι αν δεν εκθέτει τούτο σαφώς ή δέχεται και τα δύο είδη δημιουργείται ασάφεια και αντίφαση, η οποία καθιστά ανέφικτο τον ανααιρετικό έλεγχο για την ορθή ή μη εφαρμογή της ουσιαστικής ποινικής διάταξης και ιδρύεται εντεύθεν λόγος αναίρεσως για έλλειψη νόμιμης βάσης».*

<sup>57</sup> Βλ. Σακελλαροπούλου Β., Λάλα Δ., Σακελλαροπούλου Θ., Ιατρικό σφάλμα και guidelines στην ποινική δίκη, ΠοινΔικ 2013, σελ. 177-178,

<sup>58</sup> Αναστασόπουλος Δ., Ο Αιτιώδης Σύνδεσμος στην Ποινική Ιατρική Ευθύνη, Εισαγωγή, δημοσιευμένο σε Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική, 2014

έννοια ότι αυτό δεν θα επερχόταν χωρίς την ενέργεια του δράστη (ελλείπον αποτέλεσμα αν ήταν ελλείπουσα η ενέργεια), στα εγκλήματα παραλείψεως, όταν, εφόσον θεωρηθεί η παραλειφθείσα φράση ως ενεργηθείσα, το αποτέλεσμα με βεβαιότητα ή με πιθανότητα τόσο ισχυρή που να αγγίζει τα όρια της βεβαιότητας θα είχε αποτραπεί.<sup>59</sup> **Η επιστάμενη ποσοτική ή ακριβόλογη διασάφηση της εν λόγω πιθανολόγησης δε γίνεται ενδελεχώς από την ελληνική νομολογία. Απλώς διατυπώνεται ότι στις περιπτώσεις που ειδικά το ιατρικό σφάλμα συνίσταται σε παράλειψη, συμπεριλαμβάνεται συνήθως η διατύπωση ότι “αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παράλειψης και αποτελέσματος υπάρχει όταν μπορούμε να φανταστούμε ότι αν γινόταν η επιβεβλημένη ενέργεια που δεν έγινε, τότε, με “πιθανότητα που αγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, το συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν θα επερχόταν”.** Η προσέγγιση της απαιτούμενης βεβαιότητας γίνεται ακόμη πιο συγκεχυμένη γιατί η νομολογία σε άλλες περιπτώσεις απαιτεί “μεγάλη πιθανότητα”, επομένως δε φαίνεται να είναι συνεπής στη διαβαθμίσιμη έκταση της βεβαιότητας που απαιτεί.<sup>60</sup> Ακόμη μεγαλύτερη αδυναμία συνιστά το ότι κάποιες φορές η αιτιώδης συνάφεια της παράλειψης του γιατρού δεν θεμελιώνεται καν σε σύνδεση με τα πραγματικά περιστατικά γιατί θεωρείται αυτονόητη.<sup>61</sup> Στις περιπτώσεις παράλειψης των υποχρεώσεων των γιατρών στα ΤΕΠ, η νομολογία εφαρμόζει την υποθετική αιτιώδη συνάφεια (ήτοι μη πραγματική), έτσι ώστε να μπορεί να γίνει λόγος για **μεγάλη πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας.** Υφίσταται δηλαδή τούτος ο αιτιώδης σύνδεσμος όταν προκύπτει σε βαθμό μεγάλης πιθανότητας ότι δεν θα υπήρχε το αποτέλεσμα, αν δεν παραλειπόταν η οφειλόμενη ενέργεια. Ενδεικτικά, στην ΑΠ 1206/2006<sup>62</sup> τούτο συνάγεται εναργώς από τη διατύπωση *ότι αν ο ασθενής αυτός (που προσήλθε στα Τ.Ε.Π.) αντιμετωπιζόταν με τον προαναφερθέντα ενδεικνυόμενο τρόπο, η νόσος θα εμποδιζόταν να εξελιχθεί και ο θάνατός του θα είχε αποφευχθεί, ή σε κάθε περίπτωση υπήρχαν πολλές πιθανότητες να επιζήσει.* Υπάρχουν ωστόσο αποφάσεις που χρησιμοποιούν διαφορετική διατύπωση, όπως η ΑΠ 1304/2013<sup>63</sup> που επιτάσσει να μπορεί να αχθεί σε **πλήρη δικανική πεποίθηση** ότι η παράλειψη του κατηγορουμένου ιατρού να προβεί σε άμεση χειρουργική επέμβαση του ασθενή, επέφερε το θάνατο αυτού. Κατά τη γνώμη μου, η δυσχέρεια της υποθετικής αιτιώδους συνάφειας έγκειται, πέρα από τις διακυμάνσεις στη διατύπωση της νομολογίας, στο ότι αναφέρεται προβληματισμός και σύγχυση στην οριοθέτηση των εννοιών “μεγάλη πιθανότητα και βεβαιότητα”, στο που αρχίζουν και που τελειώνουν, και μάλιστα

<sup>59</sup> Στις περιπτώσεις που το ιατρικό σφάλμα συνίσταται σε παράλειψη, συναντούμε συχνά τη διατύπωση ότι “αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παράλειψης και αποτελέσματος υπάρχει όταν μπορούμε να φανταστούμε ότι αν γινόταν η επιβεβλημένη ενέργεια, που δεν έγινε, τότε, με πιθανότητα που αγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, το συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν θα επερχόταν” (ΑΠ 1609/2009 ΠοινΧρον 2010, σελ.555).

<sup>60</sup> ΑΠ 290/2004 ΠοινΧρον 2005, σελ.54

<sup>61</sup> ΑΠ 1671/2003 ΠοινΛογ 2003, σελ.1887

<sup>62</sup> ΑΠ 1206/2006, ΠοινΛογ 2006, σ. 1170

<sup>63</sup> ΑΠ 1304/2013, ομοίως ΑΠ 230/2015, ΑΠ 1217/2014, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

ενόψει της πολυπλοκότητας της ιατρικής επιστήμης,

Η έλλειψη αυτής της απαιτούμενης πιθανότητας εξηγεί την αθώωση γιατρών που κατηγορούνταν για ανθρωποκτονία με παράλειψη, διότι το δικαστήριο δεν πείσθηκε ότι η άμεση χειρουργική επέμβαση, την οποία όφειλαν να κάνουν, θα μπορούσε να ανακόψει την αυτοδύναμη εξέλιξη του κινδύνου προς τη βλάβη της ζωής.<sup>64</sup> Χαρακτηριστικά, κατά το *βούλευμα του Συμβ Πλημ Χίου 45/2006*<sup>65</sup> δεν καταφάσκεται ποινική ευθύνη γιατί *πρακτικώς αναιρείται ή τουλάχιστον στατιστικώς ελαχιστοποιείται κάθε δυνατότητα ιατρικής παρέμβασης και διακοπής της αιτιώδους διαδρομής προς το θάνατο.*

Η στάση της νομολογίας απέναντι στις παραλείψεις, θυμίζει τη θεμελίωση του αιτιώδους συνδέσμου από τον *Μανωλεδάκη*<sup>66</sup>, κατά τον οποίο, όταν η ανθρώπινη επενέργεια δεν είναι κίνηση αλλά μυϊκή αδράνεια (παράλειψη), συνδέεται αιτιακά προς ένα αποτέλεσμα, όταν επιτρέπει τη δημιουργία του από άλλη αιτιακή ενέργεια, η οποία και μετατρέπεται στο αποτέλεσμα. Στην περίπτωση αυτή η παράλειψη πρέπει να είναι παρούσα κατά τη μετατροπή, που δεν θα πραγματοποιούνταν αν δεν της το επέτρεπε η παράλειψη, η οποία αποτελεί έτσι αιτιακή συνθήκη της μετατροπής. Η κοινωνικά αναμενόμενη ενέργεια που τελικά παραλείφθηκε δεν θα επέτρεπε τη δημιουργία κινδύνου ή θα ανέκοπτε την εξέλιξη ενός υφιστάμενου κινδύνου προς την προσβολή του αγαθού.

Αντιστοίχως, στην απόφαση 4549/2000 του ΤριμΕφετΑθ (ΠοινΔικ 2002.130)<sup>67</sup> ο κατηγορούμενος δεν μεν δεν ενήργησε προσηκόντως γιατί παρέλειψε να υποβάλει τον ασθενή σε άμεση χειρουργική επέμβαση, όπως ήταν ενδεδειγμένο κατά τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης (επομένως καταφάσκεται η εξωτερική αμέλεια), **αλλά αθώωθηκε, ενόψει του ότι έγινε δεκτό ότι δεν υπήρχε αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της αποδιδόμενης στον κατηγορούμενο συμπεριφοράς (παράλειψης) και του επελθόντος θανάτου, που με μεγάλη πιθανότητα θα επερχόταν και αν ακόμα ο ασθενής υποβαλλόταν σε άμεση χειρουργική επέμβαση.**

Βεβαιότητα ως προς το αναπόφευκτο δέχεται το *βούλευμα 46/2001 του Συμβ. Πλημ.Αιγίου*<sup>68</sup>, που αποφαινεται πως δεν πρέπει να γίνει κατηγορία για ανθρωποκτονία εξ αμελείας κατά ιατρού παθολογικής κλινικής Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου, ο οποίος για την αντιμετώπιση της κατάστασης της ασθενούς, που προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου με λιποθυμικές τάσεις, καταβολή δυνάμεων και χαμηλό αιματοκρίτη, διέταξε την εισαγωγή της στην κλινική και την χορήγηση ορού. Η ασθενής έπασχε από καρκίνο του αριστερού νεφρού σε πολύ προχωρημένο στάδιο με μεταστάσεις, που δεν είχε διαγνωσθεί. Το

<sup>64</sup> Αντιστοίχως και *Κοτσανός*, ο.π., σελ. 68-69, όπου αναφέρει πως ο γιατρός δεν μπορεί να είναι υπόλογος για γεγονότα έξω από τον έλεγχό του.

<sup>65</sup> Συμβ. Πλημ. Χίου 45/2006, ΠοινΔικ 2006 σελ.1376

<sup>66</sup> *Μανωλεδάκης* Ι., Παρατηρήσεις στο ΒουλΣυμβΕφΑθ 2742/1994, Υπερ1995.329.

<sup>67</sup> ΤριμΕφετΑθ 4549/2000, ΠοινΔικ, 2002, σελ. 130

<sup>68</sup> Συμβ. Πλημ.Αιγίου 46/2001, ΠοινΧρον. 2001, σελ. 940

Δικαστικό Συμβούλιο δέχθηκε την εισαγγελική πρόταση, σύμφωνα με την οποία δεν προέκυψε ότι ο θάνατος της ασθενούς συνδέεται με οποιαδήποτε εσφαλμένη ενέργεια ή παράλειψη του κατηγορουμένου, αφού σε κάθε περίπτωση ο θάνατός της (που επήλθε επτά ώρες μετά την εισαγωγή της θανούσας στο Νοσοκομείο) *ήταν πλέον αναπόφευκτος, και δεν θα μπορούσε να αποτραπεί με οποιονδήποτε τρόπο, λόγω της φθοράς που είχε προκαλέσει ο καρκίνος και οι μεταστάσεις στον οργανισμό της ασθενούς. Τι θα γινόταν όμως, αν με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα η ασθενής μπορούσε να ζήσει πχ δύο μέρες ή μια εβδομάδα ακόμα;*

Η τελευταία αυτή απόφαση εγείρει αφορμή και γι' αυτόν τον περαιτέρω προβληματισμό: Γίνεται δεκτό ότι ο αιτιώδης σύνδεσμος δεν αναιρείται σε περιπτώσεις, στις οποίες η ζωή του ασθενούς θα μπορούσε μεν να παραταθεί αλλά για μη ουσιαστικό χρονικό διάστημα κατά ad hoc κρίση, αν, υποθέσουμε ότι δεν υπήρχε το ιατρικό σφάλμα. Στο υπ' αριθμ. 181/2004 βούλευμα του Συμβ.Πλημ.Ιωανν.<sup>69</sup> ρητά δίδεται αποφαιτική απάντηση στο ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου ανάμεσα στις εξωτερικά αμελείς παραλείψεις των κατηγορουμένων ιατρών και στο θάνατο του τελευταίου, καθώς είναι «ανεξάρτητες από το γεγονός ότι ο θάνατος του ασθενούς θα επήρχετο σε άλλο χρονικό σημείο σύντομο ή απώτερο, λόγω της σοβαρότητας της ασθένειας από την οποία έπασχε (κακόηθες μεσοθηλίωμα του υπεζωκότος), η οποία κατά τις εκτιμήσεις διαφόρων ιατρών είναι πολύ κακής πρόγνωσης με πολύ μικρό χρόνο επιβίωσης, ο οποίος όμως δεν είναι δυνατόν εκ των προτέρων να καθορισθεί επακριβώς».

**Ωστόσο, και πάλι διατηρείται νεφελώδες το τοπίο ως προς τη διάρκεια του χρονικού αυτού διαστήματος. Μπορεί μια χρονική διάρκεια μερικών ωρών να είναι σημαντική ενώ ακόμα και μια ολόκληρη μέρα να είναι ασήμαντη και με ποιο κριτήριο θα το πούμε αυτό; Η εν λόγω σύγκυση επιτείνεται ακόμα περισσότερο στο απρόβλεπτο, ομιχλώδες πεδίο της ιατρικής επιστήμης. Η εκάστοτε ανθρώπινη κατασκευή είναι μοναδική και όχι απλός τυπικός παράγοντας που καθορίζει μια μαθηματική εξίσωση ή ένα ασφαλές μοντέλο δράσης και αντίδρασης κατά τη φυσική. Γι' αυτό το λόγο, στη νομική θεωρία επισημαίνεται πως στις περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας καμία ασφάλεια δεν μπορεί να υπάρξει, καθώς συχνά η αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού έχει διαψεύσει ακόμη και τις πιο βέβαιες ιατρικές προβλέψεις.<sup>70</sup>**

*Νόμιμη εναλλακτική συμπεριφορά*

Αντιστοίχως και στο βούλευμα του Συμβ.Εφ.Αιγ 48/1992<sup>71</sup>, όπου το δικαστικό συμβούλιο, για να κρίνει το εν λόγω επειγόν περιστατικό, χρησιμοποίησε τον παράγοντα της έλλειψης ειδίκευσης και υλικοτεχνικών μέσων για να προσδιορίσει τον αιτιώδη σύνδεσμο και όχι την

<sup>69</sup> Συμβ.Πλημ.Ιωανν. 181/2004, ΠοινΔικ, 2004, σελ.1245

<sup>70</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της Ζωής, 2001, ό.π., σελ. 299

<sup>71</sup> Συμβ.Εφ.Αιγ 48/1992, ΠοινΧρον. 1993, σελ.58



υπαιτιότητα με την απόφαση ότι «δεν είναι βέβαιο ότι, και αν ο κατηγορούμενος ιατρός -στο νησί της Τήνου- έφτανε προτού υποτροπιάσει ο ασθενής, θα μπορούσε να τον σώσει, δεδομένου ότι αυτός δεν είχε ούτε τις ειδικές γνώσεις ούτε και τα μέσα -ειδική νοσοκομειακή μονάδα, φάρμακα- προς τούτο». Τούτη η διατύπωση φαίνεται να συνιστά αποδοχή της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς από το δικαστήριο, ως εν τοις πράγμασι αποδοχή ειδικής έκφανσης του αντικειμενικού καταλογισμού. Τούτο γιατί ακόμα κι αν δεχτούμε ότι ο γιατρός ενήργησε αμελώς και πως η ιατρική παρέμβαση όντως θα έσωζε τον ασθενή, η συγκεκριμένη παρέμβαση αν γινόταν εγκαίρως και σωστά (του συγκεκριμένου γιατρού που δεν ήταν ειδικευμένος και υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις) δεν είναι βέβαιο ότι θα τον έσωζε. Επομένως το αποτέλεσμα είναι έργο της τύχης (δεν υπήρχαν ειδικευμένοι γιατροί και εξοπλισμός στο συγκεκριμένο νησί) και όχι έργο του δράστη. **Ωστόσο, ο εν λόγω συλλογισμός δε φαίνεται απόλυτα ορθός γιατί αφήνει να διεισδύσουν υποθέσεις και ανύπαρκτα στοιχεία στην αιτιώδη σύνδεση μεταξύ εξωτερικά αμελούς πράξης και αποτελέσματος.**

Η *Καϊάφα-Γκμπάντι*<sup>72</sup> προσπαθεί να το εξηγήσει αυτό με τον συλλογισμό ότι από το πραγματικό, διολοσθαίνει κανείς στο υποθετικό, συγκεκριμένα ότι παρόλο που έχει κανείς χειροπιαστά μια επικίνδυνη συμπεριφορά, που πραγματώθηκε στη βλάβη ενός εννόμου αγαθού, κατά την υπαρκτή πραγματικότητα, όπως αυτή προκύπτει από την απόδειξη, αφήνει το σίγουρο έδαφος της πραγματικότητας και ικανοποιείται με μια υποθετική κρίση για το τι θα γινόταν, αν τηρούνταν η ορθή συμπεριφορά. **Τούτο στηρίζεται σε φανταστικά, ανύπαρκτα δεδομένα και ποτέ δεν μπορεί να αφορά τη συγκεκριμένη περίπτωση. Μάλιστα, με το επιχείρημα εκ του ελάσσονος στο μείζον (a minore ad majus) βλέπουμε ότι καταλήγει στο ότι αν είναι δύσκολο μια φορά να διαπιστώσουμε κατά πόσο η συγκεκριμένη επικίνδυνη συμπεριφορά μετουσιώθηκε στο αποτέλεσμα που είναι δεδομένο, είναι πολύ πιο δύσκολο να κάνουμε την ίδια διαπίστωση με υποθέσεις για ανύπαρκτα μεγέθη.** Πράγματι, στην ανωτέρω υπόθεση της νομολογίας, υπονοείται ότι αν ο ασθενής είχε λάβει την προσήκουσα ιατρική βοήθεια με βεβαιότητα θα είχε σωθεί. Ωστόσο, το δικαστήριο δεν κάνει καθαρά αυτή τη σύνδεση, όπως θα έπρεπε, αλλά εντάσσει στη συλλογιστική του έναν πρόσθετο όρο, **μια υπόθεση: το αν θα μπορούσε να βοηθήσει ο γιατρός με τα μέσα που διέθετε.** Εδώ φαίνεται να έχει πρακτική αξία η άποψη του *Βαθιώτη*<sup>73</sup>, ορθή κατά τη γνώμη μου, ότι το αν μετουσιώθηκε στο εγκληματικό αποτέλεσμα ένας συγκεκριμένος κίνδυνος δεν εξαρτάται από την απάντηση στο ερώτημα: τι θα είχε συμβεί εάν δεν είχε δημιουργηθεί ο εν λόγω κίνδυνος, αλλά στο ερώτημα: τι συνέβη τώρα που δημιουργήθηκε αυτός ο κίνδυνος.

**Με την ίδια λογική του δικαστηρίου, mutatis mutandis, κατά τη γνώμη της γράφουσας, θα έπρεπε να σκεφτούμε πως αν πχ ένας ειδικευόμενος γιατρός αντί να επιληφθεί ενός επείγοντος περιστατικού σε περίπτωση απουσίας ειδικού, κοίταζε τον ασθενή σαν θεατής**

<sup>72</sup> *Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*, Εξωτερική και εσωτερική αμέλεια στο ποινικό δίκαιο, 1994, σελ.104 επ.

<sup>73</sup> *Βαθιώτης Κ.*, Στοιχεία Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος, 2007, σελ. 274

**να πεθαίνει, χωρίς να κάνει απολύτως τίποτα, θα πρέπει να αθωωθεί γιατί δεν είναι βέβαιο ότι είχε τις απαραίτητες γνώσεις να τον σώσει!!**

Ο Βαθιώτης,<sup>74</sup> δίδει ένα ανάλογο, αλλά έξω από τα πλαίσια των ιατρικών περιστατικών, παράδειγμα: *ότι με αυτή τη λογική θα έπρεπε λ.χ. να μένει ατιμώρητος όποιος χορηγεί δηλητηριασμένη τροφή σε θύμα που εικάζεται με πιθανότητα που εγγίζει τα όρια της βεβαιότητας ότι πρόκειται να πεθάνει από αστία. Για άλλη μια φορά, με τη συλλογιστική του εκ του ελάσσονος στο μείζον, αν συνδέσουμε την άποψη αυτή με τα δεδομένα της δικαστικής απόφασης που εξετάζουμε, διαφαίνεται εναργέστατα που αν στο παράδειγμα που παραθέτει ο Βαθιώτης δεν πρέπει να δεχτούμε την εικασία ούτε καν όταν υπάρχει πιθανότητα που εγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, πόσω μάλλον στην προεξετασθείσα απόφαση που ούτε καν βεβαιότητα δεν υπάρχει, αλλά μόνο δεν υπάρχει βεβαιότητα για το αντίθετο. Δεν υπάρχει βεβαιότητα για το αντίθετο σημαίνει ότι υπάρχει μια απλή πιθανότητα (πχ 10%) γι' αυτό για το οποίο μιλάμε. Τούτο διατυπώνεται ευθαρσώς στο Συμβ.Εφ.Αιγ 48/1992<sup>75</sup>, με τη φράση “δεν είναι βέβαιο ότι, και αν ο κατηγορούμενος ιατρός -στο νησί της Τήνου- έφτανε προτού υποτροπιάσει ο ασθενής, θα μπορούσε να τον σώσει γιατί δεν είχε τα μέσα” και όχι “εικάζεται με απόλυτη βεβαιότητα ότι δεν θα μπορούσε να τον σώσει γιατί δεν είχε τα μέσα”. Συνελόντι ειπείν, αν δεν δεχόμαστε προσθετικούς όρους στον αιτιώδη σύνδεσμο ούτε υπό το πρίσμα απόλυτης βεβαιότητας επέλευσης του αποτελέσματος, είναι δυνατό να δεχτούμε ενόψει μιας απλής αόριστης πιθανότητας;*

---

<sup>74</sup> Βαθιώτης, Στοιχεία, ο.π., σελ. 274

<sup>75</sup> Συμβ.Εφ.Αιγ 48/1992, ΠοινΧρον. 1993, σελ.58

## **Γ2. Μελέτη ως προς την ελάχισονα πρόταση: Δυσχέρεια στον χειρισμό της ιατρικής ορολογίας και προβλήματα απόδειξης**

Η διαπίστωση της ύπαρξης αιτιώδους συνδέσμου είναι κάθε φορά ζήτημα πραγματικό, που καλείται το δικαστήριο να εξακριβώσει μέσω των προσκομιζόμενων αποδεικτικών στοιχείων.

Στο ζήτημα αυτό είναι εκτεινόμενη η νομολογιακή σύγχυση που επιτείνεται στις επείγουσες καταστάσεις, όπου θα πρέπει να συνυπολογιστεί στη *lege artis* συμπεριφορά και ο παράγοντας της έγκαιρης αντιμετώπισης. Πράγματι, πολλές δικαστικές αποφάσεις δεν εξετάζουν ενδελεχώς τον αιτιώδη σύνδεσμο και αρκούνται σε μία τυπική αναφορά της έννοιας του και της διαπίστωσης του. Έτσι όμως **προβαίνουν στην ουσία σε λήψη του ζητουμένου γιατί το ερώτημα δεν είναι αν υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος αλλά από που προκύπτει ότι υπάρχει, ποια είναι τα στοιχεία που θεμελιώνουν τη σχετική δικανική πεποίθηση**. Η εν λόγω υπεκφυγή της νομολογίας προφανώς στηρίζεται στο ότι μια ενδελεχής εξέταση προϋποθέτει κατανόηση όρων και κανόνων της ιατρικής επιστήμης, που είναι δυσχερείς για τον μέσο νομικό επιστήμονα. Παρά το εύλογο της δικαιολόγησης αυτής, η μη γνώση της ιατρικής επιστήμης δεν μπορεί να αποτελέσει άλλοθι για το επιτρεπτό συγκεχυμένων διατυπώσεων και λογικών αλμάτων στην κατάστρωση της ελάχισονας πρότασης των δικαστηρίων.

Ενίοτε η νομολογία επικαλείται αναλυτικά τα πορίσματα των ιατροδικαστών για να βοηθηθεί στη θεμελίωση των πραγματικών περιστατικών που στοιχειοθετούν τον αιτιώδη σύνδεσμο και τα χρησιμοποιεί στην αιτιολογία. Έτσι, δικαίως στην *ΑΠ 809/2015*<sup>76</sup>, (όπου κρίθηκε ορθή η καταδίκη αναισθησιολόγου για ανθρωποκτονία από αμέλεια δια παραλείψεως, γιατί ενώ μπορούσε να αποτρέψει το επείγον περιστατικό που προέκυψε στο χειρουργείο, εντούτοις δεν βρισκόταν μέσα στο δωμάτιο για να αντιδράσει εγκαίρως) η καταδίκη μεταξύ άλλων στηρίχθηκε και στην κατάθεση του τέταρτου μάρτυρα κατηγορίας- ιατροδικαστή που δικαιολόγησε ότι υπήρχε αιτιώδης σύνδεσμος ανάμεσα στην απουσία της γιατρού και του θανάτου.

Συγκεκριμένα, η αναισθησιολόγος παρέλειψε να βρίσκεται μέσα στη χειρουργική αίθουσα, καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης, ως όφειλε. Στην προγραμματισμένη, μη επείγουσα επέμβαση (πλαστική ρινικού διαφράγματος) η αναισθησιολόγος είχε αμελή συμπεριφορά, με αποτέλεσμα, να προκύψει επείγον περιστατικό, το οποίο δεν αντιμετώπισε εγκαίρως χάνοντας πολύτιμο χρόνο στο **να αντιληφθεί έγκαιρα την εξέλιξη της νάρκωσης και τη σοβαρότητα της κατάστασης που δημιουργήθηκε, προκειμένου να επέμβει αμέσως στη λειτουργία του αναπνευστήρα που παροχέτευε, ανεξέλεγκτα, ιδιαίτερα μεγάλες, μη ανεκτές από τον**

<sup>76</sup>ΑΠ 809/2015, ΠοινΔνη 2016, σελ.1176

**ανθρώπινο οργανισμό, ποσότητες αέρα στο αναπνευστικό σύστημα της ασθενούς.** Η τελευταία αμέσως μετά εισήχθη στη ΜΕΘ και λίγο αργότερα πέθανε από ανακοπή η οποία δεν θα είχε επέλθει εάν η γιατρός δεν είχε καθυστερήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος που δημιουργήθηκε κατά την αναισθησία. Στην απόφαση, ωστόσο δεν αναφέρεται, αλλά υπονοείται, πως η εισαγωγή της ασθενούς στη ΜΕΘ με μηχανική υποστήριξη δεν προκάλεσε με κάποιο τρόπο διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου (λόγω κάποιου άλλου σφάλματος στη ΜΕΘ), αλλά προέκυψε πράγματι από το σφάλμα της αναισθησίας. Από την άλλη, οι μαρτυρίες των γιατρών επιστημόνων θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ενίοτε με επιφυλακτικότητα. **Για παράδειγμα, στην ΑΠ 1010/2007<sup>77</sup>, δικαίως το δικαστήριο αντιμετώπισε σκεπτικιστικά τις μαρτυρίες των γιατρών και νοσοκόμων συναδέρφων, αφού οι καταθέσεις αυτές δεν φαίνονται ανεπηρέαστες από την ιδιότητα των πιο πάνω μαρτύρων ως συναδέλφων και συνεργατών των κατηγορουμένων και εν τέλει τις απέρριψε.**

Στις περιπτώσεις ιατρικής ευθύνης – και ειδικά σε αυτές που η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά είναι παράλειψη– είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ακριβής αιτία για το θάνατο ή για τη σωματική βλάβη του ασθενούς, επομένως να ανιχνευτεί με ασφάλεια ο αιτιώδης σύνδεσμος. Πρώτον, **ο ανθρώπινος οργανισμός είναι πολύπλοκος, δεύτερον, υπάρχουν και στο χώρο της ιατρικής έριδα λόγω των πολλών και διαφορετικών τρόπων θεραπείας και τρίτον, είναι δύσκολο και χρονοβόρο να διεισδύσει η νομική επιστήμη στα βάθη μιας άλλης με τρόπο τόσο τελέσφορο.** Αυτό πολλώ δε μάλλον στα επείγοντα περιστατικά, όπου ο χρόνος εισέρχεται ως παράγοντας έρευνας και πρέπει να γίνει σαφές αν θα είχε αποφευχθεί το αποτέλεσμα αν ο γιατρός είχε αντιδράσει πχ μισή ώρα ή ένα τέταρτο πιο πριν.

Επίσης, **ας μην λησμονούμε πως η αιτιότητα της παράλειψης είναι μια πλασματική κατασκευή, η οποία στηρίζεται στην πιθανολόγηση της αιτιώδους συνάφειας.** Αυτό γιατί καταφεύγουμε σε μια υπόθεση, σε μια κρίση αυξημένης πιθανολόγησης και όχι σε μια κατ' ακριβολογίαν αιτιότητα, μια οιονεί αιτιότητα κατά τον *Βαθιώτη*<sup>78</sup>. Επίσης, τα δικαστήρια, ακόμα κι όταν συγκλίνουν στη χρήση της ίδια έννοιας, δεν δίνουν πειστικές απαντήσεις για το τι ακριβώς σημαίνει «πιθανότητα προσεγγίζουσα τη βεβαιότητα» και πως αυτή προσδιορίζεται.

Δικαίως, τα δικαστήρια είναι επιφυλακτικά στην κατάφαση αιτιώδους συνάφειας στις ιατρικές παραλείψεις και η απαίτηση υψηλής πιθανότητας, στα όρια της βεβαιότητας μη επέλευση του αποτελέσματος αν είχε δράσει σωστά ο γιατρός, και όχι απαίτηση απλής πιθανότητας, **εδράζεται στην αρχή *in dudio pro reo* και κάλλιον εστί τον αμαρτήσαντα ανεκδίκητον μένεις ήπερ τον αναίτιον καταδικάζεσθαι.**

Τούτο επιβεβαιώνεται και από τη νομική επιστήμη, όπου ο *Μπέκας*<sup>79</sup> υποστηρίζει πως κατά την εφαρμογή του κριτηρίου της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς, αν δεν προκύπτει ότι το

<sup>77</sup> ΑΠ 1010/2007, ΝΟΜΟΣ

<sup>78</sup> *Βαθιώτης Κ.*, Στοιχεία, ο.π., σελ. 111-112

<sup>79</sup> *Μπέκας Γ.*, Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, 2004, σελ. 188 επ.

αποτέλεσμα θα συναπολειπόταν, αν έλειπε το σφάλμα με πιθανότητες που αγγίζουν τη βεβαιότητα και υπάρχουν απλά κάποιες πιθανότητες, “τότε δεν μπορεί να υπάρχει πεποίθηση ότι το αποτέλεσμα είναι αποτέλεσμα του αντικειμενικού σφάλματος και συνακόλουθα, κατ’ εφαρμογή της αρχής *in dubio pro reo*, δεν υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος.»

Ας εξετάσουμε όμως και την άλλη πλευρά. Μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι η κάθε αδυναμία στην ανίχνευση του αιτιώδους συνδέσμου από τα δικαστήρια, μπορεί να οδηγήσει αδικώς όχι μόνο στην απόδοση ευθύνης για την μη αποτροπή ενός ούτως ή άλλως αναπότρεπτου αποτελέσματος αλλά και αντίστροφο, δηλαδή στον **κίνδυνο της εσφαλμένης απαλλαγής του πραγματικά ευθυνόμενου ιατρού από κάθε ποινική ευθύνη με την απόδοση του αποτελέσματος σε μια γενικευμένη οργανική αιτία**, στην κακή κατασκευή του ανθρώπου (όπως είναι λογικό να το επικαλούνται στην υπερασπιστική γραμμή τους). Δεν πρέπει να λησμονείται ότι τα ενδογενή ανθρώπινα χαρακτηριστικά δεν μπορούν να απαλλάξουν τον ιατρό αν η υποτιθέσθω ενέργειά του θα απέτρεπε σε σχεδόν βέβαιο βαθμό το αποτέλεσμα, ωστόσο η δυσκολία να συναχθεί αυτό με βεβαιότητα μπορεί να οδηγήσει εσφαλμένως στην αθώωση του κατηγορουμένου λόγω αμφιβολιών. Είδαμε επίσης πως **η εφαρμογή της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς από τη νομολογία, σε επείγον περιστατικό, μπορεί να αθώσει τον κατηγορούμενο με αμφίβολο τρόπο**. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να μπορεί να ανιχνευτεί η συχνά δυσδιάκριτη λεπτή γραμμή ανάμεσα σε μια δίκαιη και σε μια άδικη απόφαση.

## ΜΕΡΟΣ ΙΙ: Η επείγουσα ιατρική με έμφαση στα δογματικά ζητήματα του καταλογισμού

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε ανάλυση της εξωτερικής αμέλειας, ως στοιχείου της αντικειμενικής υπόστασης. Από την άλλη, εδώ, το ζητούμενο είναι το έτερο, εσωτερικό-υποκειμενικό στοιχείο της αμέλειας, το οποίο αποτελεί μορφή υπαιτιότητας και ορίζεται, κατ' άρθρο 28 ΠΚ, ως έλλειψη της προσοχής, την οποία ο δράστης αφενός όφειλε να επιδείξει κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες και περιστάσεις και αφετέρου μπορούσε να επιδείξει με βάση τις προσωπικές του ικανότητες.<sup>80</sup>

Ο *Ματζακάς*,<sup>81</sup> με γνώμονα τον ίδιο το νόμο και την ερμηνεία του και ανάλογα με το αν οι περιστάσεις αφορούν τον δράστη ή όχι, κάνει τον διαχωρισμό δύο κριτηρίων προσδιορισμού του μέτρου της προσήκουσας προσοχής-του γιατρού εν προκειμένω: Από τη μία παραθέτει ένα **υποκειμενικό κριτήριο συνδεδεμένο με το πρόσωπο, δηλαδή τις ατομικές ιδιότητες και ικανότητες** του γιατρού κατά το χρόνο εκδήλωσης της δράσης του και από τη άλλη ένα **αντικειμενικό, αντικατοπτρίζον τις επικρατούσες συνθήκες της εκάστοτε συγκεκριμένης περίπτωσης**. Κατά την αντίληψη της γράφουσας, το αντικειμενικό κριτήριο δεν έχει τον χαρακτήρα μιας αμετάβλητης σταθεράς για πλείονες περιπτώσεις, όπως η αντικειμενική αμέλεια και δεν πρέπει να συγχέεται με αυτήν. Αντιθέτως, έχει το νόημα των παραγόντων που ξεκινούν και διαχέονται από το εξωτερικό περιβάλλον και καταλήγουν να επηρεάζουν το δράστη και όχι από τον δράστη ως πρόσωπο. Κατά άλλη διατύπωση στη νομική επιστήμη, η επιμέλεια που πρέπει να καταβάλει ο γιατρός, κατά το μέτρο του μέσου ορθά εργαζόμενου της ειδικότητάς του, προσδιορίζεται και από τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη ή συγκεκριμένη ιατρική ανάγκη.<sup>82</sup>

Τα δύο αυτά κριτήρια αντιστοιχούν στους δύο άξονες προβληματικής που μας απασχολούν στο παρόν κεφάλαιο: αφενός το επίπεδο εξειδίκευσης του γιατρού και αφετέρου η ύπαρξη ή μη των κατάλληλων μέσων προς την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.

---

<sup>80</sup>*Καραγεώργου*, ο.π., σελ.36 επ.

<sup>81</sup>*Ματζακάς*, ο.π., σελ.42

<sup>82</sup>*Καραγεώργου*, ο.π., σελ.36 επ.

## **Α.Υποκειμενικό στοιχείο: Ο προσδιορισμός της υπαιτιότητας με βάση την ειδικότητα του γιατρού.**

Όπως έχει προειπωθεί και παρά την έριδα στη θεωρία για την εξωτερική αμέλεια, κατά κοινή γραμμή αυτή δεν συναρτάται με το επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων του γιατρού αλλά με μια κοινή συνισταμένη που εκκινεί από τον πιο άπειρο αγροτικό γιατρό μέχρι τον πιο έμπειρο ειδικό γιατρό πολυετούς εμπειρίας.

Συνεπεία αυτού, **η σφυγμομέτρηση της επιβαλλόμενης επιμέλειας, ανάλογα με την ειδικότητα, διενεργείται στη σφαίρα της υπαιτιότητας.** Το μέτρο επιμέλειας για έναν ειδικευμένο γιατρό που καλείται να χειριστεί ένα προγραμματισμένο περιστατικό τοποθετείται σαφώς υψηλότερα σε σχέση με το μέτρο επιμέλειας του ειδικευόμενου, ως υποκειμενικό κριτήριο, πάντοτε υπό το πρίσμα και των υπόλοιπων περιστάσεων, κυρίως της περίπτωσης του επείγοντος, ως αντικειμενικό κριτήριο της υπαιτιότητας.<sup>83</sup>

Και μόνο η εξωτερική περίπτωση του “κατεπείγοντος” αρκεί για να θεωρηθεί ουσιωδώς διαφοροποιημένο το αντικειμενικό κριτήριο προσδιορισμού του μέτρου της προσήκουσας προσοχής και, κατ' επέκταση, το εσωτερικό-υποκειμενικό στοιχείο της αμέλειας ως μορφής υπαιτιότητας.<sup>84</sup>

Έτσι, ο χαρακτήρας του επείγοντος μπορεί να διαφοροποιήσει το μέτρο της επιμέλειας για έναν γιατρό της ίδιας ειδικότητας, σε σχέση με μια άλλη κατάσταση μεγαλύτερης ηρεμίας, όπου ο χρόνος δεν κυλά αντίστροφα για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού.

Ας επιστρέψουμε τώρα στο υποκειμενικό κριτήριο της εσωτερικής αμέλειας και ας δούμε πως θα μπορούσε στο κριτήριο αυτό το στοιχείο του επείγοντος. Τούτο, κατά μια άποψη<sup>85</sup>, θα μπορούσε να συμβεί, **όταν ο γιατρός ορισμένης ειδικότητας έχει ήδη λάβει ειδική εκπαίδευση διαχείρισης επειγόντων περιστατικών, επομένως ο δείκτης της προσήκουσας επιμέλειας σε επίπεδο υπαιτιότητας ανέρχεται προς τα άνω.** Το εκάστοτε σφάλμα σε ένα επείγον περιστατικό θα του καταλογιστεί όχι μόνο με βάση την ειδικότητά του αλλά και με βάση την εκπαίδευσή του στη διάσωση.

Για να ισχυροποιηθεί το άνωθεν επιχείρημα, θα μπορούσε να επιστρατευθεί το άρθρο 3 του νέου Κώδικα ΙατρΔ που ορίζει ότι “ο γιατρός ενεργεί με βάση α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης”.

Το γράμμα του νόμου, πράγματι, επιβεβαιώνει ότι η περαιτέρω εξειδίκευση μέσω σεμιναρίων,

<sup>83</sup>Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ., Ποινική Ιατρική Ευθύνη, σε Η Ιατρική Ευθύνη στην Πράξη, Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Επιμ. Γώγος Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παπαδοπούλου Α., Φουντεδάκη Κ., 2010, σελ.34

<sup>84</sup>Ματζακάς, ο.π., σελ.44

<sup>85</sup>Ματζακάς, ο.π., σελ.44-45επ.

μέσω Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων Ειδίκευσης, η ύπαρξη ακαδημαϊκών τίτλων, όπως για παράδειγμα η θέση μελών ΔΕΠ, η διευθυντική θέση σε νοσοκομείο κτλ επηρεάζουν το πρότυπο της επιμέλειας προς τα πάνω. Τούτο σε αντιδιαστολή με την παλαιότερη υποστηρισθείσα άποψη στο ποινικό και αστικό δίκαιο, πριν από την ψήφιση του νέου Κώδικα ΙατρΔ,<sup>86</sup> πως ο γιατρός, όταν πραγματοποιεί μια ιατρική πράξη δεν πρέπει να ανταποκρίνεται στις δικές του, ενδεχομένως ιδιαίτερα αυξημένες ικανότητές του, αλλά να λειτουργεί όπως θα έπραττε ο μέσος συνετός γιατρός της ειδικότητάς του. Η άποψη αυτή έχει μια βάση στο ότι μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά σε κάποιον που ενώ επιθυμεί να εξελιχθεί μέσω της εκπαίδευσής του να γνωρίζει ότι σε περίπτωση σφάλματος θα έχει μεγαλύτερη πιθανότητα ευθύνης.<sup>87</sup>

Έχει υποστηριχθεί πως κατά μείζονα λόγο, αν η ίδια η ειδικότητα του γιατρού συνίστατο στην επείγουσα ιατρική και όχι απλώς έχει δεχτεί μια ειδική μετεκπαίδευση, όπως συμβαίνει όλο και περισσότερο στην αλλοδαπή, τότε η διαχείριση επειγόντων περιστατικών θα υπαγόταν στο πλαίσιο της συνήθους εργασίας του και έτσι ο πήχης των απαιτήσεων επιμέλειας θα ανερχόταν ακόμη υψηλότερα. Κριτήριο επιμέλειας θα συνιστούσε ο μέσος ειδικευόμενος στην επείγουσα ιατρική, του οποίου η δυνατότητα επίκλησης περιορισμένου καθήκοντος επιμέλειας επί τη βάση δυσχερών και ασυνήθιστων εξωτερικών συνθηκών θα ήταν ισχνή.<sup>88</sup>

**Ωστόσο, κατά τη γνώμη της γράφουσας, ο επείγων χαρακτήρας ενέχει πάντοτε, από τη φύση του πράγματος ένα τέτοιο στοιχείο δυσκολίας που ως λόγος περιορισμού της προσήκουσας επιμέλειας δεν μπορεί ποτέ να είναι ισχνός, πολλώ δε μάλλον να εξουδετερωθεί. Θα συνιστούσε ανάληψη στάση υπέρμετρης αυστηρότητας και ακαμψίας στην ποινική αντιμετώπιση της άσκησης της ιατρικής το να ισχυριστούμε το αντίθετο. Ας φανταστούμε έναν άρτια ειδικευμένο γιατρό στην επείγουσα ιατρική που καλείται να αντιμετωπίσει καθημερινά ποικίλα κρίσιμα περιστατικά ορθοπεδικών, καρδιολογικών, παθολογικών προβλημάτων κτλ και να είναι σε συνεχή επαγρύπνηση και τεταμένη προσοχή, έχοντας τέτοια διαύγεια που μην κωλυσιεργεί και να προβαίνει πάντοτε σε ορθή διάγνωση, ακόμα και εντός ασφυκτικού χρόνου, φασαρίας, πανικού κτλ. Η εγγενής δυσχέρεια του στοιχείου του επείγοντος που έγκειται στη σύγχυση και στον πιεστικό χρόνο, ακόμη και λίγων λεπτών ή δευτερολέπτων, δεν μπορεί ποτέ να αντιμετωπιστεί εξ ολοκλήρου με τρόπο, ώστε να καταλογίζεται αδιακρίτως κάθε ιατρικό σφάλμα, όσες σπουδές, κατάρτιση και εμπειρία κι αν λάβει κανείς. Γι' αυτό πάντοτε θα πρέπει να ερευνάται στην υπαιτιότητα σε ένα ad hoc και in concreto πλαίσιο υπό το πρίσμα και της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης ή θεραπευτικής ανάγκης<sup>89</sup> και πάντοτε, συνδυαστικά με άλλους παράγοντες, θα πιθανολογείται να υπερβαίνει τις δυνατότητες**

<sup>86</sup>Χαραλαμπίκης Α., Ιατρική ευθύνη, οπ., σελ. 15

<sup>87</sup>Βλ. χαρακτηριστικά Αποστολίδου Α., παρατηρήσεις σε ΣυμβΠλημΚοζ, Υπερ 1996, σελ. 868 επ., όπου αναφέρεται πως το προσωπικό στοιχείο της αμέλειας λειτουργεί πάντοτε αποκλειστικά προς όφελος του κατηγορουμένου.

<sup>88</sup>Ματζακάς, ο.π., σελ.45

<sup>89</sup>Καργεώργου, οπ., σελ.36



του συγκεκριμένου γιατρού.

Κατά την αντίληψή μου, σε αντίστροφη φορά από τη γραμμική ανύψωση του μέτρου επιμέλειας στα επείγοντα, όπου η ανύψωση δεν μπορεί να φτάσει σε ένα απόλυτο όριο και ο γιατρός να κρίνεται ότι φταίει πάντα, όταν υπάρχει παραπάνω εξειδίκευση, αντίστοιχα δεν μπορεί και να χαμηλώσει σε ένα απόλυτο όριο, ώστε να λειτουργεί απαλλακτικά το στοιχείο του επείγοντος από μόνο του. Αυτό σημαίνει πως ο γιατρός δεν μπορεί να αποποιηθεί της ευθύνης του, επικαλούμενος μόνο την εγγενή δυσκολία του επείγοντος ή την έλλειψη ειδικότητας ή εξειδίκευσης σε επείγον περιστατικό, ενόψει της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης του άρθρο 9 παρ. 3 Κώδ.Ιατρ.Δ.

Στη συνέχεια θα μελετήσουμε τη νομολογία των τελευταίων χρόνων ειδικότερα, ώστε να λάβουμε και εικόνα του πραγματικού γίνεσθαι στα Τ.Ε.Π.

Είναι ευχερές να συναχθεί πως σε άλλες αποφάσεις, η δικαστηριακή πρακτική επιστρατεύεται πιο συγκροτημένες αιτιολογίες και σε άλλες λιγότερο, για να μην απαλλάξει ανειδίκευτους ιατρούς (συνήθως αγροτικούς, όπως θα δούμε παρακάτω) και τους ειδικευόμενους, που πραγματοποιούν εφημερίες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, από την ευθύνη που τους αναλογεί. Τούτο, πολλές φορές γίνεται χωρίς να γίνει λόγος για την ενημέρωση ή μη του ειδικού γιατρού, αλλά στη διάγνωση, δηλαδή σε περίπτωση που δεν εκτιμήσουν ορθά την κατάσταση του ασθενούς που εισάγεται στο Τ.Ε.Π. Τέτοιου είδους σφάλμα συνήθως κινεί μια αλυσιδωτή, διαδοχική σειρά συνεπειών μέχρι το αξιόποιο αποτέλεσμα της σωματικής βλάβης ή του θανάτου, χωρίς να διακοπεί ο αιτιώδης σύνδεσμος, τη μη διάγνωση επί της κλινικής εικόνας, τη μη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων και εν τέλει τη μη διάγνωση ή την εσφαλμένη διάγνωση και την παρέλευση κρίσιμου χρονικού διαστήματος, ενόψει του επείγοντος χαρακτήρα και της ανάγκης άμεσης αντιμετώπισης των περιστατικών. **Κατά την πάγια γραμμή των δικαστηρίων, η ευθύνη των προαναφερόμενων στοιχειοθετείται όταν, λαμβανομένων υπόψη και των προσωπικών περιστάσεων και ιδιοτήτων τους, ήτοι ότι στερούνται εξειδικευμένων γνώσεων και της εμπειρίας των ειδικευμένων ιατρών, κρίνεται ότι δεν κατέβαλαν την προσοχή που κάθε μετρίως συνετός και ευσυνείδητος ιατρός καταβάλλει, ακόμη και εάν δεν είναι ειδικευμένος. Πρόκειται για περιστατικά που οι κατηγορούμενοι, ακόμα και στα πλαίσια του επείγοντος, θα μπορούσαν να εκτιμήσουν ορθά, με τις γνώσεις που απέκτησαν κατά τη φοίτησή τους για την απόκτηση του πανεπιστημιακού τους τίτλου και την μέχρι το χρόνο τέλεσης του αδικήματος εμπειρία τους.** Περαιτέρω, σύμφωνα με τη νομολογία, οι ανειδίκευτοι και οι ειδικευόμενοι ιατροί, που ενεργούν εφημερία, εφόσον έχουν τη σχετική δυνατότητα, οφείλουν να ενημερώνουν άμεσα ειδικευμένους ιατρούς, προκειμένου να επιληφθούν οι ίδιοι σοβαρών περιστατικών, τόσο σε επίπεδο εξέτασης και διάγνωσης, όσο και σε επίπεδο αντιμετώπισης. Ωστόσο, όπως τονίζεται πολλαπλώς στην παρούσα, υφίσταται μια σύγκυση ανάμεσα στην ευθύνη του ειδικευόμενου για

μη ενημέρωση του ειδικού και σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος και στην ευθύνη του αφού δικαίως λαμβάνει ένα εγχείρημα (πχ ιατρική βοήθεια στον ασθενή όσο ο ειδικός γιατρός είναι καθοδόν) αλλά ενεργεί πλημμελώς.

Από το τρόπο χειρισμού της επείγουσας ιατρικής και την επισκόπηση της σχετικής νομολογίας συνάγεται το γεγονός ότι οι ειδικευόμενοι, στα πλαίσια εφημερίας, είναι κατά κανόνα επιβαρημένοι με την αντιμετώπιση πλειόνων, επείγουσας φύσεως περιστατικών. Γι' αυτό και στα ιατρικά σφάλματα των Τ.Ε.Π. η ποινική ευθύνη βαρύνει κατά κύριο λόγο τους ειδικευόμενους.<sup>90</sup> Τούτο φαίνεται καταρχήν λογικό από τη φύση των πραγμάτων, δεδομένου ότι αξιώνεται από τους τελευταίους ο χειρισμός του επείγοντος, δηλαδή η επαγρύπνηση και η εύρεση του απαραίτητου χρόνου, ώστε, προβαίνοντας σε στάθμιση της σοβαρότητας και επικινδυνότητας κάθε περιστατικού, να ειδοποιούν άμεσα και χωρίς χρονοτριβή, τον εφημερεύοντα ειδικό ιατρό.

Ενόψει αυτού, ο ειδικευόμενος γιατρός ευθύνεται κατά κανόνα όταν θέτει σε κίνηση την αλληλοδιαδοχή των γεγονότων έως το θάνατο, χωρίς να κωλύεται, όπως θα έπρεπε, η εξέλιξη, κλιμάκωση και κορύφωση των συνεπειών της ασθένειας. Η σταδιακή εξέλιξη ξεδιπλώνει και τον αιτιώδη σύνδεσμο καθώς εάν είχε δράσει προσηκόντως, όλη η αλληλουχία των γεγονότων από τον πρώτο κρίκο της αλυσίδας, δηλαδή τη γενική διάγνωση - αξιολόγηση της γενικής κλινικής εικόνας του ασθενούς θα ήταν διαφορετική γιατί θα είχε επηρεάσει διαφορετικά και τους επόμενους κρίκους. Θα είχε γίνει άλλος συντονισμός, θα είχε κληθεί ο κατάλληλος θεράπων γιατρός, θα είχαν γίνει καταλληλότερες εξετάσεις.

Καταδίκη για εσφαλμένη διάγνωση του ειδικευόμενου που οδήγησε από το ένα γεγονός στο άλλο και αλυσιδωτά στο θάνατο έλαβε χώρα και κατά την *ΑΠ 1206/2006*<sup>91</sup>. Στην εν λόγω περίπτωση, ο ειδικευόμενος παραπλανήθηκε από τα συμπτώματα ενώ μπορούσε και όφειλε να προβεί σε σωστή διάγνωση, με αποτέλεσμα να παραγγείλει τη διενέργεια εξετάσεων χωρίς διαγνωστική αξία και έτσι να παρέλθει πολύτιμος χρόνος. Υπό το πρίσμα αυτό σκιαγραφείται εναργέστερα, όπως και εν γένει στις σχετικές αποφάσεις περί περιστατικών των Τ.Ε.Π., η ιδιαιτερότητα της ποινικής ευθύνης στην επείγουσα ιατρική: ο σημαίνοντας ρόλος του χρόνου για τη διάγνωση και την ίαση. Στην εν λόγω απόφαση κρίθηκε πως η αντιμετώπιση του ειδικευόμενου γιατρού δεν ήταν άμεση, όπως συνάδει με τον χαρακτήρα του επείγοντος περιστατικού με αποτέλεσμα την επιδείνωση της κατάστασης και την αδυναμία αποτροπής του. Ενδεικτικά, στην *ΑΠ 1206/2006* κρίθηκε ότι αν ο κατηγορούμενος επεδείκνυε την προσοχή και επιμέλεια που μπορούσε και όφειλε, στη *συστηματική παρατήρηση της κλινικής εικόνας που παρουσίαζε ο ασθενής, η οποία ήταν βαρύτερη και υποδείκνυε μηνιγγιτιδοκκοκική λοίμωξη, θα έπρεπε, εκτιμώντας ορθά την κατάστασή του, να δώσει εντολή για άμεση εισαγωγή αυτού στην παθολογική κλινική και να υποβάλει αυτόν άμεσα σε οσφουονωτιαία παρακέντηση, για εξέταση*

<sup>90</sup> Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ., Ποινική Ιατρική Ευθύνη, ο.π., σελ. 34

<sup>91</sup> ΑΠ 1206/2006, ΠοινΛογ 2006, σ. 1170

του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ως μόνη αξιόλογη διαγνωστική μέθοδος της νόσου, αφού οι άλλες εργαστηριακές εξετάσεις έχουν ελαχίστη αξία και αμέσως θα εχορηγείτο ενδοφλέβια αντιβίωση στον ασθενή. Σε κάθε δε περίπτωση, με τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς, μέσα στην κλινική, την εξέτασή του και από άλλους ειδικούς ιατρούς, θα είχε γίνει αντιληπτή αμέσως η επιδείνωση της κατάστασής του και θα είχε άμεσα υποβληθεί σε κατάλληλη, για τη νόσο, θεραπευτική αγωγή.

Πως όμως, μέσα από τα παραπάνω περιστατικά, δικαιολογείται η υπαιτιότητα; Από που συνάγεται πως ο ειδικευόμενος γιατρός είχε τις γνώσεις και την πείρα να αντιληφθεί τη σοβαρότητα της κατάστασής;

Δυσχερής είναι και η χάραξη της λεπτής γραμμής ανάμεσα στο τι μπορούσε και όφειλε να αξιολογήσει ο ειδικευόμενος και τι ήταν έξω από τις δυνατότητές του. Αυτό, ως ζήτημα ουσίας, συνάγεται από τα πραγματικά περιστατικά.<sup>92</sup> Στην απόφαση κρίθηκε ότι η κλινική εικόνα του ασθενούς υποδείκνυε την πάθησή του. Η κατάσταση φαινόταν σοβαρότατη σε σχέση με τα άλλα περιστατικά της ημέρας (παρέμεινε στα εξωτερικά ιατρεία 4 περίπου ώρες), ήταν νέος σε ηλικία (14 ετών), εξετάσθηκε κατά προτεραιότητα λόγω της σοβαρότητας των συμπτωμάτων (υψηλός πυρετός 40,5, εμετοί, κεφαλαλγία κτλ) από τον ειδικευόμενο στην παθολογία κατηγορούμενο, ο τελευταίος είχε θέση υψηλής ευθύνης, καθώς ήταν υπεύθυνος των εξωτερικών ιατρείων της παθολογικής κλινικής. Το δικαστήριο διατύπωσε σχετικά ότι με βάση τα προαναφερθέντα συμπτώματα (εμετούς, υψηλό πυρετό, κεφαλαλγία, μεγάλη εξάντληση) που παρουσίαζε ο ασθενής, ο κατηγορούμενος οδηγήθηκε, όπως προαναφέρθηκε, στην εσφαλμένη διάγνωση ότι πάσχει από ιογενή λοίμωξη. **Όμως, με τα συμπτώματα αυτά, θα μπορούσε ο κατηγορούμενος να θεωρήσει πιθανόν ότι πρόκειται για μηνιγγιτιδοκκοκική νόσο, πράγμα που υποψιάστηκε, όπως προκύπτει από τις οδηγίες που έδωσε στους γονείς (συνεχής παρακολούθηση, εμφάνιση εξανθήματος, διαταραχής).**

Παρομοίως και στην ΑΠ 1010/2007,<sup>93</sup> όπου κρίνει ορθή την καταδίκη ειδικευόμενου και ειδικού για τον θάνατο ασθενούς, ως αποτέλεσμα των δικών τους επικίνδυνων συμπεριφορών-παραλείψεων. Ο ειδικευόμενος απεφάνθη ότι ο ασθενής είχε υποστεί μόνο εγκεφαλική διάσειση και ότι μπορούσε να πάει στο σπίτι του. **Όμως τα συμπτώματα ήταν πολύ έντονα και ανησυχητικά, τόσο ώστε να μπορούν να επιστήσουν την προσοχή ακόμα και του μη ειδικευμένου γιατρού, από την πανεπιστημιακή παιδεία και την πείρα που ήδη διέθετε.**

Τούτο λόγω της έντασης των συμπτωμάτων (πυρετός, ταχυπαλμία, δύσπνοια, πόνος στο στήθος, το ότι όταν ρωτήθηκε από τους ιατρούς πότε τραυματίστηκε απάντησε “πριν από έξι

---

<sup>92</sup>Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ., Ποινική Ιατρική Ευθύνη, ο.π., σελ. 34-35. Το πρόβλημα είναι απλό: Η σχετική δικαστική κρίση θα πρέπει να ερευνήσει αν ήταν εφικτή η διατύπωση αρχικής ή μερικής διάγνωσης από τον ειδικευόμενο, ή έστω και μερικών αμφιβολιών από τη διάγνωση, στο πλαίσιο των προσωπικών του ικανοτήτων. Υπό τα προαναφερόμενα, εξετάζοντας την ΑΠ 1206/2006, Ποιν/Λογ 2006, σ. 1170, παρατηρούμε ότι το δικαστήριο χρησιμοποιήθηκε η διατύπωση ότι ο ειδικευόμενος υποψιάστηκε την πάθηση.

<sup>93</sup> ΑΠ 1010/2007 δημοσ. ΝΟΜΟΣ

μήνες”, κρίση κατά τη διάρκεια της οποίας προσπάθησε να κατέβει από το φορείο, ήταν δηλαδή συγχυτικοδιεγερτικός.

Mutatis mutandis, στην ΑΠ 1069/2013,<sup>94</sup>ο κατηγορούμενος δεν διέγνωσε, ως όφειλε, τις ολέθριες συνέπειες που θα είχε για την υγεία του ανήλικου ασθενούς, η καθυστέρηση της διακομιδής του στη ΜΕΘ. Τούτο διότι, παρόλο που είχε προηγηθεί καρδιακή ανακοπή του ασθενούς, δεν ειδοποίησε εγκαίρως και χωρίς χρονοτριβή το ΕΚΑΒ, προκειμένου το τελευταίο να τον μεταφέρει στη ΜΕΘ Παίδων του ΠΑΓΝΗ. Αντιθέτως, καθυστέρησε κατά τρόπο αδικαιολόγητο την διακομιδή, παράλειψη που απέβη μοιραία για τον ασθενή που υπέστη δεύτερη καρδιακή ανακοπή και απεβίωσε. Από το δικαστήριο κρίθηκε πως το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο δεν προέβλεψαν οι κατηγορούμενοι, μπορούσαν να το προβλέψουν και να αποφύγουν λόγω των προσωπικών τους επιστημονικών γνώσεων, των ικανοτήτων τους, της πολύχρονης εμπειρίας τους. Η παράλειψη να κληθεί άμεσα το ΕΚΑΒ για να διακομισθεί ο ασθενής στη ΜΕΘ αποτελεί **δίδαγμα και κοινώς παραδεδομένο κανόνα της γενικής ιατρικής, ανεξάρτητα από ειδικότητες.**

Συγκριτικά με τους ειδικευόμενους γιατρούς, mutatis mutandis ή ακριβέστερα κατά τη λογική του argumentum a minore ad majus, οι ανειδίκευτοι γιατροί βρίσκονται σε ακόμη πιο πρώιμο στάδιο της επαγγελματικής τους πορείας, γι' αυτό άλλωστε δε δρουν αυτοτελώς, αλλά υπό την εποπτεία επικεφαλής ειδικού γιατρού. Η έλλειψη εξειδίκευσής τους είναι η δικαιολογητική βάση για το ότι υποπίπτουν σε **σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος** σε περίπτωση που δεν απέχουν, όπως οφείλουν από ιατρικές πράξεις ασύμβατες με το γνωσιολογικό και εμπειρικό τους επίπεδο.

Η οριοθέτηση του σφάλματος ή της υποχρέωσης ανάληψης εγχειρήματος γίνεται κατά ανάλογο τρόπο με τους ειδικευόμενους,. Τούτο διότι, όπως αναλύεται και σε άλλο σημείο, **κατά διασταλτική τελεολογική ερμηνεία**, το άρθρο 9 παρ.3 του Κώδ.Ιατρ.Δ τους περικλείει στο πεδίο εφαρμογής του αφού καθιστά το καθήκον αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητο από την ιατρική ειδικότητα. **Η έλλειψη ειδικότητας ερμηνεύεται όχι ως απλώς μη ταυτοποίηση της ήδη υπάρχουσας αλλά και ως ανυπαρξία της.** Υπό αυτή την προσέγγιση, ακόμα και ο ανειδίκευτος υποχρεούται σε παροχή των υπηρεσιών του σε περίπτωση ανάγκης και η ελλιπής κατάρτισή του **όχι μόνο δεν τον κάνει να υποπίπτει σε σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος αλλά και δεν μπορεί να αποτελέσει σε καμία περίπτωση δικαιολογία για να αφίσταται από την επιτασόμενη ιατρική πράξη.** Άλλως ειπείν, αντιλαμβανόμαστε πως το επείγον μετατρέπει την αυτή συμπεριφορά που αναμένεται από τον γιατρό από απαγόρευση σε επιταγή όταν αυτή συνιστά το έσχατο μέσο.

Υπό το πρίσμα του προσδιορισμού της υπαιτιότητας-εσωτερικής αμέλειας, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, είναι προφανές πως ο επιχειρών ιατρικές πράξεις ανειδίκευτος γιατρός δεν θα ευθύνεται ποινικά εάν παρόλο που προέβη σε αντικειμενικά επικίνδυνη συμπεριφορά

<sup>94</sup> ΑΠ 1069/2013 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

(εξωτερική αμέλεια)<sup>95</sup> που οδήγησε αιτιωδώς στο αποτέλεσμα, υπήρξε επιμελής κατά την άσκηση των καθηκόντων του με κριτήριο την ιδιότητά του και τις περιστάσεις<sup>96</sup>. Η έλλειψη επαγγελματικής εξειδίκευσης προσδιορίζει την “ιδιότητα” και ο επείγων χαρακτήρας προσδιορίζει τις “περιστάσεις”. Αυτό εννοεί ο *Ματζακάς*<sup>97</sup> με τη διατύπωση ότι ο γιατρός θα αξιολογηθεί υπό το πρίσμα του μέσου ανειδίκευτου γιατρού που καλείται να χειριστεί περιστατικό χρήζον επειγούσης αντιμετώπισης, ενώ δεν διαθέτει τις αναγκαίες προς τούτο γνώσεις και δεξιότητες.

Το σκεπτικό αυτό ακολουθεί και η νομολογία, δεχόμενη εξ αντιδιαστολής πως ο ανειδίκευτος γιατρός φέρει ποινική ευθύνη όταν η διάγνωση του ανακλύπτοντος προβλήματος δεν απαιτεί τις ειδικές ή επιπλέον ιατρικές γνώσεις που προσδίδει στον γιατρό η απόκτηση μιας ειδικότητας, αλλά μπορεί να επιτευχθεί με τις βασικές πανεπιστημιακές γνώσεις του αποφοίτου ιατρικής. Ενδεικτικά, η *ΑΠ 797/2002*<sup>98</sup> έκρινε ως ορθή και αιτιολογημένη την καταδίκη ανειδίκευτου στρατεύσιμου ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια, επειδή, παρά τις περιορισμένες γνώσεις και εμπειρία του, *θα μπορούσε να προβλέψει και να αποφύγει το επελθόν αποτέλεσμα (θάνατος από έμφραγμα του μυοκαρδίου) εάν κατέβαλλε την προσοχή που όφειλε και μπορούσε να καταβάλει υπό τις δεδομένες περιστάσεις, βάσει της ιδιότητας και της θέσης του ως ασκών καθήκοντα ιατρού μονάδος*. Είναι ενδιαφέρον να υπομνησθεί πως ενώ το δικαστήριο έκρινε ότι ο ανειδίκευτος γιατρός *θα έπρεπε να διαγνώσει την ύπαρξη καρδιολογικού προβλήματος*, η *Αδάμου*<sup>99</sup> έδωσε μια διαφορετική προσέγγιση στην αιτιολογία της ποινικής ευθύνης και ειδικότερα της υποκειμενικής υπόστασης. Θεώρησε πως, σε αντίθεση με τη δικαστηριακή διατύπωση, ο συγκεκριμένος γιατρός **δεν όφειλε, με βάση τους νομικούς κανόνες και την κοινή πείρα και λογική, να διαγνώσει ή να προβλέψει την ακριβή αιτία εμφάνισης των συμπτωμάτων του ασθενούς, γιατί αυτή υπαγόταν στο πεδίο της ειδικότητας της καρδιολογίας. Όφειλε όμως, κατά τις γνώσεις που ήδη είχε, να προβλέψει τη σοβαρότητα και κρισιμότητα της περίπτωσης**, ότι δηλαδή η εμφανώς κακή κλινική εικόνα του ασθενούς υποδείκνυε την πιθανότητα επιδείνωσης και θανάτου, εάν ο ασθενής παρέμενε το αναρρωτήριο της στρατιωτικής μονάδας, στην ουσία αβοήθητος, χωρίς επαρκή ιατρικό μηχανικό εξοπλισμό, χωρίς νοσοκομειακή περίθαλψη και αρωγή από ειδικευμένο γιατρό. Με αυτή τη **διαφορετική προσέγγιση της εσωτερικής αμέλειας - υπαιτιότητας του δράστη, που ωστόσο οδηγεί στο ίδιο αποτέλεσμα**, τάσσεται και ο *Ματζακάς*<sup>100</sup>, με επιχείρημα την προφάνεια των

<sup>95</sup> *Καϊάφα-Γκμπάντι*, Εξωτερική και εσωτερική αμέλεια στο Ποινικό Δίκαιο, 1994, σελ. 66 και 72, αλλά και *Ματζακάς, ο.π.*, σελ. 41, όπου η αμέλεια ταυτίζεται με την αντικειμενικώς επικίνδυνη συμπεριφορά.

<sup>96</sup> Έτσι προσεγγίζεται η εσωτερική αμέλεια κατά πάγια νομολογιακή γραμμή, άλλοτε ευθέως και άλλοτε εν τοις πράγμασι. Βλ. και σχετικό κεφάλαιο.

<sup>97</sup> *Ματζακάς, ο.π.*, σελ. 71

<sup>98</sup> ΑΠ 797/2002, Πραξ/Λογ.2002, 198

<sup>99</sup> Παρατηρήσεις *Αδάμου Ο.* στην ΑΠ 797/2002 σε ΠοινΔικ 2004, σελ. 1235

<sup>100</sup> *Ματζακάς, ο.π.*, σελ. 77

συμπτωμάτων, κρίνοντας δηλαδή ότι *πράγματι, η πολύωρη εμφάνιση συμπτωμάτων στον ασθενή και ιδίως οι έντονοι και διαρκείς πόνοι στο στήθος του αποτέλεσαν εμφανείς ενδείξεις κακής κλινικής εικόνας και, ως εκ τούτου, επέβαλλαν, σύμφωνα με τους στοιχειώδεις κανόνες της ιατρικής επιστήμης, την άμεση εξέταση του εν θέματι στρατιώτη (ασθενούς) από κάποιον πιο ειδικό γιατρό.*

Την προφάνεια της σοβαρότητας των συμπτωμάτων που ακραιφνώς προκύπτουν από την κλινική εικόνα του ασθενούς προτάσσει ο Άρειος Πάγος και στην ΑΠ 670/2011<sup>101</sup>, ως μια αυτονόητη και άμεσα αντιληπτή κατάσταση που δεν απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις. Η υπόθεση αφορούσε ασθενή πάσχοντα από ψυχωσική συνδρομή, τα συμπτώματα της οποίας τη δεδομένη στιγμή ήταν τόσο έντονα, ώστε να είναι προφανές, σε κάθε λογικά σκεπτόμενο ακόμα και στερούμενο παντελώς ιατρικών γνώσεων άτομο, πολλώ δε μάλλον σε - ακόμα και ανειδίκευτο και άπειρο - ιατρό ότι υφίστατο κίνδυνος για τη ζωή ή έστω τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς, εάν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα.<sup>102</sup> Αυτό συνιστά μια λογικό επιχείρημα ad hoc αξιολόγησης στη συνήθη υπερασπιστική γραμμή των ειδικευόμενων και πολλώ δε μάλλον των ανειδίκευτων γιατρών που δικαιολογούν τη μη περίσκεψή τους με το γενικευμένο επιχείρημα της έλλειψης ειδικότητας και πολύχρονης εμπειρίας.

Η νομολογία, ορθώς κατά τη γνώμη μου, προβαίνει σε μια in concreto συνδυαστική αξιολόγηση όχι μόνο της ιδιότητας του γιατρού αλλά και της συνολικής περίστασης για να συμπληρώσει την ελάχιστο πρόταση που θεμελιώνει την υπαιτιότητα του δράστη. Πρόκειται για δύο μεταβλητές σε αντιδιαστολή με τα σταθερά, αντικειμενικώς θεωρούμενα μεγέθη της εξωτερικής αμέλειας. Στην ανωτέρω απόφαση από τη μία γίνεται δεκτός ως παράμετρος αξιολόγησης ο βαθμός κατάρτισης του ανειδίκευτου στρατιωτικού γιατρού που αντιστοιχεί σε μια αντικειμενικώς αναμενόμενη συμπεριφορά και αποτελεί μια συλλογική σταθερά - σημείο αναφοράς για όλους τους γιατρούς της κατηγορίας του. *Δεν πρέπει να διέλθει της προσοχής μας*

<sup>101</sup> ΑΠ 670/2011, <http://www.areiospagos.gr>

<sup>102</sup> Εν πρώτοις, αυτός ήταν πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, γνωρίζοντας τόσο το ιστορικό του όσο και τη συγκεκριμένη εικόνα που παρουσίαζε τη δεδομένη στιγμή. Είχε μάλιστα διανυκτερεύσει το προηγούμενο βράδυ μαζί του στο αναρρωτήριο της Μονάδας, όπου ο Σ. με δεδομένο ότι ο Γ. το ίδιο μεσημέρι του είχε επιτεθεί με άγριες διαθέσεις, ζήτησε να του δοθεί προσωπικό για τη φύλαξη του ασθενούς. Έτσι, καθίσταται προφανές ότι ο οπλίτης ιατρός τελούσε σε πλήρη γνώση των απαιτήσεων που η συγκεκριμένη περίπτωση ήγειρε. Με αυτό το πρίσμα, δεν απαιτείτο ο Σ. να κατέχει την ειδικότητα του ψυχιάτρου για να είναι σε θέση να προβλέψει το αυτονόητο: Ότι δηλαδή, η παράλειψη λήψης των απαιτούμενων μέτρων επίβλεψης και προστασίας, του Γ., που λόγω της ιδιάζουσας κατάστασης του, δεν ήταν σε θέση να αντιληφθεί πλήρως το νόημα των πράξεων του και να ενεργήσει σύμφωνα με όσα επιτάσσει η λογική, θα μπορούσε κατά τη διακομιδή του με κοινό στρατιωτικό όχημα, να οδηγήσει, αν μη τι άλλο, στον τραυματισμό του. Μπορούσε, επομένως, με βάση τους νομικούς κανόνες, την κοινή πείρα, τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, τη λογική και πρωτίστως τους στοιχειώδεις κανόνες της ιατρικής επιστήμης να προβλέψει το επελθόν αποτέλεσμα και επιδεικνύοντας την αντικειμενικά επιβαλλόμενη επιμέλεια, δηλαδή συνοδεύοντας τον ασθενή στο πήγμα του οχήματος, να αποφύγει το αποτέλεσμα αυτό. ΑΠ 670/2011, <http://www.areiospagos.gr>

ότι έχουμε να κάνουμε με ανειδίκευτο στρατιώτη γιατρό, χωρίς ειδικότητα και χωρίς αγροτικό, το μέτρο σύγκρισης σχετικά με την οφειλόμενη από μέρους του προσοχή, θα αποτελέσει ο άρτι αποφοιτήσας από την Ιατρική Σχολή, ο οποίος, λόγω του ότι δεν έχει κάποια περαιτέρω εξειδίκευση, καλείται να επιδείξει μειωμένη - σε σχέση με τον πιο έμπειρο γιατρό - φροντίδα.

Από την άλλη, το ανωτέρω μέγεθος συναρτάται με το συγκεκριμενοποιημένο επείγον περιστατικό, το οποίο οριστικοποιεί την τελική δικανική κρίση περί της υπαιτιότητας και δικαίως συστέλλει την περιπτώσιολογία όπου ο κατηγορούμενος απαλλάσσεται. Η μειωμένη αυτή φροντίδα δεν μπορεί να λειτουργεί σε όλες τις περιπτώσεις απαλλακτικά για τον υπαίτιο γιατρό. Έτσι, η οφειλόμενη προσοχή πρέπει να καταβάσκει και στην περίπτωση του ανειδίκευτου γιατρού, όταν η διάγνωση του ανακύπτοντος προβλήματος δεν προϋποθέτει ειδικές ή επιπλέον ιατρικές γνώσεις, που προσδίδει στο γιατρό η απόκτηση μίας ειδικότητας αλλά μπορεί να επιτευχθεί και με τις βασικές γνώσεις της ιατρικής επιστήμης, που κάθε γιατρός πρέπει να διαθέτει.

Mutatis mutandis, με την απόφαση υπ' αριθ. 1108/2011<sup>103</sup> του Αρείου Πάγου κρίθηκε ορθή και αιτιολογημένη η καταδίκη ανειδίκευτου αγροτικού εφημερεύοντος ιατρού κατά το σκεπτικό ότι ο επιστήμονας ιατρός (έστω και ως αγροτικός) δεν αντιμετώπισε το επείγον περιστατικό όπως μπορούσε και όφειλε, επομένως κρίθηκε υπαίτιος γι' αυτήν, χωρίς να απαλλαγεί λόγω της απειρίας του παρόλο που αυτή ελήφθη υπόψη. Μέσα από τη συνδυαστική θεώρηση της ιδιότητας του γιατρού και των περιστάσεων, το δικαστήριο κατέληξε πως οι ενδείξεις ήταν καταφανείς για το κρίσιμο της κατάστασης για τον συγκεκριμένο γιατρό, τα συμπτώματα του ασθενούς, το προηγούμενο ιστορικό της υγείας του, και οι επισημάνσεις του παραπεμπτικού του Κέντρου Υγείας, και της ίδιας της κόρης του ασθενούς, η οποία ήταν ιατρός, δεν έπρεπε να περάσουν απαρατήρητα. Κατά την προσωπική μου γνώμη, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, σε τέτοιες περιπτώσεις, όπου οι εκφάνσεις του επείγοντος και της απειλής της ζωής είναι κραυγαλέες (στην ΑΠ 670/201 μάλιστα, κρίθηκε προφανές ότι ο ιατρός τελούσε σε **πλήρη γνώση** των απαιτήσεων που η συγκεκριμένη περίπτωση ήγειρε) όχι μόνο δε χωρεί συζήτηση για έλλειψη ποινικής ευθύνης, αλλά θα πρέπει να ερευνώνται οι προϋποθέσεις της έκθεσης του άρθρου 306 του ΠΚ, και ειδικότερα το ενδεχόμενο δόλου κινδύνου της ζωής από τον δράστη.

Συνελόντι ειπείν, οι υπαίτιες ενέργειες και παραλείψεις του γιατρού δεν είναι δυνατόν να τυποποιηθούν, δεν είναι δυνατό δηλαδή να υπάρχει μια a priori ερμηνευόμενη, σχηματοποιημένη φόρμα επιμέλειας. Η εκτίμηση και αξιολόγηση των αντικειμενικών δεδομένων στηρίζεται στο ότι το ιατρικό περιστατικό, ειδικά ενόψει του επείγοντος, παρουσιάζει μοναδικότητα και ιδιοτυπία. Γενικά μπορεί να λεχθεί ότι το μέτρο της οφειλόμενης από τις περιστάσεις περίσκεψης του συγκεκριμένου γιατρού πρέπει να είναι η προσοχή, που δείχνει κάθε μέσος γιατρός της κατηγορίας του αν βρεθεί, αν όχι κάτω από τις ίδιες, σε

<sup>103</sup> ΑΠ 1108/2011 δημοσ. ΝΟΜΟΣ και <http://www.areiospagos.gr>

παρόμοιες συνθήκες με αυτές που κατέβαλε ο συγκεκριμένος γιατρός.<sup>104</sup> Η εκ των προτέρων τυποποίηση είναι αδύνατη γιατί μια τέτοια αναγωγή από το γενικό-αφηρημένο στο ειδικό συγκεκριμένο δεν μπορεί να γίνει χωρίς τον παράγοντα των πάντα διαφορετικών περιστάσεων της συγκεκριμένης υπόθεσης.

---

<sup>104</sup> Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει η ΑΠ 670/2011, <http://www.areiospagos.gr>  
[48]



## **B. Αντικειμενικό στοιχείο: Ο προσδιορισμός της υπαιτιότητας με βάση τα όρια του δυνατού στη δράση του γιατρού**

Η συσχέτιση του επείγοντος με τα όρια του δυνατού στη δράση του γιατρού συνιστά εφραπτόμενο, συγκλίνον ζήτημα με την ερμηνευτική διάσταση του άρθρου 9 παρ. 3 του Κώδ. Ιατρ. Δ. “ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, **ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης”.**

Ο Ματζακάς,<sup>105</sup> επικαλείται το ανωτέρω άρθρο για να υποστηρίξει ότι η επίκληση της έλλειψης κατάλληλων μέσων για την άσκηση της ιατρικής ως λόγος ματαίωσης της ιατρικής ευθύνης φαίνεται να υποχωρεί σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να χρησιμοποιηθεί οτιδήποτε είναι διαθέσιμο και τελέσφορο για τη σωτηρία του ασθενούς, ως *ultimum refugium*, όπως για παράδειγμα, ένα κομμάτι από σπασμένο τζάμι σε τραχειοτομή, όχι απολύτως καθαρά εργαλεία, υφάσματα αντί για γάζες κτλ, όταν αυτά τα μέσα είναι τα μόνα που υπάρχουν. Το στοιχείο του επείγοντος επιτάσσει να πράξει ο γιατρός, στα πλαίσια του λειτουργήματός του, οτιδήποτε μπορεί. Αντίστοιχα, και άλλοι συγγραφείς διατείνονται πως αν για παράδειγμα δεν υπάρχει ΜΕΘ στην κλινική ή δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μηχανήματα για τη διενέργεια των αναγκαίων διαγνωστικών εξετάσεων, προφανώς και ο γιατρός δεν είναι δυνατό να πράξει ό, τι θα έπραττε αν υπήρχαν, ωστόσο είναι αυτονόητο ότι δεν απεκδύεται της ευθύνης του, αλλά υποχρεούται να βρει έναν άλλο τρόπο (όπως να μεταφέρει τον ασθενή σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα)<sup>106</sup>.

Στο σημείο αυτό αξίζει να εξετάσουμε το υπ’ αριθ. 3654/92 βούλευμα του Συμβ. Πλημμελειοδικείου Αθηνών<sup>107</sup>, που έχει αποτελέσει αφορμή βαθιάς προβληματικής στη νομική επιστήμη. Κατά το ιστορικό της υπόθεσης, οι γιατροί αρνήθηκαν να χειρουργήσουν ασθενή με AIDS, επειδή το χειρουργείο του νοσοκομείου δεν πληρούσε τις προϋποθέσεις επέμβασης, όπως την ύπαρξη χειρουργείου προορισμένου αποκλειστικά για ασθενείς αυτής της κατηγορίας. Από την άλλη, τα δύο υπάρχοντα χειρουργεία δε διέθεταν τον απαραίτητο εξοπλισμό που θα κωλύει τη μετάδοση του ιού στους γιατρούς και στους υπόλοιπους ασθενείς που θα χειρουργούνταν εκεί αργότερα, όπως ειδικές αδιάβροχες στολές, αδιάβροχα υψηλά υποδήματα, ειδικές προσωπίδες για τη χειρουργική ομάδα και συσκευές του αναπνευστικού

<sup>105</sup> Ματζακάς, ο.π., σελ. 77

<sup>106</sup> Βλ. Σακελλαροπούλου Β., Λάλα Δ., Σακελλαροπούλου Θ., ο.π., σελ. 177-178

<sup>107</sup> Πλημ. Αθ. 3654/1992, Ποιν. Χρ. 1992, σελ. 1118

μηχανήματος μιας χρήσης. Τα μέτρα προφύλαξης επιβάλλονταν ενόψει του ενδεχομένου, λόγω της εσωτερικής αιμορραγίας του ασθενούς, να λάβει χώρα κατά την επέμβαση ευρεία διασπορά του αίματος και, κατά συνέπεια, να ελλοχεύσει ο κίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα και τη ζωή των υπόλοιπων ασθενών που θα χειρουργούνταν εκεί αργότερα.

### **Αναζήτηση λύσης στη σύγκρουση καθηκόντων ως επιχείρημα άρσης του αδίκου**

Το Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Αθηνών, υιοθετώντας την εισαγγελική πρόταση, δέχτηκε, ότι οι κατηγορούμενοι γιατροί βρίσκονταν σε κατάσταση σύγκρουσης καθηκόντων: από τη μία του καθήκοντος αποτροπής της βλάβης της υγείας ή της ζωής του συγκεκριμένου ασθενούς και από την άλλη του καθήκοντος προστασίας της ζωής των ίδιων των γιατρών και των υπόλοιπων ασθενών. Κατά την κρίση του δικαστηρίου, η εν λόγω κατάσταση συνίστατο σε λόγο άρσης του αδίκου του εγκλήματος του οποίου η αντικειμενική υπόσταση (κατ' αρχήν άδικο) πληρώθηκε, δηλαδή της παράλειψης παροχής ιατρικής βοήθειας στον πάσχοντα.

Η ανωτέρω νομολογιακή απόφαση δικαίως έχει δεχθεί την σφοδρή κριτική της νομικής θεωρίας, δεδομένου ότι κλυδωνίζει βασικά δογματικά μεγέθη της ποινικής επιστήμης γιατί προτάσσει μια αιτιολογία με εννοιολογικές ασάφειες και λογικά κενά.

Για να το εντοπίσουμε αυτό, θα πρέπει πρωτίστως να προβούμε σε μια ενδελεχή εννοιολογική προσέγγιση της σύγκρουσης καθηκόντων. Κατάσταση σύγκρουσης καθηκόντων σημαίνει ότι η μη πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης του ενός εγκλήματος οδηγεί αναπόφευκτα στην πλήρωση του άλλου εγκλήματος και το αντίστροφο.<sup>108</sup> Λειτουργεί επομένως, ως λόγος άρσης του αδίκου, όχι σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά μόνο σε εκείνες που περισσότερα καθήκοντα του ατόμου συγκρούονται *in concreto*, ώστε να αποβαίνει ανέφικτη η εκπλήρωση του ενός χωρίς παραβίαση του άλλου. Η επιλογή εκπλήρωσης οποιουδήποτε καθήκοντος παραβιάζει ταυτόχρονα την υποχρέωση εκπλήρωσης του άλλου, ώστε εν τέλει να δημιουργείται λογικό αδιέξοδο στο να υπακούσει ο φερόμενος ως δράστης στην έννομη τάξη. Η τελευταία μπορεί να αποδοκιμάζει μια ενέργεια ή μια παράλειψη μόνον όταν μπορεί να πει τι είναι σωστό και τι έπρεπε να γίνει. Όπου όμως δεν υπάρχει παρά μόνον άδικη λύση, δεν μπορεί να επικρίνεται ως εσφαλμένη η οποιαδήποτε επιλογή, όπως υποστηρίζει ο *Roxin*.<sup>109</sup> Κατά τη γνώμη της γράφουσας, τούτο αντικατοπτρίζει τη λογική της αρχής *impossibilium nulla est obligatio*, όπου θα ήταν άτοπο να αξιώνει η έννομη τάξη μια συμπεριφορά που υπερβαίνει τα όρια του ανθρωπίνως εφικτού.

Επομένως, ακόμη κι αν υιοθετηθεί η επικρατούσα στην επιστήμη άποψη ότι η σύγκρουση καθηκόντων αποτελεί λόγο άρσης του αδίκου<sup>110</sup>, ο λόγος αυτόν συντρέχει μόνο στις περιπτώσεις όπου οποιαδήποτε επιλογή του ατόμου εμφανίζεται ως εξίσου άδικη. Στο ερώτημα

<sup>108</sup> *Μαγκάκης Γ.-Α*, Η σύγκρουση καθηκόντων ως οριακή κατάσταση του ποινικού δικαίου, 1980, σελ. 31 επ.

<sup>109</sup> *Roxin C.*, Strafrecht, AT/1, 3 Aufl., 1997, σελ. 660, όπως τον παραπέμπει και η *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, Εγκλήματα κατά της ζωής, 2η έκδ, 2001, σελ. 690

<sup>110</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, ο.π., σελ.690-691

του αν στοιχειοθετείται το τελικά άδικο του εγκλήματος της έκθεσης κατά την άρνηση περίθαλψης του ασθενούς, θα πρέπει να απαντήσουμε πως η σύγκρουση καθηκόντων δεν δύναται να άρει το άδικο όταν στη μια “πλευρά της πλάστιγγας” βρίσκεται η προστασία της ζωής ή της υγείας των ίδιων των γιατρών. Τούτο διότι οι τελευταίοι δεν καλούνται να ανταποκριθούν σε ένα δίλημμα ανάμεσα σε δύο εξίσου άδικες λύσεις. Άδικη είναι η παράλειψη παροχής βοήθειας στον ασθενή αλλά όχι η αντίθετη εκδοχή, δηλαδή η παροχή βοήθειας με κίνδυνο της ζωής των ίδιων των γιατρών. Στην περίπτωση αυτή, το ζήτημα μπορεί να επιλυθεί με την άρση του καταλογισμού λόγω κατάστασης ανάγκης του άρθρου 32 ΠΚ και όχι με την εθμική άρση του αδικού λόγω σύγκρουσης καθηκόντων.<sup>111</sup> Μάλιστα, ο Σπινέλλης<sup>112</sup> έχει υποστηρίξει ότι ούτε άρση καταλογισμού μπορεί να συντρέξει, δεδομένου ότι ο γιατροί και νοσηλευτές υποχρεούνται, από το λειτούργημά τους να εκτίθενται στον κίνδυνο. Σε αυτό το επιχείρημα, ωστόσο, μπορεί να αντιπαραθέσει κανείς, πως θα ήταν ανεπιεικές να αποδίδει το δίκαιο ποινική ευθύνη λόγω μη επίδειξης ηρωικού ψυχισμού και αλτρουιστικής αυταπάρνης και αυτός είναι και ο σκοπός, που ο νομοθέτης θέσπισε την προρρηθείσα διάταξη.

Ας επιστρέψουμε τώρα στα πραγματικά περιστατικά της απόφασης, όπου το προβληματικό της σκέλος έγκειται αφενός στο ότι στον αντίποδα του καθήκοντος αποτροπής της βλάβης της υγείας ή της ζωής του συγκεκριμένου ασθενούς τέθηκε όχι μόνο το καθήκον προστασίας της ζωής των άλλων ασθενών αλλά και των ίδιων των γιατρών. Ανωτέρω εξηγήθηκε πως μόνο το καθήκον προστασίας της ζωής των άλλων ασθενών είναι ικανό να αντιτάξει το καθήκον περίθαλψης του ασθενούς που βρίσκεται σε κίνδυνο για να στοιχειοθετηθεί σύγκρουση καθηκόντων και να αρθεί εθμικά το άδικο.

Στο χώρο της ποινικής επιστήμης, η άρση του αδικού χαρακτήρα της διά παραλείψεως τελούμενης ανθρωποκτονίας από πρόθεση ή θανατηφόρας έκθεσης θεμελιώνεται στη σύγκρουση καθηκόντων, ως αυθύπαρκτο λόγο άρσης του αδικού.<sup>113</sup> Η συλλογιστική αυτή στηρίζεται στο ότι δεν μπορεί να είναι άδικη μια πράξη που εκφεύγει των ανθρωπίνων δυνατοτήτων, καθώς επιτάσσεται ταυτόχρονα και συμμόρφωση και ανυπακοή στις επιταγές του δικαίου.

Ωστόσο, υπάρχει και η άποψη πως η σύγκρουση καθηκόντων δεν αρκεί πάντα να θεμελιώσει λόγο άρσης του αδικού, παρά μόνο υπό τις προϋποθέσεις και τους περιορισμούς του άρθρου 25 ΠΚ, θεωρούμενη ως μια υποκειμενική κατάσταση ανάγκης και όχι ως έναν ανεξάρτητο, εθμικό λόγο άρσης του αδικού. Όταν λοιπόν δεν αρκούν οι προϋποθέσεις της κατάστασης ανάγκης, η σύγκρουση καθηκόντων εκφεύγει του αδικού και μπορεί να συνιστά περίσταση που δημιούργησε μια ψυχική πίεση, τέτοια που να αποκλείει τον καταλογισμό. Όταν ας πούμε, η

<sup>111</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου, ο.π., σελ.690-691

<sup>112</sup> Σπινέλλης Δ., Συστηματική Ερμηνεία του Ποινικού Κώδικα, 1993, άρθρο 25 και 32

<sup>113</sup> Κοτσαλής Α., Γενικό Μέρος Ποινικού Κώδικα, εκδ. 2013, σελ. 361 επ., Κωσάρας Α., Έννοια και θεσμοί του Ποινικού Δικαίου, 2004, σελ. 425-426. Μαγκάκης, Ποινικόν Δίκαιον, Διάγραμμα Γενικού Μέρους, 1984, 208-211

σύγκρουση καθκόντων συνίσταται στη σύγκρουση αγαθών ίσης ή ανάλογης αξίας διαφορετικών ατόμων εκφεύγει της άρσης του αδίκου γιατί η διάσωση ενός εννόμου αγαθού θα μπορούσε να οδηγήσει στη δικαιολόγηση της προσβολής του άλλου, όταν το πρώτο υπερτερεί σημαντικά έναντι του απειληθέντος και παράλληλα συντρέχουν οι λοιποί όροι της κατάστασης ανάγκης (άρθρο 25 παρ. 1 ΠΚ), όχι όμως όταν τα διακυβευόμενα αγαθά είναι ίσης αξίας.<sup>114</sup>

### **Αναζήτηση λύσης στο επιχείρημα έλλειψης υπαιτιότητας**

Αφετέρου, το προβληματικό σκεπτικό της απόφασης εντοπίζεται και στο ότι δεν θα μπορούσε να στοιχειοθετηθεί σύγκρουση καθκόντων ούτε με σημείο αναφοράς την προστασία των άλλων ασθενών. Η *Συμεωνίδου-Καστανίδου*<sup>115</sup> θυμίζει πως αυτό δεν αρκεί για να απαλλάξει τον κατηγορούμενο αλλά παράλληλα απαιτείται και η προϋπόθεση ότι όντως δεν υπάρχει καμία άλλη επιλογή, καμία δυνατότητα λήψης μέτρων προστασίας παρά μόνο αδιέξοδο. Τούτο, αντιλαμβάνομαι, ότι συνάγεται όχι μόνο από τη δικαιοδογματική φύση της σύγκρουσης καθκόντων που συνιστά την απόλυτη αδυναμία επιλογής μη άδικης λύσης αλλά και πρωταρχικά, σε επίπεδο καταρχήν αδίκου. Συγκεκριμένα, από την επιταγή του άρθρου 9 παρ.3 Κώδ.Ιατρ.Δ ότι *ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες*., προκύπτει ότι η δυσχέρεια παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε επείγουσα κατάσταση δεν καθιστά ανενεργή την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση θεραπείας που θεμελιώνει τα μη γνήσια, δια παραλείψεως εγκλήματα, σε συνδυασμό με το άρθρο 15 ΠΚ.

Σε επόμενο στάδιο, το ζήτημα εξετάζεται σε επίπεδο έρευνας του μέτρου της αξιούμενης επιμέλειας επί των συγκεκριμένων περιστάσεων, δηλαδή σε επίπεδο υπαιτιότητας (ειδικότερα, του αντικειμενικού κριτηρίου της εσωτερικής-υποκειμενικής αμέλειας). Κατά τον *Ματζακά*<sup>116</sup>, μπορεί η έλλειψη κατάλληλων μέσων να μην οδηγεί, υπό περιστάσεις επείγοντος, σε εξάλειψη της ιατρικής ευθύνης, ωστόσο αυτό δεν σημαίνει ότι το μέτρο της αξιούμενης επιμέλειας δεν επηρεάζεται από έναν τόσο σημαντικό παράγοντα.<sup>117</sup> Κατά τη συλλογιστική αυτή, πρέπει να περιορίζεται το μέτρο της επιβαλλόμενης επιμέλειας επί ελλείψεως των κατάλληλων μέσων, όπως μηχανημάτων, ιατρικού εξοπλισμού, προϋποθέσεων υγιεινής κτλ.

Στην προηγούμενη περίπτωση του ασθενή του AIDS (*υπ' αριθ. 3654/92 βούλευμα του Πλημμελειοδικείου Αθηνών*)<sup>118</sup> όμως δεν τίθεται ζήτημα έλλειψης γιατί υπήρχαν λύσεις και επιλογές στα πλαίσια του ανθρωπίνως δυνατού. Οι γιατροί δεν είχαν εξαντλήσει τις ήδη υπάρχουσες δυνατότητες κατά τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης. Αν αποφάσιζαν τη

<sup>114</sup> *Λιούρδη Α.*, Ιατρική ποινική ευθύνη, 2014, σελ. 168-180

<sup>115</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου*, ο.π., σελ. 691

<sup>116</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 79

<sup>117</sup> *Καραγεωργίου*, ο.π., σελ.36 επ.όπου αναφέρεται στα δεδομένα της επιστήμης πάντοτε σε συνάρτηση με τις κατ'ιδίαν συνθήκες και περιστάσεις της κάθε περίπτωσης.

<sup>118</sup> Συμβ.Πλημ. Αθ.3654/92, Ποιν.Χρον 1992, σελ.1118

διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης δεν θα παραβίαζαν ταυτόχρονα το καθήκον προστασίας της ζωής των υπόλοιπων ασθενών γιατί αυτό θα μπορούσε να εκπληρωθεί με πολλούς τρόπους, όπως λ.χ. με τη λήψη μέτρων, ακόμα και πρόχειρων, για τον περιορισμό της μόλυνσης στο ένα χειρουργείο, τη γρήγορη απολύμανση του χώρου και των ιατρικών εργαλείων, την κλήση κάποιας υπηρεσίας να το αναλάβει ή με την παραπομπή των ασθενών σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες προσωρινά μέχρι τη διευθέτηση των συνθηκών.<sup>119</sup>

**Επομένως, το συμπέρασμα που συνάγεται είναι ότι το δικαστήριο εσφαλμένα απάλλαξε τους κατηγορούμενους για δύο λόγους, όπως αυτοί αναλύθηκαν.** Κατά τη *Συμεωνίδου-Καστανίδου*<sup>120</sup>, εδώ πληρούνται οι όροι του εγκλήματος της έκθεσης πράγμα που φαίνεται να προκρίνει από το ότι εντάσσει το ζήτημα στην προβληματική του αδίκου της έκθεσης. Αυτό φαίνεται ορθό σε επίπεδο αντικειμενικής υπόστασης, δεδομένου ότι ο ασθενής αφέθηκε αβοήθητος από τους γιατρούς, παρά την ιδιαίτερη νομική υποχρέωσή τους να τον βοηθήσουν και χωρίς να τίθεται ζήτημα σύγκρουσης καθηκόντων. Μόνο για εφαρμογή του άρθρου 32 ΠΚ μπορεί να γίνει λόγος, και αυτό μόνο αν δεχτούμε αφενός ότι οι ίδιοι οι γιατροί κινδύνευαν και αφετέρου, σε αντίθεση με την ανωτέρω άποψη του *Μπιτζιλέκη*, αν αντιτάξουμε ότι το δίκαιο απευθύνεται σε ανθρώπους με ένστικτο αυτοπροστασίας και δεν αξιώνει από αυτούς την υπέρβαση της αυταπάρνηςης.

Ως προς την ιατρική αμέλεια, η ανωτέρω άποψη του *Ματζακά* ότι η έλλειψη κατάλληλων μέσων περιορίζει τις απαιτήσεις επιμέλειας, γίνεται, ορθώς κατά γενικευμένη γραμμή, δεκτή από τη νομολογία, η οποία παγίως διατείνει πως ιατρική αμέλεια δεν υπάρχει, όταν η αντιμετώπιση της συγκεκριμένης πάθησης απαιτεί προηγμένη υλικοτεχνική υποδομή

Μια πρακτική εφαρμογή της ανωτέρω θεωρητικής παραδοχής από τη νομολογία θα μπορούσε να είναι το βούλευμα του *Συμβο Πλημ Χίου 45/2006*<sup>121</sup>, όπου ανέκυψε το ζήτημα των ορίων του δυνατού της διάσωσης του ασθενούς σε κατεπείγουσα κατάσταση λόγω ανυπαρξίας τμήματος Μ.Ε.Θ. Εν προκειμένω, ελήφθη υπόψη τον επείγον και ο ελάχιστος χρόνος επενέργειας που τελούσε σε αντίστροφη αναλογία με την απαιτητικότητα των ιατρικών ενεργειών λόγω της σοβαρότητας της πάθησης- τελικής αιτίας του θανάτου («οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου επί εδάφους παλαιού εμφράγματος οπισθίου τοιχώματος μυοκαρδίου σε συνδυασμό με την εντόνου βαθμού πνευμονορραγία και ηπίου βαθμού πνευμονικό οίδημα»). Έτσι, το δικαστήριο παρά τις δογματικές συγχύσεις ανάμεσα στο άδικο και τον καταλογισμό στις οποίες προέβη συμπλέκοντας την προβληματική της εσωτερικής αμέλειας-υπαιτιότητας με την σε πρότερο στάδιο προβληματική του αιτιώδους συνδέσμου, εξειδίκευσε τις περιστάσεις διατεινόμενο την έλλειψη διαθέσιμων μέσων, ωστόσο δεν είναι ξεκάθαρο αν αποτελεί μέτρο εξέτασης της υπαιτιότητας ή του αιτιώδους συνδέσμου. Τούτο προκύπτει από τη διατύπωση ότι «πρακτικώς

<sup>119</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου*, ο.π., σελ.690-692

<sup>120</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου*, ο.π., σελ. 692

<sup>121</sup> Συμβ Πλημ Χίου 45/2006, ΠοινΔικ 2006, σελ.1376

αναιρείται ή τουλάχιστον στατιστικώς ελαχιστοποιείται κάθε δυνατότητα ιατρικής παρέμβασης και διακοπής της αιτιώδους διαδρομής προς το θάνατο, λαμβανομένου μάλιστα υπόψη ότι το Νοσοκομείο Χίου εστερείτο Μονάδα Εντατικής Θεραπείας». Βέβαια, όπως προειπώθηκε, η διατύπωση του δικαστηρίου είναι προβληματική. Η εξέταση της υπαιτιότητας είναι περιττή όταν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος λόγω της πάθησης και η παράλειψη του γιατρού δεν άλλαξε κάτι που ήταν δυνατό να αλλάξει. Αντιστοίχως και στο βούλευμα του Συμβ.Εφ.Αιγ 48/1992<sup>122</sup>, όπου το δικαστικό συμβούλιο χρησιμοποίησε τον παράγοντα της έλλειψης ειδίκευσης και υλικοτεχνικών μέσων για να προσδιορίσει τον αιτιώδη σύνδεσμο και όχι την υπαιτιότητα με την απόφαση ότι «δεν είναι βέβαιο ότι, και αν ο κατηγορούμενος ιατρός -στο νησί της Τήνου- έφτανε προτού υποτροπιάσει ο ασθενής, θα μπορούσε να τον σώσει, δεδομένου ότι αυτός δεν είχε ούτε τις ειδικές γνώσεις ούτε και τα μέσα -ειδική νοσοκομειακή μονάδα, φάρμακα- προς τούτο».<sup>123</sup>

---

<sup>122</sup> Συμβ.Εφ.Αιγ 48/1992, ΠοινΧρον. 1993, σελ.58

<sup>123</sup> Η τελευταία αυτή νομολογιακή διατύπωση σχολιάζεται ενδελεχώς σε άλλο κεφάλαιο, στην προβληματική της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς.

## ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: Η κριτική προσέγγιση της ποινικής ευθύνης στα Τ.Ε.Π. υπό το πρίσμα της νομολογίας

### Α. Η ποινική ευθύνη των ειδικευμένων γιατρών

#### Α1. Σφάλματα των ειδικευμένων ιατρών παρευρισκόμενων στα ΤΕΠ

Είναι χαρακτηριστικό πως η νομολογία, ακόμα και στις περιπτώσεις όπου ο γιατρός δεν απουσιάζει αδικαιολόγητα, ούτε παραλείπει να προσέλθει, ευρισκόμενος σε εφημερία ετοιμότητας στην οικία του, ούτε παραλείπει παντελώς να επιληφθεί του περιστατικού, και πάλι συνήθως δέχεται παράλειψη και εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ. Τούτο και όταν ο γιατρός ευρίσκεται κανονικά, ως οφείλει, στο νοσοκομείο αλλά καταφάσκει ότι ευθύνεται για άλλους λόγους, επειδή προβαίνει σε εσφαλμένες ιατρικές πράξεις, εσφαλμένες διαγνώσεις από την κλινική εικόνα, εσφαλμένες εξετάσεις ή εσφαλμένη επέμβαση. Η κυριαρχική παρουσία της παράλειψης είναι προφανής και στις περιπτώσεις αυτές, όπου ενέργειες και παραλείψεις διαδέχονται η μια την άλλη, η μια παράλειψη οδηγεί εσφαλμένη ενέργεια και ούτω καθεξής.

Με την απόφαση υπ' αριθ. 1721/2010 του Αρείου Πάγου<sup>124</sup> κρίθηκε ορθή και αιτιολογημένη καταδίκη ειδικευμένων ιατρών, για ανθρωποκτονία από μη συνειδητή αμέλεια δια παραλείψεως λόγω μη διάγνωσης. Ο ασθενής, ηλικίας 30 ετών, διεκομίσθη στο νοσοκομείο με οξύτατους πόνους στο στήθος. Οι οξύτατοι πόνοι στο στήθος θεωρούνται σύμπτωμα που ενδεικνύουν την ύπαρξη διαχωρισμού του θωρακικού αορτικού τοιχώματος, μια κρίσιμη κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης κατά τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης γιατί συνεπαγόταν άμεσο κίνδυνο να σχιστεί η ανιούσα αορτή και να προκληθεί θάνατος από εσωτερική αιμορραγία. Ωστόσο οι εφημερεύοντες γιατροί δεν αντιμετώπισαν έγκαιρα την πάθηση λόγω καθυστερημένης διάγνωσης της, με αποτέλεσμα να απωλεσθεί πολύτιμος χρόνος και πραγματωθεί ο κίνδυνος, δηλαδή να επέλθει ρήξη της ανιούσης αορτής.

Από το δικαστήριο κρίθηκε πως ο θάνατος οφειλόταν σε αμέλεια του κατηγορουμένου-καρδιολόγου και του κατηγορουμένου-χειρουργού, οι οποίοι μπορούσαν και όφειλαν να διαγνώσουν εγκαίρως ή τουλάχιστον να υποψιαστούν την πάθηση ήδη από την κλινική εικόνα, αλλά δεν το έκαναν. **Η αρχική παράλειψή τους να προβούν σε σωστή διάγνωση οδήγησε σε παράλειψη διενέργειας των κατάλληλων εξετάσεων και εν τέλει σε εσφαλμένη αντιμετώπιση** γιατί αν και ο θανάτων εισήχθη στο νοσοκομείο με έντονους πόνους στο στήθος, συνεχώς επιδεινούμενους παρά τη χορήγηση ισχυρών παυσίπονων, περιορίστηκαν στο να υποβάλουν αυτόν μόνο σε κάποιες μόνο από τις εξετάσεις που έπρεπε να κάνει σε σχέση με τα κλινικά συμπτώματα και **όχι μόνο δεν εξάντλησαν την έρευνά τους αλλά και μάλιστα προέβησαν σε παρεμβατικές βλαπτικές ενέργειες επιδεινώνοντας την κατάσταση.**

Περαιτέρω, το δικαστήριο όρισε την εξωτερική αμέλεια ως την πλημμελή εξέταση του ασθενούς και τη μη τήρηση από αυτούς των ορισμών και κανόνων που διέπουν το ιατρικό επάγγελμα και δέχτηκε σε επίπεδο αιτιώδους συνδέσμου πως **αν δεν υπήρχε και είχε**

<sup>124</sup> ΑΠ 1721/2010, ΠοινΧρον 2011, σελ. 682

ακολουθηθεί η ενδεδειγμένη πρακτική (που ανάγεται στη ευρύτερη συνολική συμπεριφορά-αλυσιτελής διάγνωση-λάθος εξετάσεις - ελλιπής αντιμετώπιση), το επελθόν αποτέλεσμα (θάνατος του ασθενούς) θα είχε αποφευχθεί, αφού η οφειλόμενη στην πλημμελή τους εξέταση μη έγκαιρη διάγνωση της ασθένειάς του (διαχωρισμός ανιούσας αορτής) είχε ως αποτέλεσμα να μην υποβληθεί ο ασθενής στην ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή και άμεση χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία ήταν ικανή να τον θεραπεύσει.

Αντιστοίχως, με την απόφαση υπ' αριθ. 1220/2008 του Αρείου Πάγου<sup>125</sup>, κρίθηκε ορθή η καταδίκη γιατρού λόγω μη διάγνωσης εμφράγματος του μυοκαρδίου και συνεπεία αυτού, παράλειψη εισαγωγής του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο κατηγορούμενος, έχοντας την ιδιότητα του ειδικού παθολόγου – λοιμωξιολόγου, εφημέρευε στο Παθολογικό Ιατρείο του Τμήματος Επειγόντων νοσοκομείου, όπου διεκομίσθη ο ασθενής από ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ. **Η παράλειψη έγκειτο στο ότι, παρόλο που επρόκειτο για επείγον περιστατικό απόλυτης προτεραιότητας, με συμπτώματα εμφράγματος, ο ειδικευμένος γιατρός αφενός δεν εξέτασε αυτόν επισταμένως, αφετέρου δεν του παρείχε τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες, φροντίζοντας να τον παραπέμψει στο Τμήμα Εντατικής Θεραπείας του Καρδιολογικού Τμήματος του νοσοκομείου, ούτε διέγνωσε το νόσημα.**

Κατά τη γνώμη μου είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον σε αυτή την υπόθεση ο τρόπος που προσδιορίζεται η παράλειψη και η κοινωνικοηθική της απαξία. **Ετούτη έγκειτο στο ότι κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, άφησε τον ασθενή να περιμένει εκτός του ιατρείου σε αναπηρικό καρότσι, για εικοσιπέντε με τριάντα κρίσιμα λεπτά της ώρας, παρόλο που τα συμπτώματα γίνονταν όλο και πιο έντονα, και μάλιστα ενόψει των επισημάνσεων και παρακλήσεων του συνοδευόντος τον ασθενή.** Η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά είχε ως αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος του τελευταίου, ο οποίος κατέληξε εντός ολίγου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. **Θα μπορούσε να πει κανείς, ότι σε τέτοια πραγματικά περιστατικά βεβαρημένης απαξίας πως είναι ορθότερο η νομολογία να εξετάζει και τις προϋποθέσεις της θανατηφόρου έκθεσης, δεδομένου ότι ο γιατρός αφήνει τον ασθενή αβοήθητο, με κίνδυνο ζωής, ο κίνδυνος πραγματώθηκε και αυτό που θα έχριζε εξέτασης είναι αν ο γιατρός είχε δόλο διακινδύνευσης.** Το εν λόγω ζήτημα αναλύεται εκτενέστερα σε άλλο κεφάλαιο της παρούσας.

Τέλος, ας εξετάσουμε και μια περίπτωση ευθύνης ειδικευμένων ιατρών λόγω παραπομπής επείγοντος περιστατικού σε άλλο νοσοκομείο, δηλαδή λόγω απώλειας πολύτιμου χρόνου. Κατά την ιστορική βάση της αναιρεσιβαλλόμενης της ΑΠ 782/2015<sup>126</sup>, η θανούσα, επίτοκος στην 34<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, παρουσίασε αιμορραγία από τον κόλπο, λόγω αποκόλλησης του πλακούντα και μεταφέρθηκε σε εφημερεύον νοσοκομείο, όπου υπεβλήθη σε καισαρική από

<sup>125</sup> ΑΠ 1220/2008, με παρατηρήσεις Δημήτρη Αναστασόπουλου στην ΠοινΔικ 2009, σελ. 1196

<sup>126</sup> ΑΠ 782/2015 δημοσ. ΝΟΜΟΣ



τους δύο κατηγορούμενους, ιατρούς μαιευτήρες – γυναικολόγους. Μετά το πέρας της καισαρικής εξακολουθούσε να έχει μεγάλη αιμορραγία, λόγω αδυναμίας της μήτρας να συσπαστεί, με αποτέλεσμα τη συνεχή επιβάρυνση της αιμοδυναμικής της κατάστασης, παρά τις προσπάθειες αποκατάστασης των ιατρών. Οι επιληφθέντες ιατροί, αντί να προβούν σε άμεση χειρουργική αντιμετώπιση της αιμορραγίας, προβαίνοντας σε μαιευτική ολική υστερεκτομή, αποφάσισαν τη διακομιδή της ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο, προκειμένου οι εκεί συνάδελφοί τους να προβούν στην εν λόγω ιατρική πράξη. Η διακομιδή πραγματοποιήθηκε με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ, πλην όμως κατά τη διάρκεια αυτής εμφανίστηκε στην ασθενή καρδιακή ανακοπή, λόγω αιμοδυναμικού SHOCK και παρά του ότι υποβλήθηκε σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η οποία όμως δεν απέδωσε, απεβίωσε.

Το δικαστήριο έκρινε πως η αμέλεια των δύο ιατρών συνίσταται στο ότι ενώ όφειλαν να διαγνώσουν ως μέσοι συνετοί ιατροί κάτω από τις ίδιες περιστάσεις, με βάση την εμπειρία τους, την ικανότητά τους και τις γνώσεις τους ότι η επιδείνωση της αιμοδυναμικής κατάστασης της ασθενούς οδηγούσε σε καταπληξία (SHOCK), αυτοί δεν προέβησαν στη μόνη ενδεδειγμένη και απολύτως αναγκαία ιατρική πράξη, δηλαδή την ολική υστερεκτομή, το μόνο τρόπο για να σταματήσει η αιμορραγία. Η αμέλεια των ιατρών συνίσταται στο ότι άφησαν να παρέλθει πολύτιμος χρόνος για να μεταφερθεί η ασθενής σε άλλο νοσοκομείο, κατά τον οποίον επιβαρύνθηκε η υγεία της με αποτέλεσμα το θάνατο.

Σε επίπεδο δυνατοτήτων τους ενόψει των διαθέσιμων μέσων, κρίθηκε πως η διενέργεια της χειρουργικής επεμβάσεως ήταν εφικτή από αυτούς για την αντιμετώπιση της ατονίας της μήτρας, δεδομένου ότι είχαν την εμπειρία και τη γνώση να προβούν σε μία τέτοια ιατρική πράξη, αλλά και τη δυνατότητα, παρά την έλλειψη Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

## **A2. Ευθύνη ειδικευμένων εφημερευόντων ιατρών λόγω αδικαιολόγητης απουσίας - ανάθεσης καθηκόντων σε ειδικευόμενους**

Η ευθύνη των ειδικευμένων ιατρών εν ενεργεία εφημερίας αλλιώς προβλέπεται από το δίκαιο και αλλιώς εφαρμόζεται στην πράξη. Το ότι δεν μπορούν να απεκδύονται της ευθύνης τους, δηλαδή δεν επιτρέπεται να αφήνουν τη λειτουργία του Τ.Ε.Π. στους ανειδίκευτους/ειδικευόμενους ιατρούς προβλέπεται ρητά από την Υπουργική Απόφαση Υ4δ/Γ.Π. Οικ. 22869/6-3-2012, αλλά το πρόβλημα είναι ότι ετούτη η υποχρέωση συχνά δεν τυγχάνει εφαρμογής στη νοσοκομειακή πραγματικότητα. **Αποτελεί καθήκον του ειδικευμένου ιατρού, εφόσον βρίσκεται σε κατάσταση ενεργούς εφημερίας, να παραβρίσκεται στον χώρο του Τ.Ε.Π., καθόσον ο ίδιος φέρει το βάρος της ορθής και εύρυθμης λειτουργίας του. Ως εκ τούτου υποχρεούται να ενημερώνεται για την κίνηση των ασθενών στο Τ.Ε.Π., να ελέγχει τις διαγνώσεις και τις ενέργειες των ανειδίκευτων/ειδικευόμενων (για παράδειγμα, κατά τη γνώμη μου δε θα έπρεπε ο ειδικευόμενος να υποδεικνύει σε ασθενή να γυρίσει στην οικεία του χωρίς την έγκριση του ειδικού), να εξετάζει ο ίδιος τους ασθενείς και να ενημερώνεται για το ιατρικό ιστορικό τους.<sup>127</sup> Στην περίπτωση δε που βρίσκεται σε κατάσταση ετοιμότητας (εφημερία on call) οφείλει να προσέρχεται άμεσα, εφόσον ειδοποιηθεί σχετικά, προκειμένου να παράσχει τις υπηρεσίες του και όχι να δίδει τηλεφωνικές οδηγίες στους ειδικευόμενους, χωρίς ίδια αντίληψη. Γενικά, σε κάθε περίπτωση, δεν θα έπρεπε να βασίζεται στη γνώμη των ειδικευομένων ως προς τη διάγνωση και την ιατρική αντιμετώπιση.**

Η ελληνική νομολογία, δυστυχώς, εντόπισε αργά το πρόβλημα, ώστε στην περίπτωση ιατρικής ευθύνης με τη συνδρομή ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών, να αποφανθεί ότι οι ειδικοί ιατροί ευθύνονται, αν αφήσουν τους ειδικευόμενους ιατρούς χωρίς την αναγκαία εποπτεία για τη διενέργεια πράξεων, τις οποίες δεν πρέπει να ενεργούν αυτόνομα, ακόμα και αν προηγουμένως τους έχουν δώσει σχετικές οδηγίες.<sup>128</sup>

Για το ζήτημα αυτό, απόφαση που επιτέλεσε σημαίνοντα και νευραλγικό ρόλο στη νομολογιακή πραγματικότητα συνιστά η ΑΠ 1063/2000<sup>129</sup>. Η προρρηθείσα ορθώς μετέβαλε τα δεδομένα στην αντιμετώπιση από τα δικαστήρια της ποινικής ευθύνης των ειδικευμένων που αυθαιρέτως και εντελώς ανεπίτρεπτα για το λειτούργημά τους ανέθεταν επείγοντα περιστατικά σε άπειρους ειδικευόμενους και αγροτικούς γιατρούς, αδιαφορώντας για τις συνέπειες και αφήνοντας τους ασθενείς στην τύχη τους. Η προρρηθείσα απόφαση εξεδόθη επί των

<sup>127</sup> Φραγκουδάκη Ε., Ιατρική ευθύνη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Προδημοσίευση του άρθρου από τον τόμο που πρόκειται να δημοσιευτεί με τα Πρακτικά των Εισηγήσεων του Συνεδρίου του Αγίου Σάββα “Τα νέα φάρμακα στην τεχνολογία” Προς το παρόν δημοσίευση στο διαδίκτυο <https://www.iatrikodikaio.com/ιατρική-ευθύνη-στο-τμήμα-επειγόντων-π/>

<sup>128</sup> Σε αντίθεση με τη νομολογιακή τάση της εποχής εκείνης βλ. τη ρηξικέλευθη ΑΠ 235/1975, ΠοινΧρον. 1975, σελ. 628

<sup>129</sup> ΑΠ 1063/2000, ΠοινΔικ 2001, σελ. 120 επ. με παρατηρήσεις Τσίτουρα

ακόλουθων πραγματικών περιστατικών της αναιρεσιβαλλόμενης: Στα εξωτερικά ιατρεία γενικού νομαρχιακού νοσοκομείου προσήλθε ασθενής με συμπτώματα έντονου άλγους στον υπογάστριο χώρο, υψηλό πυρετό, εμετούς, δύσσομη αναπνοή και ταχυκαρδία. Στα ιατρεία βρισκόταν μόνο η εφημερεύουσα ειδικευόμενη στην παθολογία γιατρός, που εσφαλμένως διέγινε πως η ασθενής έπασχε από εμπύρετο σπληνομεγαλία και ενημέρωσε για τη διάγνωσή της τον επίσης εφημερεύοντα και ειδικευμένο γιατρό, διευθυντή της παθολογικής κλινικής. Ο τελευταίος στηρίχθηκε σε αυτήν την εσφαλμένη εισήγηση, χωρίς να λάβει υπόψη του ότι την έκανε μια άπειρη ειδικευόμενη και έτσι έδωσε εσφαλμένες τηλεφωνικές οδηγίες, χωρίς ουδέποτε να προσέλθει στο νοσοκομείο και να προβεί σε ίδια διάγνωση, ως όφειλε. Η ασθενής, που στην πραγματικότητα έπασχε από σηπτική ενδομητρίτιδα, δεν δέχτηκε την προσήκουσα περίθαλψη και εν τέλει απεβίωσε.

**Ο Άρειος Πάγος ορθώς έκρινε για πρώτη φορά ότι ο ειδικευμένος παθολόγος – διευθυντής, ακριβώς λόγω των δύο αυτών ιδιοτήτων του, είχε την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να προσέλθει στο νοσοκομείο σύμφωνα με το άρθρο 25 ΑΝ 1565/1939 και η παράλειψή του να την τηρήσει λειτούργησε αιτιακά με απόλυτη βεβαιότητα στη στέρηση της ζωής της ασθενούς, ακριβέστερα στην αποστέρηση της δυνατότητας ίασης. Από την άλλη, εσφαλμένως παρέλειψε να ερευνήσει αν ο κατηγορούμενος ειδικός γιατρός, που κατά την εισαγωγή της ασθενούς απουσίαζε από το νοσοκομείο και βρισκόταν στην οικεία του, είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να βρίσκεται εξ υπαρχής εκεί και όχι απλώς υποχρέωση προσέλευσης κατόπιν ειδοποίησης, δεδομένου ότι τελούσε σε ενεργή εφημερία και όχι σε εφημερία ετοιμότητας on call.<sup>130</sup>**

Mutatis mutandis, σε πείσμα του επικρατούμενου νομολογιακού κατεστημένου εκείνης της εποχής, η ΑΠ 235/1975<sup>131</sup> αναγνώρισε ποινική ευθύνη σε βάρος της ειδικής γιατρού λόγω μη επίβλεψης του ειδικευόμενου, ενόψει επείγοντος περιστατικού. Κατά την ιστορική βάση της υπόθεσης, ο ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο νοσοκομείου προς κατεπείγουσα, σοβαρή χειρουργική επέμβαση στο δεξί χέρι, λόγω προηγηθείσας σωματικής βλάβης. Κατά την προκαταρκτική φάση του χειρουργείου, η ειδική γιατρός αναισθησιολόγος και ταυτόχρονα διευθύντρια του αναισθησιολογικού τμήματος (αντισταθμισμένο από αυτό τη νευραλγική θέση ευθύνης της, άρα και την ευσυνειδησία που θα έπρεπε να δείξει) ανέθεσε τη διασωλήνωση του παθόντος, επομένως και την παροχή συνεχούς ναρκώσεως, σε άπειρο ειδικευόμενο, και παρέλειψε τη συνεχή επίβλεψη δια προσωπικής συμπαράστασης, ως όφειλε. Δεδομένης και της αιτιακής σύνδεσης με το αποτέλεσμα του θανάτου, καταδικάστηκε μαζί με τον ειδικευόμενο για ανθρωποκτονία από αμέλεια, αφού ο τελευταίος επήλθε εκ του συνονθυλεύματος των κινδύνων που έθεσαν οι κατηγορούμενοι με τις πράξεις-παραλείψεις τους.

<sup>130</sup> Επισημαίνεται από τον Ματζακά, ο.π., σελ. 50

<sup>131</sup> ΑΠ 235/1975 ΠοινΧρ, 1975, σελ. 628 επ. Ματζακάς, ο.π., σελ. 69

Η νομολογιακή μεταστροφή, όπως ενσαρκώνεται με τις άνωθεν, πρωτοποριακές για την εποχή τους αποφάσεις, μπορούμε να πούμε πως δεν είναι σημαντική μόνο σε επίπεδο δογματικής εφαρμογής του άρθρου 15 ΠΚ αλλά και σε επίπεδο γενικής πρόληψης. **Ας μην λησμονούμε πως το πρόβλημα καταλήγει στα ποινικά δικαστήρια και δεν ξεκινά από αυτά.** Ο *Ματζακάς*<sup>132</sup> χαρακτηριστικά επισημαίνει τη γενικευμένη προβληματική πρακτική σε πληθώρα νοσοκομείων τόσο της πρωτεύουσας όσο και της επαρχίας, όπου η υποδοχή του ασθενούς, η διάγνωση, η φαρμακευτική και θεραπευτική αντιμετώπιση πραγματοποιούνται από εφημερεύοντες ειδικευόμενους ή αγροτικούς γιατρούς, δηλαδή γιατρούς που δεν έχουν αποκτήσει ακόμα ειδικότητα και δεν διαθέτουν τις γνώσεις και την εμπειρία, ώστε να προορίζονται “για να σηκώσουν αυτό το βάρος”, θα λέγαμε, της σοβαρότητας των επειγόντων περιστατικών.

Ας εξετάσουμε τώρα και την αντίστοιχη **πρόσφατη νομολογία, η οποία ευτυχώς επισφραγίζει τη χαραχθείσα ορθή γραμμή.** Η *ΑΠ 675/2014*<sup>133</sup> έκανε λόγο για αδικαιολόγητη απουσία και όχι απλώς για παράλειψη προσέλευσης, όπως η προηγούμενη, καθώς επελήφθη υποθέσεως, όπου κρίθηκε ότι ο θάνατος της ανήλικης οφείλεται σε αμέλεια δύο ειδικών ιατρών του νοσοκομείου (παράλληλα με δύο ειδικευόμενους που δεν τους ενημέρωσαν, όπως εξετάζεται παρακάτω). Ο πρώτος, ειδικός παθολόγος ιατρός, είχε, την ώρα που κατέφτασε και παρέμεινε ο ασθενής ενεργό εφημερία, αλλά απουσίαζε αδικαιολόγητα από το νοσοκομείο. Αντιστοίχως και ο δεύτερος, ειδικός χειρουργός ιατρός, απουσίαζε επίσης αδικαιολόγητα από το ΤΕΠ του νοσοκομείου. Επιπροσθέτως, σαν να μην έφτανε αυτό, οι ειδικευμένοι ιατροί δεν φρόντισαν καθόλου να ενημερωθούν για την κίνηση των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών κατά τη διάρκεια της απουσίας τους από αυτό, αλλά επέτρεψαν αδικαιολόγητα τη λειτουργία του ΤΕΠ σε ειδικευόμενους ιατρούς.

Αναλόγως, κατά το υπ' αριθμ. 2/1995 βούλευμα του Συμβ. Πλημ. Καβάλας<sup>134</sup> παραπέμφθηκε να δικασθεί ως υπαίτιος ανθρωποκτονίας από αμέλεια εξάχρονου κοριτσιού ειδικός χειρουργός, ο οποίος αποχώρησε από την κλινική χωρίς δικαίωμα σε ημέρα γενικής-τακτικής εφημερίας εγκαταλείποντας την ασθενή στην ιατρική φροντίδα του ειδικευόμενου γιατρού. Τούτο είχε ως αποτέλεσμα να απολεσθεί πολύτιμος χρόνος και εξαιτίας της μη έγκαιρης χειρουργικής αντιμετώπισης, να επέλθει ο θάνατος της ασθενούς από βαριά σηπτική κατάσταση λόγω προηγηθέντος ειλεού.

**Στην αντίπερα όχθη, θα πρέπει να υπομνησθεί πως υπάρχουν αποφάσεις του ΑΠ, (θα εξεταστούν σε επόμενα κεφάλαια) που ναι μεν κρίνουν ορθή και αιτιολογημένη την καταδίκη ειδικευόμενου για τα λάθη του, χωρίς όμως να αναφέρεται στην αιτιολογία που βρισκόταν εκείνη την ώρα ο ειδικός εφημερέων γιατρός, ούτε καν αν υπήρχε ή αν είχε**

<sup>132</sup> *Ματζακάς, ο.π., σελ. 51*

<sup>133</sup> ΑΠ 675/2014, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

<sup>134</sup> Συμβ. Πλημ.Καβ 2/1998 Υπερ, 1998, σελ.1116 επ.

**δώσει σχετικές οδηγίες στον ειδικευόμενο τις οποίες αυτός δεν τήρησε, αν απουσίαζε  
αδικαιολόγητα κτλ**

### **A3. Ευθύνη ειδικευμένων γιατρών ευρισκόμενων σε εφημερία ετοιμότητας (on call)**

Η νομολογία παγίως αναγνωρίζει την ευθύνη των ειδικευμένων σε περίπτωση που ενώ βρίσκονται σε κατάσταση ετοιμότητας (εφημερία on call), δεν προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ενώ ειδοποιούνται σχετικά και θεμελιώνει την ευθύνη τους στο ότι ενώ υποχρεούνται να παράσχουν τις υπηρεσίες τους, εναποθέτουν το βάρος της ευθύνης της λειτουργίας του Τ.Ε.Π. αποκλειστικά και μόνον σε ανειδίκευτους/ειδικευόμενους ιατρούς.

Ενδεικτικά, με την υπ' αριθ. 750/2015 απόφαση του Αρείου Πάγου<sup>135</sup> αποδόθηκε ευθύνη σε ειδικευμένο γιατρό για ανθρωποκτονία ασθενούς δια παραλείψεως από μη συνειδητή αμέλεια κατ' άρθρο 302 ΠΚ, όπως άλλωστε κατά πάγια γραμμή γίνεται δεκτό νομολογιακά σε αυτές τις περιπτώσεις. Την κοινωνικοηθική απαξία της πράξης επιτείνει το γεγονός ότι ο ασθενής έπασχε από μακροχρόνια ασθένεια, συγκεκριμένα κακοήγη όγκο του υποφάρυγγα και στο πλαίσιο της ασθένειας εμφανίστηκε επείγον περιστατικό (αιμόπτυση), το οποίο ο γιατρός το είχε αντιμετωπίσει άλλη μια φορά. Σε κάθε περίπτωση, παρά το σύμπτωμα αυτό που υποδείκνυε κρίσιμη κατάσταση ο γιατρός δεν προσήλθε από την οικία του στο νοσοκομείο, περιοριζόμενος σε τηλεφωνική καθοδήγηση, παρότι τελούσε σε μικτή εφημερία.

Ορισμός της μικτής εφημερίας δίδεται επακριβώς από το ίδιο το δικαστήριο ως εξής: *ο γιατρός είχε τη δυνατότητα να μην είναι παρών στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά να βρίσκεται σε ετοιμότητα στην οικία του, ώστε να μεταβεί στο νοσοκομείο μόλις κληθεί σε περίπτωση ανάγκης.* Επίσης, είναι σημαντικό να τονίσουμε πως, λόγω της φύσης της πάθησης του ασθενούς, ο κατηγορούμενος ήταν ο μοναδικός αρμόδιος εφημερεύων ιατρός και όφειλε να σπεύσει στο νοσοκομείο, να τον εξετάσει προσωπικά και να αντιμετωπίσει την κατάστασή του. Όμως, *από έλλειψη της προσοχής ως προς την ορθή εκτίμηση της σοβαρότητας του περιστατικού*, αρκέστηκε στο να δώσει τηλεφωνικές οδηγίες. Ο λάθος χειρισμός δεν περιορίστηκε μόνο στη μη προσέλευση καθώς οι τηλεφωνικές οδηγίες ήταν λανθασμένες *αφού υπόδειξε να παραμείνει ο ασθενής στο Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας ενώ ο ασθενής είχε ανάγκη για άμεση εποπτεία και αιμοδυναμική παρακολούθησή του από ιατρό και νοσηλεύτη.* Η λανθασμένη τηλεφωνική οδηγία που εν τέλει απέβη μοιραία για τον ασθενή, δεν ήταν παρά επακόλουθο της ίδιας μη προσέλευσης στα ΤΕΠ, επομένως την έλλειψη προσωπικής εικόνας και διάγνωσης.

Αντίστοιχη συλλογιστική πορεία ακολουθεί και η ΑΠ 436/2012<sup>136</sup> καθώς (κατά την κρίση ουσίας της αναιρεσιβαλλόμενης) το ιστορικό της υπόθεσης παλινδρομεί *mutatis mutandis* σε ένα συνονθύλευμα ενεργειών και παραλείψεων του ειδικευμένου που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα. Παρομοίως με την προηγούμενη υπόθεση, γίνεται παραδεκτό πως ο γιατρός αφενός δεν προσήλθε ενώ ειδοποιήθηκε και αφετέρου προέβη σε εσφαλμένες ενέργειες (τηλεφωνικές οδηγίες), δηλαδή γνωμάτευσε εσφαλμένα ότι επρόκειτο για ιογενή λοίμωξη αντί για μηνιγγίτιδα και περαιτέρω έδωσε εντολή στην ειδικευόμενη ιατρό, πάντοτε τηλεφωνικά, να

<sup>135</sup>ΑΠ 750/2015, ΝΟΜΟΣ.

<sup>136</sup>ΑΠ 436/2012, ΝΟΜΟΣ

*μη της χορηγηθεί αντιβίωση, αλλά μόνο αντιπυρετικά και υγρά. Το δικαστήριο κατέληξε ότι αυτή η πρόχειρη και επιπόλαιη, θα μπορούσε να πει κανείς, εξ αποστάσεως ενασχόληση με το περιστατικό είχε ως αποτέλεσμα η ασθενής να παραμείνει αβοήθητη μέχρι το πρωί της επομένης ημέρας και να υποστεί σηπτικό σοκ, αφού η μηνιγγίτιδα εξελίχθηκε σε μηνιγγιδοκοκκική σηψαιμία και τελικά να αποβιώσει.*

Είναι σημαντικό πως το δικαστήριο τόνισε τη σημασία που θα είχε η παρουσία του ειδικού γιατρού, από τη θέση και την πείρα του ώστε τα πράγματα να εξελίσσονταν διαφορετικά. *Η παράλειψη του κατηγορουμένου αποστέρησε την ασθενή από τη δυνατότητα ίασης, καθώς είναι βέβαιο πως με την εξέτασή της και τη σωστή και έγκαιρη κατά συνέπεια διάγνωση της πάθησής της, ενόψει της κλινικής της εικόνας του βαρέως ασθενούντος ατόμου, αυτός (κατηγορούμενος) θα της χορηγούσε κατάλληλη αντιβίωση, λόγω της πολύχρονης εμπειρίας του και της εκ μέρους του αντιμετώπισης στο παρελθόν και άλλων περιστατικών μηνιγγίτιδας.*

Ποινική ευθύνη λόγω μη προσέλευσης σε χρόνο υπό καθεστώς ετοιμότητας μπορεί να στοιχειοθετηθεί και σε περιπτώσεις εκτός των ΤΕΠ, όταν ο γιατρός έχει αναλάβει τη δέσμευση με ιδιωτικούς φορείς, όπως πχ πρακτορεία εκδρομών, αθλητικές δραστηριότητες, κατασκηνώσεις κτλ να βρίσκεται σε επιφυλακή του ενδεχομένου τηλεφωνικής αναζήτησης και προσβάσιμη τοποθεσία.

Υπό το πρίσμα αυτό, κατά την ΑΠ 1415/2005<sup>137</sup> ο κατηγορούμενος γιατρός παιδικής κατασκήνωσης καταδικάστηκε για το έγκλημα του 302 ΠΚ γιατί το νομικά ενδιαφέρον νόημα της μη προσέλευσής του ήταν ότι δεν φρόντισε να παρακολουθεί την κατάσταση της ανήλικης ασθενούς με συνέπεια να επιδεινωθεί η κατάστασή της και να πεθάνει από μηνιγγιδοκοκκική σηψαιμία. Ο ιατρός απουσίαζε αδικαιολόγητα από το σπίτι του και δεν απαντούσε στο κινητό του τηλέφωνο και έτσι η δεν ήταν ευχερής η ανεύρεσή του για την παροχή από αυτόν των απαιτούμενων για την περίπτωση σχετικών οδηγιών ή άμεσης περίθαλψης, μονολότι γνώριζε τη μέχρι τότε κατάσταση της παθούσας και είχε δώσει οδηγίες να επικοινωνήσουν άμεσα μαζί του σε περίπτωση επιδεινώσεώς της. Η ανεύρεσή του και η περιγραφή των συμπτωμάτων θα οδηγούσε στην έγκαιρη εκ μέρους του καθοδήγηση, προφανώς έστω και τηλεφωνικής, και μεταφορά της ασθενούς στο Νοσοκομείο της Καλαμάτας, όπου θα αντιμετωπιζόταν άμεσα η πάθηση... Γι' αυτό κρίθηκε από το δικαστήριο ότι η ανεπίτρεπτη απουσία από την οικία του και η μη δυνατότητα επικοινωνίας με την κατασκήνωση βρίσκεται σε αιτιώδη συνάφεια με το επελθόν αποτέλεσμα του θανάτου.

<sup>137</sup>ΑΠ 1415/2005, ΠοινΧρον 2006 σελ.244

#### **A4. Αντίστροφα: Ευθύνη του ειδικευμένου γιατρού, που καίτοι δεν εφημερεύει, επιλαμβάνεται εν τοις πράγμασι ενός επείγοντος περιστατικού**

Αφού εξετάσαμε την ευθύνη του ειδικευμένου γιατρού, επειδή δεν προσήλθε ή απουσίαζε ενώ εφημέρευε, δηλαδή απείχε ενώ όφειλε να μην απέχει, τώρα θα εξετάσουμε την αντίστροφη περίπτωση, δηλαδή όταν ο γιατρός, επελήφθη ενός περιστατικού που δεν όφειλε. Η εν λόγω περίπτωση κρίθηκε από την ΑΠ 1034/2013,<sup>138</sup> όπου κρίθηκε ορθή η καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια, αφενός ειδικευμένων εφημερευόντων ιατρών και αφετέρου ειδικευμένου επιληφθέντος εν τοις πράγμασι ιατρού που ήταν φίλος και μακρινός συγγενής του ασθενούς και εργαζόταν στο ίδιο νοσοκομείο, χωρίς ωστόσο να εκτελεί υπηρεσία εφημερίας. Το αποτέλεσμα ήταν ο θάνατος του ασθενούς από ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, για εσφαλμένη διάγνωση με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμου χρόνου, δοθέντος ότι απαιτούνταν η άμεση διακομιδή του σε άλλο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, κρίθηκε ότι ο θάνατος του ασθενούς, οφείλεται όχι μόνο σε αμέλεια των δύο εφημερευόντων γιατρών, του χειρουργού – διευθυντή ΜΕΘ και της παθολόγου – διευθύντριας Παθολογικής Κλινικής αλλά και του γιατρού, επιληφθέντος εν τοις πράγμασι του ασθενούς. Τούτοι, από έλλειψη της προσοχής που όφειλαν από τις περιστάσεις και μπορούσαν να καταβάλουν, ως μέσοι συνετοί ιατροί, **δεν προέβλεψαν το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσαν με την συμπεριφορά τους, που συνίσταται κυρίως σε παραλείψεις τους** και ενεργώντας αμελώς και παρά τους παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας που επέβαλαν να χειριστούν άμεσα και να ενεργήσουν.

Η απόφαση πρώτον παρουσιάζει ενδιαφέρον τόσο στη συλλογιστική της διάκρισης μεταξύ θετικής ενέργειας και παραλείψεως όσο και σε επίπεδο ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης στα μη γνήσια δια παραλείψεως εγκλήματα.

Προβληματισμός αναφέρεται για το αν η νομολογιακή τοποθέτηση στα ιατρικά περιστατικά ταυτίζει ανεπίτρεπτα την αμέλεια με την παράλειψη και για το αν η εν προκειμένω ανάληψη πρωτοβουλίας συνίσταται σε αμιγή ενέργεια. Ορθότερο είναι να πούμε πως πρόκειται για σύνθετη εγκληματική συμπεριφορά, όπου ο γιατρός προέβη μεν σε θετική ενέργεια στην αρχή αλλά στη συνέχεια προέβη σε παράλειψη να καταβάλει τη δέουσα προσοχή και να ενεργήσει άμεσα κατά τους γενικά παραδεδεγμένους κανόνες του επαγγέλματός του ενώ παράλληλα απέκτησε την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση από την εν τοις πράγμασι ανάληψη της υπόθεσης. Επιστρατεύοντας το κριτήριο της απαξίας της συμπεριφοράς, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η θετική ενέργεια του γιατρού να βοηθήσει παρόλο που δεν όφειλε, δεν ενέχει από μόνη της ηθικοκοινωνική απαξία, αντιθέτως είναι αξιόπαινη. Αντιθέτως, οι παραλείψεις στη συνέχεια ενέχουν απαξία και μάλιστα προσδίδουν απαξία και στην αρχική θετική ενέργεια γιατί εν τέλει η κίνηση προσφοράς βοήθειας ήταν κίνηση ανευθυνότητας. Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγει κανείς και με το κριτήριο της παράβασης απαγορευτικού κανόνα με κοινωνικό νόημα για να στοιχειοθετηθεί ενέργεια και επιτακτικού για να στοιχειοθετηθεί παράλειψη, δεδομένου ότι η

<sup>138</sup> ΑΠ 1034/2013 δημοσ. ΝΟΜΟΣ



απόφαση δεν δέχτηκε την παραβίαση απαγορευτικού κανόνα παρά μόνον των επιτακτικών κανόνων του ιατρικού λειτουργήματος.

Επίσης, η απόφαση φαίνεται ενδιαφέρουσα και λόγω ανάληψης εγχειρήματος εκτός του επαγγελματικού πεδίου. Στην εν λόγω νομολογιακή τοποθέτηση και εν γένει στην ελληνική έννομη τάξη, επικρατεί η λογική πως **ο γιατρός που επιλαμβάνεται de facto ενός περιστατικού, ακόμη και λόγω καλής θελήσεως, παρόλο που δεν όφειλε εξ αρχής, αναλαμβάνει επίσης de facto** την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση διάσωσης του ασθενούς, εκτός αυτού και λόγω προγενέστερης επικίνδυνης ενέργειας, όταν ο γιατρός αυτός προβεί πχ σε μια επεμβατική μέθοδο.<sup>139</sup>

**Εν αντιθέσει αυτού, στο αγγλοσαξονικό δίκαιο, στο χώρο της επείγουσας ιατρικής, ισχύει ο κανόνας του Καλού Σαμαρείτη (the good samaritan rule)<sup>140</sup> που λειτουργεί με την αντιστρόφως ανάλογη συλλογιστική.** Ο νόμος πρέπει να είναι πιο φειδωλός στο να ποινικοποιεί την επέμβαση του γιατρού υπό το πρίσμα του κινήτρου καλής θελήσεως. Όσοι γιατροί έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και παρέχουν καλή τη πίστη επείγουσα ιατρική φροντίδα εκτός του πεδίου ενασχόλησής τους δεν μπορούν να εναχθούν για απλή αμέλεια-negligence (δεδομένου ότι στο αγγλοσαξονικό δικαίον διαβαθμίζεται, όπως και σε εμάς στο αστικό δίκαιο). Η τελεολογική σκοποθεσία μιας τέτοιας ρύθμισης έγκειται στο ότι ο πέλεκυς της ποινικής δικαιοσύνης, μέσα από επαπειλούμενες ποινές, μπορεί να έχει αποθαρρυντικό χαρακτήρα στην προθυμία των γιατρών να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στις περιπτώσεις. Επομένως καθίσταται λογική η ύπαρξη κάποιας ευκαμψίας και ευελιξίας στο μέτρο της προσήκουσας επιμέλειας των γιατρών που επιλαμβάνονται οικειοθελώς ενός επείγοντος περιστατικού. Τούτο όμως δεν θα μπορούσε να ισχύει απερίοριστα, καθώς, κατά τη γνώμη μου, θα οδηγούσε στο άτοπο αποτέλεσμα να απαλλάσσεται και εκείνος που επιλαμβάνεται απερίσκεπτα ή κακόβουλα. Γι αυτό, δικαίως οι ποινικοί κανόνες δεν απεμπολούν καθ' ολοκληρία την ισχύ τους και οι γιατροί υπέχουν ποινική ευθύνη όταν οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους επικαλύπτονται από βαριά αμέλεια - gross negligence.

---

<sup>139</sup> Λιούρδη, ο.π., σελ. 166-167

<sup>140</sup> Μάτζακας, ο.π., σελ. 7-8

## **B. Η ποινική ευθύνη των ειδικευόμενων γιατρών**

### **B1. Η οριοθέτηση της ευθύνης των ειδικευόμενων στα ΤΕΠ**

Η ιδιοτυπία των ειδικευόμενων γιατρών έγκειται στο ότι ο λειτουργικός τους προορισμός είναι διπλός: Όπως επισημαίνει και ο *Τόπαλης*<sup>141</sup>, αφενός συμβάλλουν στην αντιμετώπιση ιατρικών περιστατικών και δη επειγόντων και αφετέρου εκπαιδεύονται πρακτικά οι ίδιοι ως μελλοντικοί ειδικοί ενός κλάδου.<sup>142</sup> **Επειδή ενίοτε οι δύο σκοποί ενδέχεται να συγκρούονται, πρώτος σκοπός υπερισχύει του δεύτερου, ενόψει της αξίας του ανθρώπου ως αυτοσκοπού και ποτέ ως μέσου, κατά το άρθρο 2 παρ.1 Σ.** Γι' αυτό άλλωστε είναι δυνατό να επιβαρύνονται με ποινική ευθύνη, ακόμα και ως ειδικευόμενοι, χωρίς να λειτουργεί απαλλακτικά από μόνη της η ιδιότητά τους. Επίσης, γι' αυτό το λόγο έχουν ευθύνη όταν προβαίνουν σε σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος, καθώς δεν επιτρέπεται να ασκούν αυτόνομα την ιατρική και δεν έχουν την ελευθερία να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και δράση κατά το δοκούν, αντιθέτως βρίσκονται υπό άμεση εποπτεία και καθοδήγηση των ειδικών γιατρών σε κάθε ιατρικό περιστατικό είτε προγραμματισμένο είτε επείγον.<sup>143</sup> Τούτο συνεπάγεται πως ο ειδικευόμενος πρέπει να ενεργοποιείται μετά από υπόδειξη ειδικού ή με βάση μια καθορισμένη ανάθεση καθηκόντων. Πρέπει όμως να συμβαίνει πάντα αυτό κατά απολυτότητα, πρέπει δηλαδή να υπακούει ακόμα και σε περιπτώσεις που έχει οδηγίες να μην ειδοποιεί τον ειδικό για ορισμένα συμπτώματα ασθενών, άρα η μη ενημέρωση τον απαλλάσσει; Η υπάρχουν περιπτώσεις που ο ειδικευόμενος μπορεί και πρέπει να αντιτεθεί πράττοντας διαφορετικά;

Το ερώτημα αυτό είναι δύσκολο να απαντηθεί με μια αποκρυσταλλωμένη τοποθέτηση. Ως προβληματική απασχόλησε την Καϊάφα-Γκμπάντι με αφορμή το υπ' αριθμ. 2/1998 βούλευμα του ΣυμβΠλημΚαβάλας,<sup>144</sup> και τη σχετική εισαγγελική πρόταση. Εν προκειμένω παραπέμφθηκε ο ειδικευόμενος ιατρός, καθώς κρίθηκε ότι όφειλε να επιδείξει την επιβαλλόμενη προσοχή και να καλέσει έγκαιρα, μόλις άρχισε η επιδείνωση της κατάστασης της ασθενούς, τον αδικαιολόγητα απόντα εφημερεύοντα ειδικό ιατρό. Η Καϊάφα-Γκμπάντι επισημαίνει στις παρατηρήσεις της επί του βουλεύματος ότι το αν υπάρχει παράλειψη ειδοποίησης του ειδικού ιατρού από τον ειδικευόμενο εξαρτάται από τις οδηγίες που είχε λάβει ο τελευταίος. **Και αυτό γιατί οι ειδικευόμενοι δεν δρουν αυτοδύναμα αλλά υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση των ειδικών.** Το αν, λοιπόν, παραλείπουν και τι, εξαρτάται από τις οδηγίες που έχουν λάβει σχετικά λ.χ. με την ποιοτική μεταβολή της κατάστασης του ασθενούς. Επομένως, κατά την προσέγγιση αυτή, ένας ειδικευόμενος δεν προβαίνει καν σε άδικη πράξη, παρόλο που δεν ειδοποίησε για τη χειροτέρευση του ασθενούς, αν έχει λάβει σχετική οδηγία να μην

<sup>141</sup> *Τόπαλης*, ο.π., σελ. 1284 επ.

<sup>142</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 101

<sup>143</sup> *Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*, Παρατηρήσεις σε ΣυμβΠλημΚαβ 2/1998, Υπερ, σελ.1116-1123

<sup>144</sup> ΣυμβΠλημΚαβ, Υπερ 1998, σελ. 1116 επ.

ειδοποιήσει, γιατί δεν υφίσταται καν εκ μέρους του εξωτερικά αμελής συμπεριφορά. Είναι όμως αυτό ορθό; Τι θα γίνει για παράδειγμα, αν ο ειδικευόμενος έχει δεχτεί οδηγίες από τον ειδικό να δώσει μια απλή φαρμακευτική αγωγή στον ασθενή, σε περίπτωση που χειροτερεύσει, γιατί η πάθηση δεν είναι επικίνδυνη, αλλά ο πρώτος (ειδικευόμενος) αντιληφθεί ότι η κλινική εικόνα του ασθενούς κλιμακώνεται ανησυχητικά επί τα χείρω; Αν δει τον ασθενή σε επιθανάτια κατάσταση θα πρέπει να αδρανήσει και να μην ειδοποιήσει υπακούοντας στις εντολές του ειδικού γιατρού, απαλλαγμένος μάλιστα, ήδη στο στάδιο του αδίκου, επειδή τήρησε μια στυγνά φορμαλιστική στάση; Δεν θα υπονόμει το περί δικαίου αίσθημά μας μια τέτοια παραδοχή; Κατά τον Σατλάνη<sup>145</sup>, και ορθώς κατά τη γνώμη μου, **ο ειδικευόμενος έχει υποχρέωση να αντιτεθεί στις οδηγίες του ειδικού, στις περιπτώσεις όπου η τήρηση των οδηγιών αντιβαίνει σε κοινώς παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης** και τούτο υποπίπτει στην αντίληψη του ειδικού. Mutatis mutandis, κατά τη Λιούρδη, ο ειδικευόμενος θα ευθύνεται κατ' εξαίρεση εάν **προκύπτουν ενδείξεις που τον οδηγούν σε παρέκκλιση** από τις οδηγίες του ειδικού.<sup>146</sup>

Επίσης, θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς, πως μπορούμε από τη μία να λέμε πως ο ειδικευόμενος δεν μπορεί να ασκεί αυτόνομα την ιατρική και από την άλλη να λέμε ότι επιτρέπεται να μην ειδοποιήσει τον ειδικό, ακόμη κι αν έχει λάβει τέτοια οδηγία; **Δεν συνιστά και αυτό μια μορφή αυτόνομης άσκησης της ιατρικής;**

Κατά την Καϊάφα-Γκμπάντι<sup>147</sup> όμως, ακόμη, όμως, κι αν δεχθούμε εξωτερικά αμελή παράλειψη του ειδικευόμενου καθόλου δεδομένη δεν είναι η κατάφαση της εσωτερικής του αμέλειας ως μορφής υπαιτιότητας. Για να μπορεί να του καταλογιστεί η πράξη, θα πρέπει ο ειδικευόμενος να μπορούσε να διακρίνει το κρίσιμο και ανησυχητικό της κατάστασης του ασθενούς, ώστε να ειδοποιήσει τον ειδικό. Το «προσωπικό του ηδύνατο», η ικανότητά του δηλαδή για την ορθή εκτίμηση του περιστατικού<sup>148</sup> και κατά συνέπεια το πως πρέπει να αντιδράσει σε αυτό, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και όχι μόνο από την ιδιότητά του ως ειδικευόμενου καθουτή, όπως τα χρόνια ειδικότητάς του, η συχνότητα εμφάνισης ανάλογων περιστατικών, η πολυπλοκότητα της ασθένειας κτλ. Αυτό φαίνεται να έρχεται σε αντίθεση με την τοποθέτηση του Ματζακά<sup>149</sup> ο οποίος δεν διατείνεται πως ο ειδικευόμενος πρώτα κρίνει και μετά ειδοποιεί γιατί αυτό συνιστά αυτόνομη άσκηση της ιατρικής από μη θεράποντα γιατρό, πράγμα ανεπίτρεπτο. Κατά τον συγγραφέα ο ειδικευόμενος οφείλει **προταρχικά** να καλεί τον ειδικό

<sup>145</sup> Εισαγγελική πρόταση Σατλάνη σε ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, σελ. 1117

<sup>146</sup> Λιούρδη, ο.π., σελ.104

<sup>147</sup> Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παρατηρήσεις σε ΣυμβΠλημΚαθ 2/1998, Υπερ, σελ.1116-1123 αλλά και σε ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, Ποιν Δικ, 2001, σελ.1124. Και στα δύο βουλεύματα εμφοιλοχωρεί η ίδια προβληματική.

<sup>148</sup> Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ., Ποινική Ιατρική Ευθύνη, ο.π., σελ. 34, όπου ομοίως με την Καϊάφα-Γκμπάντι γίνεται παραδεκτό πως δεν ερευνώνται όπως θα έπρεπε οι προϋποθέσεις εσωτερικής αμέλειας.

<sup>149</sup> Ματζακάς, ο.π., σελ.54

γιατρό και να παρέχει σε αυτόν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη φύση και σοβαρότητα της κατάστασης του εκάστοτε ασθενούς. Μάλιστα, τυχόν αδικαιολόγητη παράλειψη της ειδοποίησης ή μη έγκαιρή διενέργειά της τον καθιστούν υπεύθυνο για την επέλευση βλάβης στον ασθενή, εφόσον κριθεί, φυσικά ότι η εν θέματι παράλειψή του συνδέεται αιτιακά με το ζημιογόνο αποτέλεσμα.

Επομένως, σε αντίθεση με την *Καϊάφα-Γκμπάντι*, υπαιτιότητα δεν ερευνάται στη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς, αλλά στο ότι δεν ειδοποίησε ως όφειλε, ανεξάρτητα από τη διάγνωση που έκανε,<sup>150</sup> ενώ η τελευταία επικεντρώνεται στο ότι ο ειδικευόμενος δεν έχει τις ίδιες ικανότητες με έναν ειδικό και η δυνατότητά του για την ορθή εκτίμηση του έγκαιρου της ειδοποίησης, μπορεί σαφώς να είναι περιορισμένη.<sup>151</sup>

Κατά τη γνώμη μου, εδώ όμως έγκειται ένα νευραλγικό ερώτημα: Αφού μπορεί να έχει περιορισμένη δυνατότητα, γιατί του ανατίθεται εξυπαρχής να κάνει κάτι τέτοιο; Από τη μια λέμε πως ο άπειρος, πριν ειδοποιήσει, πρέπει να διαγνώσει πρώτα και **να αποφασίσει μόνος του αν θα ειδοποιήσει** και από την άλλη ότι ενδέχεται να μην έχει δυνατότητα γι' αυτό, άρα θα πρέπει να απαλλαγθεί. Η αντίφαση αυτή έχει ως εύνασμα την παθογένεια του ισχύοντος γίγνεσθαι στα νοσοκομεία που επεκτείνεται νοσηρά και στα ζητήματα τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει η νομολογία.

---

<sup>150</sup> Βλ. πιο αναλυτικά στο σχετικό κεφάλαιο περί σφάλματος ανάληψης εγχειρήματος

<sup>151</sup> *Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*, Εμβάθυνση στην ποινική νομολογία, 2009, σελ.520-521 όπου επιβεβαιώνει τις ανωτέρω παλαιότερες τοποθετήσεις

## **B2. Ευθύνη ειδικευόμενων ιατρών λόγω εσφαλμένης διάγνωσης και μη ενημέρωσης των ειδικευμένων. Το ζήτημα του σφάλματος ανάληψης εγχειρήματος**

Η γραμματική και τελεολογική ερμηνεία του άρθρου 10 παρ.3 Κώδ.Ιατρ.Δ. μας οδηγεί στην άλλωστε αυτόνομη παραδοχή ότι ο ειδικευμένος, ως αρχάριος, οφείλει να **διατηρεί αυστηρά κριτική στάση στις ικανότητες και την κατάρτισή του.**<sup>152</sup> Τούτο σημαίνει πως η σφαίρα ευθύνης του πρέπει να περιλαμβάνει στο εσωτερικό της αρμοδιότητες στις οποίες να μπορεί να ανταπεξέλθει. Εξ αντιδιαστολής, οφείλει να αρνείται την ανάληψη συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, εφόσον η διενέργειά της υπερβαίνει το προσωπικό του ηδύνατο. Η εναντίωση αυτή του ειδικευόμενου (κατά μείζονα λόγο του ανειδίκευτου) αποτελεί νομική υποχρέωση, η παράβαση της οποίας οδηγεί σε *σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος*. Η υποχρέωση έγκαιρης ειδοποίησης του εφημερεύοντος ή επιβλέποντος ειδικού γιατρού, ώστε αυτός να επιληφθεί της περαιτέρω αντιμετώπισης του περιστατικού δεν συνιστά παρά λογικό συμπλήρωμα της ως άνω υποχρέωσης του ειδικευόμενου να απέχει από ιατρικές πράξεις για τις οποίες δεν διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες.<sup>153</sup>

Κατά ταύτα, ο *Χαραμπάκης*<sup>154</sup> διαχωρίζει ξεκάθαρα την αμέλεια του αναλαμβάνει από την μη ενδεδειγμένη επιμέλεια στην ιατρική πράξη. Λέγει συγκεκριμένα πως ένας άπειρος χειρουργός αναλαμβάνει να προβεί σε πολύπλοκη εγχείριση η οποία αποτυγχάνει, παρόλο που αυτός έπραξε το κατά δύναμιν, τότε δε δύναται να του αποδοθεί αμέλεια ως προς τη συμπεριφορά του. Τούτο διότι ο εν λόγω χειρουργός ενήργησε σύμφωνα με τις προσωπικές του δυνατότητες, οι οποίες είναι βάση απόδοσης ευθύνης για αμέλεια. Όμως η ευθύνη του χειρουργού δεν εκλείπει, αλλά εμφανίζεται εδώ με τη μορφή της αμέλειας του αναλαμβάνει. Η μομφή που του επιρρίπτεται είναι διαφορετική, οφείλεται στο ότι δέχτηκε να προβεί σε ένα εγχείρημα, στο οποίο δεν είχε προς τούτο ικανότητες.<sup>155</sup>

Κατά κύρια νομολογική γραμμή επιβεβαιώνεται πως ο ειδικευόμενος ιατρός ενέχεται ποινικά, όταν προχωρά στην αντιμετώπιση του περιστατικού, χωρίς να δηλώνει ότι δεν έχει τις σχετικές ικανότητες και χωρίς να ζητά την υποστήριξη ειδικού ιατρού. Σε κάθε περίπτωση, υποχρεούται να αποστασιοποιείται και να μην εμπλέκεται σε θεραπευτικές και επεμβατικές μεθόδους αλλά ούτε να δίνει εξιτήριο στον ασθενή, χορηγώντας του φαρμακευτική αγωγή, χωρίς την συνδρομή του θεράποντος γιατρού, ο οποίος είναι ο μόνος αρμόδιος για να υποδείξει την προσήκουσα αντιμετώπιση.

Στην ΑΠ 1484/2008<sup>156</sup> κρίθηκε ορθή η καταδίκη ειδικευόμενου γιατρού λόγω του ότι επελήφθη προσωπικά του επείγοντος περιστατικού, χωρίς να εξαντλήσει τις δυνατότητες ανεύρεσης των

<sup>152</sup> *Ματζακάς, ο.π., σελ. 53*

<sup>153</sup> *Ματζακάς, ο.π., σελ. 54*

<sup>154</sup> *Χαραλαμπάκης Α., Ιατρική Ευθύνη, Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, 2016, σελ. 301-302*

<sup>155</sup> Έτσι και *Λιούρδη, ο.π., σελ. 102 επ.*

<sup>156</sup> ΑΠ 1484/2008 δημοσ. ΝΟΜΟΣ και <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

αρμόδιων ειδικευμένων γιατρών, ως όφειλε. Ειδικότερα, ο κατηγορούμενος γιατρός λειτουργούσε υπό την ιδιότητα του ειδικευόμενου γιατρού στην Γενική Ιατρική και του εφημερεύοντος γιατρού στις πρώτες βοήθειες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου της Ρόδου. Το σφάλμα του έγκειτο στο ότι επελήφθη του περιστατικού και παρείχε τις υπηρεσίες του στον τραυματία (προέβη δηλαδή σε εσφαλμένη ενέργεια), αν και ήταν ιατρικώς επιβεβλημένο<sup>157</sup> και όφειλε να ζητήσει τη συνδρομή των εφημερευόντων ειδικευμένων ιατρών να εξετάσουν τον ασθενή (παράλειψη), αυτός δεν το έπραξε, με συνέπεια να αποβιώσει ο ασθενής από ρήξη αγγειακού μίσχου αριστερού νεφρού, χωρίς να τον εξετάσει ειδικευμένος γιατρός.

Ο ειδικευόμενος επικαλέστηκε στην υπερασπιστική του γραμμή πως κάλεσε δύο φορές τον αρμόδιο ειδικευμένο εφημερεύοντα στον βομβητή του και ότι εκείνος δεν απάντησε, επομένως ήτο αναγκασμένος να επιληφθεί του περιστατικού για να σώσει τον ασθενή. **Το δικαστήριο, ορθώς αρνήθηκε τον ισχυρισμό, γιατί ακόμα και με την εκδοχή ότι ήταν αληθής, και πάλι όφειλε να τον αναζητήσει με κάθε μέσο και να λάβει τη γνώμη του, αφού η παρουσία του στο νοσοκομείο ήταν αποδεδειγμένη, επομένως δεν θα ήταν δυσχερές ή χρονοβόρο να τον εντοπίσει.** Επίσης παρέπεμψε τον τραυματία στην ορθοπεδική κλινική, παρόλο που δεν ήταν αρμόδιος γι' αυτό, χωρίς να καλέσει τον ειδικευμένο ορθοπεδικό, ο οποίος ήταν και ο αρμόδιος για να δώσει την άδεια εισαγωγής στην ορθοπεδική κλινική, πράγμα που σημαίνει πως οικειοποιήθηκε μια αρμοδιότητα που δεν του ανήκε.

**Πράγματι, ο άπειρος γιατρός σε πρώτο στάδιο θα πρέπει “να κάνει ότι μπορεί” για να ανεύρει τους πιο έμπειρους γιατρούς και μόνο υπό συνθήκες απόλυτης αναγκαιότητας, έχοντας εξαντλήσει την προσπάθεια ανεύρεσης, πάντοτε υπό το πρίσμα της μη απώλειας πολύτιμου χρόνου για τον ασθενή, να δώσει τη συμβολή του ως *ultimum refugium*.**

Έτσι κρίθηκε ότι η αμελής αυτή συμπεριφορά, την οποία επέδειξε ο ειδικευόμενος, είχε ως αποτέλεσμα να μην παρασχεθεί στον τραυματία η δέουσα ιατρική περίθαλψη εγκαίρως, να μην εξεταστεί από τους εφημερεύοντες ειδικευμένους γιατρούς και να μην διαπιστωθεί η αιτία της αιμορραγίας, η οποία, αν αντιμετωπιζόταν άμεσα, εντός των δύομισι ωρών που μεσολάβησαν από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο μέχρι το θάνατο, θα είχε ως αποτέλεσμα να αποφευχθεί. Είναι χαρακτηριστικό ότι η ανωτέρω απόφαση, παρά τις αλληπάλληλες παραλείψεις του κατηγορουμένου που φαίνεται να βαραίνουν περισσότερο από τις ελλειπείς ενέργειές του, δεν συμπεριέλαβε στη μείζονα σκέψη της την εφαρμογή του άρθρου 15 ΠΚ, πράγμα που γίνεται κατ' εξαίρεση σε ελάχιστες αποφάσεις εσφαλμένης ανάληψης εγχειρήματος από άπειρους γιατρούς. Αντιθέτως, στις περισσότερες αποφάσεις που θα εξετάσουμε, γίνεται δεκτή η καταδίκη για έγκλημα δια παραλείψεως, καθώς, παρότι δεν το αιτιολογούν, πιθανόν ο λόγος να είναι ότι επικεντρώνονται περισσότερο στη μη ενημέρωση των ειδικευμένων γιατρών και στη

<sup>157</sup> Στην απόφαση έγινε επίκληση του κανονισμού λειτουργίας εφημεριών, όπως ορίζει η 20η απόφαση της Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας της 13-12-1984

μη διενέργεια θεραπευτικών πράξεων, παρά σε επιβλαβείς για τον ασθενή ενεργητικές πρωτοβουλίες.

**Είναι όμως αμφίβολο αν σε κάθε περίπτωση που ο ειδικευόμενος επιλαμβάνεται ενός περιστατικού που ξεπερνά την πείρα του, ευθύνεται για αμέλεια ανάληψης εγχειρήματος. Τα δικαστήρια δεν πρέπει να καταφεύγουν σε αδιάκριτη και στερεοτυπική απόδοση ευθύνης, χωρίς να αξιολογούν εξειδικευμένα και να αιτιολογούν πλήρως στην κάθε περίπτωση.**

Για παράδειγμα, εντελώς διαφορετική είναι η ιστορική βάση της υπ' αριθμ. 3016/2003 απόφασης του Τριμ.Πλημ.Ρόδου,<sup>158</sup> όπου καταδικάστηκε για ανθρωποκτονία από αμέλεια ειδικευόμενος ιατρός περιφερειακού νοσοκομείου για εγχείρημα το οποίο (κατά το δικαστήριο) μπορούσε και όφειλε να μην αναλάβει. Είναι όμως πράγματι έτσι; Ο προρρηθείς, σε αντιδιαστολή με τα πραγματικά περιστατικά της ΑΠ 1484/2008, ενόψει κατεπείγουσας περίπτωσης ασθενούς, ματαιώς αναζήτησε αν και προσπάθησε, τους εφημερεύοντες ειδικούς γιατρούς και αφού στην ουσία το περιστατικό είχε απομείνει στα χέρια του, υπέπεσε σφάλμα γιατί παρέπεμψε τον παθόντα στην ορθοπεδική κλινική του νοσοκομείου αντί να δώσει παραγγελία για τη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων, όπως έπρεπε να πράξει. Οι ειδικευμένοι, θεράποντες γιατροί, αν και εφημέρευαν, δεν βρίσκονταν στο νοσοκομείο και δεν βρέθηκαν παρά την ειδοποίησή τους. Εδώ, επομένως, κατά την αντίληψή μου, ο ειδικευόμενος, παρόλο που έσφαλε στη διάγνωσή του, χρησιμοποίησε τον εαυτό του ως *ultimum refugium* στην ανάληψη του επείγοντος περιστατικού. Αυτό βέβαια δεν συνεπάγεται αυτομάτως άρνηση της ποινικής του ευθύνης, αλλά απλώς άρνηση της περίπτωσης σφάλματος ανάληψης εγχειρήματος. Από τη στιγμή που, παρότι ειδικευόμενος, έχει την ειδική νομική υποχρέωση κατά το άρθρο 9 παρ.3 ΚΙΔ προέβη σε εσφαλμένη διάγνωση, η πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης του άρθρου 302 ΠΚ είναι αναμφίβολη και το ζήτημα θα κριθεί σε επίπεδο υπαιτιότητας. Πρέπει δηλαδή να ελεγχθεί αν η πρόκληση του επείγοντος περιστατικού που καλείται να αντιμετωπίσει μπορεί να τελεί σε απόλυτη αντιστοιχία με την πανεπιστημιακή του εκπαίδευση και την εμπειρία του και τότε θα ευθύνεται, χωρίς να επωμίζονται την αποκλειστική ευθύνη οι ειδικοί που απουσίαζαν αδικαιολόγητα και ο ειδικευόμενος να απαλλαγεί μόνο και μόνο λόγω της θέσης του αυτής.

Ας επανέλθουμε τώρα στην απόφαση και ας δούμε πως αιτιολόγησε την καταδίκη. Σε αντίθετη γραμμή πλεύσης με τα παραπάνω, το δικαστήριο δέχτηκε σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος του ειδικευόμενου, επειδή - μεταξύ άλλων - «δέχθηκε να υπηρετήσει σ' αυτή τη νευραλγική θέση του νοσοκομείου της Ρόδου, αν και γνώριζε ότι δεν διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες ως ειδικευόμενος ιατρός».

Κατ' αρχάς επιβάλλεται να υπομνησθεί πως η εν λόγω συλλογιστική **έρχεται σε αντίφαση με**

<sup>158</sup> Τριμ.Πλημ.Ρόδ 3016/2003, ΠοινΔικ 2004, σελ.1258

το σκεπτικό του *Τόπαλη*<sup>159</sup> ότι δεν πρέπει να συγχέεται η μη ανάληψη εγχειρήματος που ενέχει ευθύνη με την ανάληψη μιας θέσης ευθύνης, που στο κάτω κάτω έχει ανατεθεί από άλλους. Επομένως, υπό αυτή την οπτική γωνία, η νομολογιακή διατύπωση είναι λανθασμένη. Από την άλλη, ο *Ματζακάς*<sup>160</sup> φαίνεται να διαφωνεί εντάσσοντας την υποχρέωση αποποίηση μιας θέσης μέσα στις υποχρεώσεις του άπειρου γιατρού και μέσα στη σφαίρα της έννοιας του σφάλματος ανάληψης εγχειρήματος. Δεν διατυπώνει κάτι τέτοιο καθαρά, αλλά μάλλον το υπονοεί καθώς διατείνεται πως η υποχρέωση του τελευταίου να απέχει από ιατρικές πράξεις που ξεπερνούν τις ικανότητές του ισχύει ακόμη κι αν συνεφέλλεται οικονομικές, επαγγελματικές ή άλλου είδους συνέπειες.

Κατά τη γνώμη της γράφουσας, πέρα από τον προβληματισμό ως προς τη δυνατότητα του εργαζομένου να αρνηθεί να υπηρετήσει όπου τον τοποθετούν, ακόμη κι αν ληφθεί αυτό ως ισχύον, δεν πρέπει να λησμονούμε την ακραιφνώς λογική παράμετρο, ότι ο ειδικευόμενος είχε ως δεδομένο ότι στο πόστο αυτό θα επιτελούσε επικουρικό ρόλο συνεργαζόμενος σε μια κάθετη ιεραρχική γραμμή εξάρτησης με τους ειδικούς θεράποντες γιατρούς, ευρισκόμενους σε ενεργή εφημερία. Δεν θα μπορούσε εκ φύσεως πραγμάτων να σταθμίσει ή θα ήταν ανεπιεικές να αξιώνει η έννομη τάξη από αυτόν να σταθμίσει την ακραία περίπτωση που οι ειδικοί γιατροί, χονδροειδώς και με αναισχυντία συμπεριφοράς, θα απουσιάζουν χωρίς λόγο και δεν θα απαντούν στο τηλέφωνο, αφήνοντάς τον μόνο του στη δική τους θέση. Γι' αυτό το λόγο, φρονώ πως η ανωτέρω απόφαση κατέστρωσε ιδιαίτερος ανάληψη διατύπωση και εσφαλμένη συλλογιστική στην αιτιολογία της.<sup>161</sup>

Στον συνδυασμό μη ενημέρωσης των ειδικευμένων αλλά και αδράνειας λήψης μέτρων κινείται η υπ' αριθ. 1308/2011 του Αρείου Πάγου<sup>162</sup> που έκρινε ορθή την απόφαση για ανθρωποκτονία από αμέλεια, τελεσθείσα δια παραλείψεως, δύο ειδικευόμενων γιατρών λόγω μη διάγνωσης της γενικευμένης περιτονίτιδας του ασθενούς και μη ενημέρωσης πάραυτα του εφημερεύοντα ειδικού χειρουργού. Συγκεκριμένα, ο πρώτος διότι αν και γνώριζε ότι ο ασθενής επισκεπτόταν το νοσοκομείο για δεύτερη φορά εντός χρονικού διαστήματος τριών ημερών, με συνέχιση και επιδείνωση των συμπτωμάτων του δεν εκτίμησε ορθά το ιστορικό και τα συμπτώματα, ούτε

<sup>159</sup> *Τόπαλης Σ.*, Η ποινική ευθύνη του ειδικευόμενου γιατρού, ΠοινΔικ, 2004, σελ. 1253 επ

<sup>160</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ.54

<sup>161</sup> Αλλιώς προσεγγίζει την ανωτέρω απόφαση η *Λιούρδη*, κατά την οποία το σφάλμα εντοπίζεται στο ότι ο ειδικευόμενος, ενώ μπορούσε κατά την ειδικότητά του, δεν προέβη στη σωστή διάγνωση και ιατρική φροντίδα και όχι στο ότι προέβη σε σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος. Βλ. *Λιούρδη*, οπ., σελ. 104. Βέβαια, κατά τη γνώμη της γράφουσας, το πρακτικό αποτέλεσμα είναι το ίδιο γιατί και αν το δούμε υπό αυτή την οπτική και πάλι το δικαστήριο δεν αιτιολόγησε γιατί αρκούσαν οι γνώσεις του ειδικευόμενου να αντιμετωπίσει το περιστατικό και επομένως γιατί ευθύνεται. Σε κάθε περίπτωση, το δικαστήριο έρχεται σε πλήρη αντίφαση με την παραδοχή του περί σφάλματος ανάληψης πόστου γιατί δεν μπορούμε από τη μια να λέμε ότι δεν έπρεπε να λάβει το πόστο γιατί δεν είχε τις γνώσεις και τις ικανότητες και από την άλλη να τον καταδικάζουμε επειδή τον θεωρούμε υπαίτιο, έχοντα δηλαδή τις γνώσεις και τις ικανότητες .

<sup>162</sup> ΑΠ 1308/2011, δημοσ. ΝΟΜΟΣ.



προέβη σε προσεκτική κλινική εξέταση, κατά την οποία θα διαγιγνώσκονταν η γενικευμένη περιτονίτιδα. Επίσης η ευθύνη του έγκειται στο ότι δεν ειδοποίησε άμεσα τον εφημερεύοντα ειδικό χειρουργό, αν και υπήρχε μη υποχώρηση του πόνου και διάχυτη ευαισθησία στην κοιλία του ασθενούς.

Ο δεύτερος ειδικευόμενος, αν και είχε πληροφορηθεί το χρόνιο πρόβλημα του ως άνω ασθενούς, καθώς και το γεγονός ότι αυτός υπέφερε από τετραήμερου από έντονο κοιλιακό άλγος, το οποίο συνεχώς επιδεινώνονταν, δεν εκτίμησε ορθά το ιστορικό αυτό, καθώς και την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, ούτε προέβη σε προσεκτική κλινική εξέταση, ώστε να εντοπίσει το σημείο του πόνου, αφού αν το είχε εντοπίσει, θα το είχε συνδέσει με την πάθηση, ούτε παρήγγειλε απεικονιστική εξέταση, από την οποία θα διαγιγνώσκονταν η γενικευμένη περιτονίτιδα και η ανάγκη άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης της κατάστασης του ασθενούς, ούτε παρέπεμψε το περιστατικό σε εφημερεύοντα ειδικό χειρουργό, αν και ο ίδιος ήταν ειδικευόμενος.

Αντιστοίχως, με την ΑΠ 607/2010<sup>163</sup> κρίθηκε ορθή η καταδίκη ειδικευόμενης γιατρού που ήταν υποχρεωμένη να ενημερώσει και να ζητήσει την συνδρομή του ειδικού ιατρού καρδιολόγου που εφημέρευε, σε περίπτωση που αντιμετώπιζε κάποιο σοβαρό περιστατικό. Η συγκεκριμένη εκτελούσε εφημερία στα εξωτερικά ιατρεία του καρδιολογικού τμήματος νοσοκομείου όταν διεκομίσθη με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ στα εξωτερικά ιατρεία ο ασθενής, με έντονο νυκτερινό προκάρδιο άλγος, μούδιασμα στα άνω άκρα, δύσπνοια και δυσφορία, συνεπεία των οποίων ξύπνησε. Όλα δε αυτά τα συμπτώματα έγιναν γνωστά στην ειδικευόμενη και αμέσως από έναν μέσο συνετό ιατρό θα εκλαμβάνονταν ως ενδεχόμενα συμπτώματα εμφράγματος του μυοκαρδίου, ενόψει της ηλικίας του (39) και της κληρονομικής του επιβάρυνσης και συνεπώς ήταν αναγκαία η εισαγωγή του σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας ώστε να παρακολουθηθεί. Αντί αυτού η κατηγορούμενη, αφού προέβη μόνο σε καρδιογράφημα και αιματολογικές εξετάσεις, διέγνωσε εσφαλμένα ότι ο ασθενής είχε μυοσκελετικό πόνο και του συνέστησε να αποχωρήσει από το νοσοκομείο και να μεταβεί στην οικία του. Ο ασθενής μετέβη στην οικία του και εξακολουθούσε να έχει αφόρητους πόνους μέχρι που κάποια στιγμή έχασε τις αισθήσεις του και μεταφέρθηκε σε άλλο νοσοκομείο, όπου απεβίωσε από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Κρίθηκε ότι ο θάνατος του ασθενούς επήλθε συνεπεία των παραλείψεων της κατηγορούμενης, η οποία λόγω της ιδιότητάς της ως ειδικευόμενης εφημερεύουσας ιατρού είχε την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του θανάτου του, παρέχοντας σε αυτόν την μέγιστη ιατρική φροντίδα και φροντίζοντας για την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, καθώς και να ενημερώσει και να ζητήσει την συνδρομή του ειδικού ιατρού που από την ειδικότητα και τη πείρα του θα έδιδε μια πιο αποτελεσματική συνδρομή.

Ας κάνουμε κάποιες παρατηρήσεις ως προς τις ανωτέρω αποφάσεις

Κατ' αρχάς, όπως διαπιστώνεται, στις τελευταίες αποφάσεις, εντάσσεται στη μείζονα πρόταση

<sup>163</sup> ΑΠ 607/2010, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

της δικανικής συλλογιστικής και επαναλαμβάνεται στερεοτυπικώς η εφαρμογή του άρθρου 15, η οποία βέβαια, κατά τη γνώμη της γράφουσας, είναι γενικευμένη από τη φύση των πραγμάτων στις περιπτώσεις ιατρικής ευθύνης, που **επιτάσσει από τους γιατρούς κάθε σταδίου ειδίκευσης να ενεργούν (ακόμα και η ενημέρωση άλλου γιατρού είναι ενέργεια) και όχι να παραλείπουν, άρα έχουν ευθύνη όταν κάνουν το ακριβώς αντίστροφο, δηλαδή παραλείπουν αντί να ενεργούν.**

Μήπως όμως, ακόμα και στις περιπτώσεις αμέλειας ανάληψης εγχειρήματος που φαίνεται να κυριαρχεί η ενέργεια, θα μπορούσε να αντιπαραθέσει κανείς ότι ο δράστης “παρέλειψε να παραλείψει”, άρα και πάλι στοιχειοθετείται παράλειψη, άρα δικαίως η νομολογία επαναλαμβάνει στερεοτύπως την εφαρμογή του άρθρου 15 ακόμα και τότε; Κατά τη γνώμη μου όχι τόσο πειστικά δεδομένου ότι θα ήταν μέσω ενός δαιδαλώδους “παιχνιδιού λέξεων” μια καταχρηστική προσπάθεια ξεχειλώματος της έννοιας της παράλειψης, προκειμένου να εκμαιευτεί ένα εκ των προτέρων επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Πιο πειστικό θα ήταν να αντιμετωπίσουμε την περίπτωση ως σύνθετη εγκληματική συμπεριφορά, όπου ο γιατρός προέβη μεν σε θετική ενέργεια στην αρχή αλλά στη συνέχεια προέβη σε παράλειψη να καταβάλει τη δέουσα προσοχή και να ενεργήσει άμεσα κατά τους γενικά παραδεδεγμένους κανόνες του επαγγέλματός του ή το αντίστροφο και ύστερα να εξεταστεί ποια πράξη είναι αυτή που υπερισχύει για να χαρακτηρίσει το έγκλημα, σύμφωνα με τα κριτήρια στις σύνθετες εγκληματικές συμπεριφορές, όπως αναλύονται σε άλλο σημείο της εργασίας.

Τέλος, ύστερα από την παράθεση των άνωθεν δικαστικών αποφάσεων με προβληματίζει μια αντίφαση που νομίζω ότι εντοπίζεται ανάμεσα στη νομική θεωρία και στη διατύπωση που δίνουν τα δικαστήρια: Από τη μια αναλύθηκε κατά τη νομική θεωρία πως η υποχρέωση του ειδικευόμενου να απέχει από πράξεις που υπερβαίνουν τις δυνατότητές του συνδέεται με τη μη ενημέρωση του ειδικού γιατρού. Ο *Ματζακάς*<sup>164</sup> αναφέρει χαρακτηριστικά πως ο **ειδικευόμενος οφείλει πρωταρχικά να καλεί τον ειδικό γιατρό** και να παρέχει σε αυτόν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη φύση και σοβαρότητα της κατάστασης του εκάστοτε ασθενούς. Μάλιστα, τυχόν αδικαιολόγητη παράλειψη της ειδοποίησης ή μη έγκαιρη διενέργειά της τον καθιστούν υπεύθυνο για την επέλευση βλάβης στον ασθενή, εφόσον κριθεί, φυσικά ότι η εν θέματι παράλειψή του συνδέεται αιτιακά με το ζημιογόνο αποτέλεσμα. Ομοίως, ο *Τόπαλης*<sup>165</sup> υποστηρίζει ότι **ο κάθε γιατρός έχει ένα τομέα ευθύνης και ο τομέας ευθύνης του ειδικευόμενου δεν συγκλίνει με αυτόν του θεράποντος γιατρού.** Ο ειδικευόμενος μπορεί να καταστεί υπόχρεος ή έστω συνυπόχρεος της υγείας και της ασφάλειας του ασθενούς, πράγμα εύλογο και συχνό σε μια κατεπείγουσα κατάσταση, αλλά τούτο δε σημαίνει πως μπορεί να οικειοποιηθεί τον τίτλο του θεράποντος γιατρού. Έτσι, καταλήγει να συμφωνήσει με την

---

<sup>164</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ.54

<sup>165</sup> *Τόπαλης Σ.*, Η ποινική ευθύνη του ειδικευόμενου γιατρού, ΠοινΔικ, 2004, σελ. 1253 επ.

*Τσίτουρα*,<sup>166</sup> **ότι ο θεράπων γιατρός είναι πάντοτε και άνευ εξαιρέσεως ο ειδικός γιατρός.** Παρομοίως και η *Λιούρδη*<sup>167</sup>, η οποία αφενός επισημαίνει αλλά από την άλλη αποδοκιμάζει την πραγματικότητα στις εφημερίες, όπου ο ειδικευόμενος, σε συχνή απουσία του ειδικού γιατρού, είναι εκείνος που φέρει το βάρος της αποτροπής κινδύνου για τη ζωή του ασθενούς, τονίζοντας πως ο **ειδικευόμενος γιατρός δεν μπορεί να ενεργεί αυτόνομα, όχι μόνο στις καθημερινές και προγραμματισμένες ιατρικές πράξεις αλλά και στις εφημερίες.**

Τοιουτοτρόπως, κατά την *Φραγκουδάκη*<sup>168</sup>, που προβαίνει στη μελέτη της Υπουργικής Απόφασης Υ4δ/Γ.Π.Οικ. 22869/6-3-2012) γίνεται δεκτό ότι η αξιολόγηση των περιστατικών στους χώρους διαλογής των Τ.Ε.Π. πρέπει κατά το νόμο να γίνεται από ειδικευμένους ιατρούς και νοσηλεύτριες, οι οποίοι φέρουν την ευθύνη της «διαλογής των ασθενών», προκειμένου ενόψει της ειδικότητας και της εμπειρίας τους, να παρέχονται τα απαραίτητα εχέγγυα **άμεσης ορθής ιατρικής εκτίμησης και διάγνωσης.** Από αυτό εξαρτάται η περαιτέρω αντιμετώπιση εκάστοτε περιστατικού, ήτοι εάν ο ασθενής θα αποχωρήσει από το νοσοκομείο, αφού του χορηγηθούν οδηγίες και θεραπευτική αγωγή, εάν θα παραμείνει για παρακολούθηση στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας, εάν θα εισαχθεί στο οικείο για την πάθησή του τμήμα του νοσοκομείου ή θα διακομιστεί σε άλλο νοσοκομείο.

Τα δικαστήρια όμως συχνά δέχονται ευθύνη του ειδικευόμενου χωρίς να ξεκαθαρίζουν ποιος είναι ο τομέας ευθύνης του και ποια η παράβασή του. Αντιθέτως, τον τομέα ευθύνης του τον συνεφέλκουν και εν τέλει τον ταυτίζουν με την παραβίαση του τομέα ευθύνης του θεράποντος γιατρού. Συχνά αναφέρουν, όπως είδαμε, πως οι ειδικευόμενοι ευθύνονται λόγω εσφαλμένης διάγνωσης και αναλύουν την υπαιτιότητά τους γι' αυτή την εσφαλμένη διάγνωση και σωρευτικά λένε ότι ευθύνονται λόγω μη ενημέρωσης του ειδικού γιατρού. Η πρώτη παράβαση όμως φαίνεται να αναιρείται από τη δεύτερη, και λειτουργεί ως πλεονασμός, δηλαδή περιττεύει από τη στιγμή που η μη ενημέρωση του ειδικού προβλεπόταν στις υποχρεώσεις του τομέα ευθύνης (όπως στον ειδικό κανονισμό εφημεριών), οδήγησε στο αποτέλεσμα και ο κατηγορούμενος είναι υπαίτιος που δεν ενημέρωσε. Η μη ενημέρωση του ειδικού - ανάληψη εγχειρήματος διάγνωσης είναι η κύρια παράβασή του γιατί ο ρόλος του είναι επικουρικός. Αν για παράδειγμα, ο ειδικευόμενος X δεν ενημέρωσε τον ειδικό Ψ που έκανε βόλτα στο κυλικείο, και έκρινε από μόνος του ότι ο ασθενής πρέπει να γυρίσει στην οικία του γιατί δεν έχει τίποτα σοβαρό, ανέλαβε ένα εγχείρημα διάγνωσης που δεν δικαιούται από την αρχή να αναλάβει, σύμφωνα με όλες τις θεωρητικές προσεγγίσεις που αναφέρθηκαν.

Άρα το σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος σε συνδυασμό με τη μη ενημέρωση είναι η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος και όχι η εσφαλμένη διάγνωση. Οπότε την υπαιτιότητα πρέπει να την αναζητήσουμε ως προς την πρώτη παράβαση, όχι ως προς τη

<sup>166</sup> *Τσίτουρα Α.*, σε παρατηρήσεις στην ΑΠ 1063/2000, ΠοινΔικ 2001, σελ. 120 επ.

<sup>167</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 101

<sup>168</sup> *Φραγκουδάκη.*, ο.π.

δεύτερη. Άπαξ και ανέλαβε ο ειδικευόμενος το εγχείρημα, ενώ δεν έπρεπε, ακόμα κι αν έκανε ό,τι μπορούσε σύμφωνα με τις προσωπικές δυνατότητες και γνώσεις του για να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει το περιστατικό (συνιστώντας αγωγή, εισάγοντας τον ασθενή στο χειρουργείο, στέλνοντας τον σπίτι του κτλ), και πάλι η ευθύνη του μένει η ίδια και το αποτέλεσμα της ποινικής του ευθύνης για 302 ή 314 ΠΚ δεν αλλάζει, αφού είχε υποχρέωση κατά τον κανονισμό εφημεριών του νοσοκομείου (ή όποια άλλη ειδική διάταξη) να ενημερώσει τον ειδικό αλλά δεν το έκανε και το ανέλαβε ο ίδιος, άρα επελήφθη ενός περιστατικού ενώ όφειλε να απέχει. Έτσι υποπίπτει σε σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος, ενώ απαγορεύεται να ασκεί αυτόνομα την ιατρική, και αφού το δυσμενές αποτέλεσμα επήλθε, ουδεμία σημασία έχει αν είχε ή όχι προσωπικές δυνατότητες να επιληφθεί προσηκόντως του επείγοντος περιστατικού/ αν είναι υπαίτιος για τη λάθος διάγνωση.

Υποχρέωση ενημέρωσης του ειδικού κατά λογική αναγκαιότητα συνεπάγεται υποχρέωση αποχής του ιδίου του ειδικευόμενου αν υπάρχει χρόνος. Αφού δεν απείχε και δεν ενημέρωσε, το συνεπές είναι η υπαιτιότητα να αντιστοιχεί σε αυτή την παράλειψη και όχι στην εσφαλμένη διάγνωση. Τούτο μόνο στην κατ'εξάιρεση περίπτωση που δεν υπάρχει χρόνος, που δεν ευθύνεται για ανεπίτρεπτη ανάληψη εγχειρήματος, όπως της επείγουσας επιτρεπτής ανάληψης εγχειρήματος (αν αυτός έκανε ό,τι μπορούσε να ενημερώσει τον ειδικό χωρίς αποτέλεσμα, επελήφθη του περιστατικού αναγκαστικά γιατί δεν γινόταν αλλιώς κατά την ειδική νομική υποχρέωση που επιτάσσει το άρθρο 9 παρ.3 Κώδ.Ιατρ.Δ., αλλά δεν έδωσε τη δέουσα προσοχή, δεν ενήργησε όπως μπορούσε και όφειλε κατά τη γνωστική του επάρκεια και τις περιστάσεις, όπως στη δεύτερη απόφαση (υπ' αριθμ. 3016/2003 Τριμ.Πλημ.Ρόδου).<sup>169</sup>

Επίσης, όπως εγώ αντιλαμβάνομαι, σημασία μπορεί να έχει σε επίπεδο διαβάθμισης της απαξίας της πράξης και επιμέτρησης της ποινής, με τη λογική “δεν ενημέρωσες ως όφειλες και σαν να μην έφτανε αυτό, δεν αντιμετώπισες την κατάσταση ενώ μπορούσες”.

---

<sup>169</sup> Τριμ.Πλημ.Ρόδ. 3016/2003, Ποιν.Δικ. 2004, σελ. 1258

### **B3. Η κατ' εξαίρεση αυτόνομη ανάληψη θεραπευτικού εγχειρήματος του ειδικευόμενου σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης**

Σε προηγούμενο κεφάλαιο έγινε λόγος για την μη ανάληψη εγχειρήματος ως συμπεριφορά που αναμένεται από τον μη θεράποντα γιατρό, μια προβληματική που έχει περισσότερο ενδιαφέρον στο χωρικό πεδίο της αντικειμενικής υπόστασης. Εν προκειμένω, θα ασχοληθούμε με την εξαίρεση αυτού του κανόνα, δηλαδή με την επιβαλλόμενη εις τον ειδικευόμενο και, άρα, αναμενόμενη απ' αυτόν δράση όταν δεν υπάρχει άλλη επιλογή, που έχει περισσότερο ενδιαφέρον σε επίπεδο υπαιτιότητας. Τούτο είναι δυνατό να συμβεί σε μια κατεπείγουσα κατάσταση, ο χειρισμός της οποίας από τη μια χρήζει ειδικού χειρισμού και εξειδικευμένων γνώσεων μη αντιστοιχούμενων στην εκπαιδευτική του επάρκεια και την πείρα του, αλλά, από την άλλη επιτάσσεται αμεσότητα δράσης και είτε ο χρόνος δεν επαρκεί για να ειδοποιηθεί ο ειδικός γιατρός είτε εξαντλήθηκαν οι δυνατότητες ανεύρεσης του ειδικού γιατρού.

Από που συνάγεται αυτό; Η απάντηση έγκειται στη νομική βάση του άρθρου 9 παρ. 3 Κώδ.ΙατρΔ, το οποίο κατά ορθή ερμηνεία δεν περιορίζεται μόνο στους ειδικούς γιατρούς που δεν έχουν άλλη από τη συγκεκριμένη απαιτούμενη ειδικότητα, αλλά αφορά και τους γιατρούς που δεν έχουν ακόμα καμία ειδικότητα. Τούτο τηρουμένων των αναλογιών (*mutatis mutandis*), δεδομένου ότι πρόκειται για περιπτώσεις που δεν διαφαίνεται λόγος να μην χρήζουν όμοιας αντιμετώπισης.

**Επομένως, το στοιχείο του κατεπείγοντος σε συνδυασμό με την απουσία του θεράποντος γιατρού είναι παράγοντες που όχι μόνο αποκλείουν την ποινική ευθύνη λόγω σφάλματος ανάληψης εγχειρήματος αλλά στοιχειοθετούν μάλιστα και υποχρέωση ανάληψης του εγχειρήματος.** Ο ειδικευόμενος τότε οφείλει και όχι απλώς μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του, προβαίνοντας σε άμεση κλινική εξέταση του ασθενούς, αξιολόγηση των συμπτωμάτων του και παραγγελία των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων και κατά το μεσοδιάστημα, μέχρι να φτάσει ο ειδικός γιατρός, για να μην απωλεσθεί πολύτιμος χρόνος.

Από τα ανωτέρω, αντιλαμβανόμαστε ότι, άπαξ και ο ειδικευόμενος επιληφθεί της κατάστασης, η επιβαλλόμενη προσοχή (σε επίπεδο εσωτερικής αμέλειας του άρθρου 28 ΠΚ) θα κριθεί με βάση τις μη εξειδικευμένες γνώσεις του γιατρού και τα συγκεκριμένα πραγματικά περιστατικά, όπου πρωταγωνιστεί το στοιχείο του επείγοντος, επομένως θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η εγγενής ευκολία να γίνει σφάλμα μέσα σε περιορισμένα χρονικά πλαίσια. Επομένως, για τον σχηματισμό δίκαιης κρίσης περί του αν ένα σφάλμα θα πρέπει να καταλογιστεί στον ειδικευόμενο, πρέπει να σταθμίζεται το γεγονός ότι στο πλαίσιο εφημερίας οι ειδικευόμενοι είναι κατά κανόνα επιβαρυνόμενοι με τη διαχείριση πλειόνων περιστατικών επείγουσας φύσεως. Τούτο δυστυχώς αποτελεί συνήθως συμβαίνον, μια υπαρκτή πραγματικότητα στα νοσοκομεία,

ελλείπει ευάριθμοι ειδικευμένου προσωπικού.

Η παλαιότερη νομολογία<sup>170</sup> φαίνεται να σφυγμομετρούσε τέτοιους παράγοντες και να ήταν πιο επιεικής στις κρίσεις της. Θεωρούνταν σύνηθες, να μην θεωρείται υπαίτιος ο ειδικευόμενος σε περιπτώσεις εξωτερικής αμέλειας, όταν εξαντλούσε τις δυνατότητες αναζήτησης του ειδικού και λάμβανε πρωτοβουλίες προς το συμφέρον της ζωής του ασθενούς. Ας μνημονεύσουμε ξανά την ιδιαίτερα σημαντική απόφαση της ΑΠ 1063/2000<sup>171</sup> που ναι μεν έκρινε ορθή την καταδίκη του ειδικού γιατρού που απουσίαζε αδικαιολόγητα και δεν προσήλθε ούτε κατά την ειδοποίηση (το αναλύσαμε στο κεφάλαιο για την αδικαιολόγητη απουσία των ειδικευμένων), αλλά όσον αφορά την άπειρη ειδικευόμενη, η αναιρεσιβαλλόμενη απόφαση την απήλλαξε, με την αιτιολογία ότι δεν ενήργησε αμελώς, δεδομένης της περιορισμένης γνώσης και εμπειρίας της και λαμβανομένου υπόψη και λαμβανομένου υπόψη ότι ενημέρωσε προσηκόντως τον εφημερεύοντα ειδικό γιατρό.

**Αντιθέτως, τα νομολογιακά δεδομένα των είκοσι τελευταίων χρόνων ανατρέπουν το προσκήνιο με πλείονες καταδίκες γιατρών στο στάδιο της ειδικότητας<sup>172</sup>, χωρίς πάντοτε να τίθενται ασφαλή κριτήρια θεμελίωσης της υπαιτιότητας των ειδικευόμενων<sup>173</sup>.** Μια ενδεικτική αναφορά της τελευταίας αυτή τάσης συνιστά η υπ' αριθμ. 3016/2003 απόφαση του Τριμ.Πλημ.Ρόδου,<sup>174</sup> από τα πραγματικά περιστατικά της οποίας συνάγεται πως ενόψει κατεπείγουσας περίπτωσης ασθενούς, ματαιώς ο ειδικευόμενος αναζήτησε, αν και προσπάθησε επίμονα, τους εφημερεύοντες ειδικούς γιατρούς που απουσίαζαν αδικαιολόγητα από την ενεργό εφημερία τους και στην ουσία το περιστατικό είχε απομείνει στα χέρια του. Ωστόσο προέβη σε σφάλμα κατά την ανάληψη του περιστατικού και καταδικάστηκε με βάση το άρθρο 302 ΠΚ γιατί παρέπεμψε τον παθόντα στην ορθοπεδική κλινική του νοσοκομείου αντί να δώσει παραγγελία για τη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων, όπως έπρεπε να πράξει. Ωστόσο, το δικαστήριο δεν αιτιολογεί με σαφήνεια τη θεμελίωση της υπαιτιότητας με βάση την ιδιότητα και τις περιστάσεις και δεν καθιστά σαφές το πως θεμελιώνεται η ποινική ευθύνη (οι πλημμέλειες της απόφασης έχουν εξεταστεί και ανωτέρω, όπου και η σύγκυση ανάμεσα στο σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος και στο σφάλμα ανάληψης πόστου).

Εδώ χρειάζεται να επαναλάβουμε τη στάση της νομικής θεωρίας. Ενδεικτικά, ο *Τόπαλης*<sup>175</sup> υποστηρίζει ότι ο κάθε γιατρός έχει ένα τομέα ευθύνης και ο τομέας ευθύνης του ειδικευόμενου δεν συγκλίνει με αυτόν του θεράποντος γιατρού. Ο ειδικευόμενος μπορεί να καταστεί υπόχρεος ή έστω συνυπόχρεος της υγείας και της ασφάλειας του ασθενούς, πράγμα εύλογο και συχνό σε

<sup>170</sup> ΑΠ 1063/2000, Ποιν Δικ, 2001, σελ. 120 επ., ΣυμβΠλημΒόλ 119/1985, ΠοινΧρ., 1985, σελ. 738

<sup>171</sup> ΑΠ 1063/2000, Ποιν Δικ, 2001, σελ. 120 επ.

<sup>172</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 101

<sup>173</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ.56

<sup>174</sup> Τριμ.Πλημ.Ρόδ. 3016/2003, ΠοινΔικ 2004, σελ.1258

<sup>175</sup> *Τόπαλης Σ.*, Η ποινική ευθύνη του ειδικευόμενου, ο.π., σελ. 1253 επ.

μια κατεπείγουσα κατάσταση, αλλά τούτο δε σημαίνει πως μπορεί να οικειοποιηθεί τον τίτλο του θεράποντος γιατρού. Έτσι, καταλήγει να συμφωνήσει με τη *Τσίτουρα*<sup>176</sup>, ότι ο θεράπων γιατρός είναι πάντοτε και άνευ εξαιρέσεως ο ειδικός γιατρός. Όμως, βλέπουμε επανειλημμένως πως η νομολογία δεν δίδει ένα σαφές οριοθετημένο πλαίσιο ευθύνης των ειδικευόμενων γιατρών, **αναπαράγοντας στην ουσία ό, τι συμβαίνει στη νοσοκομειακή πραγματικότητα, όπου εσφαλμένα ειδικευόμενοι βρίσκονται σε νευραλγικές θέσεις ευθύνης.**

Στην *ΑΠ 1206/2006*<sup>177</sup> κρίθηκε ορθό ότι ο κατηγορούμενος καταδικάστηκε για ανθρωποκτονία εξ αμελείας, γιατί, αφού προέβη σε λάθος διάγνωση, έδωσε λάθος θεραπευτική αγωγή και απέστειλε τον ασθενή στην οικία του, με οδηγίες που έδωσε στους γονείς του, ότι, αν παρατηρήσουν κάτι ανησυχητικό να επανέλθουν αμέσως στο νοσοκομείο. Όμως, όταν ο ασθενής όντως επανήλθε στο νοσοκομείο σε κωματώδη κατάσταση, ήταν πλέον αργά και κατέληξε. **Κατ' αρχάς, πέρα από την ποινική ευθύνη του ειδικευόμενου, δεν μπορεί να προσπελαστεί πως φαντάζει ανορθόδοξο και προδήλως επικίνδυνο να επιπίπτει στο πλαίσιο αρμοδιοτήτων του ειδικευόμενου το να προβαίνει μεμονωμένα σε διάγνωση και να στέλνει τον ασθενή στην οικία του.** Κατά τα πραγματικά περιστατικά της υποθέσεως ο ασθενής εξετάστηκε κατά προτεραιότητα λόγω της σοβαρότητας της καταστάσεώς του από τον ειδικευόμενο στην παθολογία κατηγορούμενο, που ήταν υπεύθυνος των εξωτερικών ιατρείων της παθολογικής κλινικής του ως άνω νοσοκομείου. Ο ειδικευόμενος ήτο τοποθετημένος σε μια τόσο νευραλγική θέση, πράγμα ιδιαίτερος ανησυχητικό για την πιθανολόγηση κρίσιμων ιατρικών σφαλμάτων, δεδομένου μάλιστα ότι **δεν αναφέρεται πουθενά αν υπήρχαν στα εξωτερικά ιατρεία ειδικευμένοι θεράποντες γιατροί και που βρίσκονταν αυτοί**<sup>178</sup>, παρά μόνο υπονοείται στη θεμελίωση του αιτιώδους συνδέσμου, συγκεκριμένα από την παραδοχή ότι «αν ο ασθενής παρέμενε με παρακολούθηση μέσα στη κλινική, θα εξετάζετο από άλλους ειδικούς ιατρούς και θα είχε άμεσα υποβληθεί σε κατάλληλη, για τη νόσο θεραπευτική αγωγή..

Mutatis mutandis, σε ίδια γραμμή πλεύσης με την προηγούμενη απόφαση, κατά την *ΑΠ 669/2011*<sup>179</sup>, κρίθηκε ορθή η απόφαση περί της ποινικής ευθύνης ειδικευόμενου για τον θάνατο ασθενούς από δύο συνεχή εμφράγματα. Ακριβέστερα, κατά το ιστορικό της υπόθεσης, ο κατηγορούμενος ήταν παθολόγος ειδικευόμενος ιατρός που εκτελούσε καθήκοντα διαλογής, δηλαδή υπηρεσία γενικού εφημερεύοντος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στρατιωτικού νοσοκομείου. Μέρος της αιτιολογίας της καταδίκης του ειδικευόμενου ιατρού για ανθρωποκτονία από μη συνειδητή αμέλεια (άρθρο 302 ΠΚ σε συνδυασμό με το άρθρο 15 ΠΚ)

<sup>176</sup> *Τσίτουρα Α.*, σε παρατηρήσεις στην *ΑΠ 1063/2000*, ΠοινΔικ 2001, σελ. 120 επ.

<sup>177</sup> *ΑΠ 1206/2006*, ΠοινΛογ 2006, σ. 1170

<sup>178</sup> *Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ.*, Ποινική Ιατρική Ευθύνη, ο.π., σελ. 35, όπου αναφέρεται πως μόνο σε αυτή την απόφαση και στην *ΑΠ 1484/2008* δημοσ. ΝΟΜΟΣ και <http://www.arciospagos.gr/nomologia/apofaseis>, ο ειδικευόμενος ήταν ο μόνος κατηγορούμενος. Και στις δύο περιπτώσεις καταδικάστηκε, χωρίς να δικαιολογηθεί, όπως θα έπρεπε το που έγκειται η υπαιτιότητά του.

<sup>179</sup> *ΑΠ 669/2011*, ΝΟΜΟΣ

υπήρξε ότι το αποτέλεσμα του θανάτου δεν θα επερχόταν, εάν ο κατηγορούμενος, καταβάλλοντας την επιμέλεια που όφειλε και μπορούσε από τις περιστάσεις να καταβάλει, τον εξέταζε ο ίδιος και τον υπέβαλε στις προαναφερόμενες εξετάσεις, ώστε να διαγνωστεί εγκαίρως η ασθένεια (έμφραγμα) και να αντιμετωπιστεί το ταχύτερο δυνατόν. Τούτο δεδομένου μάλιστα πως ο ασθενής προσήλθε στο Τ.Ε.Π. αιτιώμενος συμπτώματα που σύμφωνα με τα κοινώς παραδεκτά επιστημονικά δεδομένα πιθανολογούν την ύπαρξη καρδιολογικού προβλήματος.

Η ΑΠ 830/2009<sup>180</sup> έκρινε ορθή την καταδίκη ειδικευόμενου με το σκεπτικό ότι προρρηθείς παρέλειψε να παρακολουθεί την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του νηπίου ασθενούς, δεν έλεγξε επαρκώς την νοσολογική κατάστασή του, που συνεχώς και ραγδαία επιδειωνόταν, ούτε αξιολόγησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Προβληματικό είναι κατά τη γνώμη μου και ότι χρησιμοποιείται το σκεπτικό ότι δεν τα έκανε όλα αυτά *ώστε να εφαρμόσει, είτε ο ίδιος από μόνος του, είτε σε συνεννόηση με τον εφημερεύοντα ειδικευμένο παιδίατρο, κατάλληλη θεραπευτική αγωγή που θα απέτρεπε την χειροτέρευση της κατάστασης της υγείας του νηπίου και το σηψαιμικό του θάνατο. Συνέπεια των παραλείψεών του ήταν, εκτός των άλλων, να μην προβεί, είτε ο ίδιος από μόνος του, είτε σε συνεννόηση με τον εφημερεύοντα ειδικευμένο παιδίατρο, στην ιατρικώς ενδεδειγμένη για την περίπτωση αυτή άμεση χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής, που επιβαλλόταν για την αντιμετώπιση της μικροβιακής λοίμωξης, ούτε στη χορήγηση οξυγόνου στο νήπιο που συνέχιζε να έχει αναπνευστική δυσχέρεια για να προληφθεί και εμποδισθεί η ανάπτυξη σηψαιμίας...*

Τι σημαίνει “από μόνος του”, από τη στιγμή που υπήρχε ειδικευμένος εφημερεύων παιδίατρος ευρισκόμενος σε ενεργό εφημερία; Η κύρια αρμοδιότητα θεραπείας ανήκει στον ειδικό θεράποντα γιατρό και ο ειδικευόμενος προσφέρει μόνο επικουρική βοήθεια. Άρα λογικά το “από μόνος του” θεμελιούται ελλείψει του ειδικού γιατρού λόγω αδικαιολόγητης απουσίας του ειδικού ή λόγω αδράνειας παρά την παρουσία του. Αν όμως είναι έτσι, τι σημαίνει ότι δεν ήρθε σε συνεννόηση με τον ειδικό γιατρό; Δεν τον ειδοποίησε καν ώστε να του ζητήσει τουλάχιστον οδηγίες; Αυτό θα έπρεπε να περιλαμβάνεται στην αιτιολογία, δη στην ελάσσονα σκέψη, ενώ ο Άρειος Πάγος διατείνεται ότι η αναιρεσιβαλλόμενη παραθέτει μια πλήρη αιτιολογία που με σαφήνεια, πληρότητα και χωρίς αντιφάσεις ή λογικά κενά, εκθέτει τα πραγματικά περιστατικά που θεμελιώνουν την αντικειμενική και υποκειμενική υπόσταση του εγκλήματος.<sup>181</sup>

**Κατά τη νομική επιστήμη, όπως έχει παρατεθεί προηγουμένως, ο ειδικευόμενος δεν οφείλει διαζευκτικά είτε από μόνος του είτε σε συνεννόηση με τον ειδικό εφημερεύοντα γιατρό να προβεί στις προσήκουσες θεραπευτικές ενέργειες. Ο ειδικευόμενος πρέπει να ενεργοποιείται ύστερα από υπόδειξη του ειδικού ή με βάση μια καθορισμένη ανάθεση καθηκόντων. Για κάθε επιμέρους περιστατικό, η βασικότερη υποχρέωση του ειδικευόμενου**

<sup>180</sup> ΑΠ 830/2009, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

<sup>181</sup> Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ., Ποινική Ιατρική Ευθύνη, ο.π., σελ. 34, όπου θίγει το γενικό ζήτημα



είναι η έγκαιρη ειδοποίηση του ειδικού για τη φύση και τη σοβαρότητα της παθήσεως.<sup>182</sup> Για να καταλήξουμε σε ένα συμπέρασμα επομένως, στην ελάχιστονα σκέψη των νομολογιακών πεπραγμένων, για να διευκρινιστεί η ευθύνη του ειδικευόμενου πρέπει πρώτα απ' όλα να διευκρινίζονται οι υποχρεώσεις του.

Σε αντίθεση με τις ανωτέρω αποφάσεις, παράδειγμα προς μίμηση φαίνεται η *ΑΠ 1384/2001*<sup>183</sup> η οποία προβαίνει, ορθώς κατά τη γνώμη μου, **σε συνυπολογισμό της θέσης ευθύνης των ειδικευόμενων και σε οριοθέτηση των υποχρεώσεών τους που δεν μπορεί να φτάνουν μέχρι την αυτόνομη άσκηση της ιατρικής και της υποκατάστασης της θέσης του θεράποντος γιατρού.** Στα πραγματικά περιστατικά της υποθέσεως αναφέρεται ρητώς πως ο πρώτος κατηγορούμενος ήταν στο τρίτο έτος ειδίκευσης στη γαστρεντερολογία και η δεύτερη κατηγορούμενη στο δεύτερο έτος ειδίκευσης στην παθολογία. Εφημέρευαν δε την ημέρα εκείνη ως βοηθοί παθολόγοι.

Ο *Αρείος Πάγος*, έκρινε ορθή και αιτιολογημένη την αθώωσή τους που προέκυψε από την *ad hoc* και *in concreto* συνδυαστική θεώρηση των πραγματικών περιστατικών. Συγκεκριμένα, οι δύο κατηγορούμενοι κρίθηκαν αθώοι γιατί σε επίπεδο υπαιτιότητας κρίθηκε πως με βάση τις γνώσεις που είχαν, τα υπάρχοντα μέσα, τις οδηγίες από τους θεράποντες ιατρούς και όλα τα υπόλοιπα περιστατικά που προέκυψαν από την αποδεικτική διαδικασία, κατέβαλαν με ευσυνειδησία κάθε δυνατή προσοχή στην εφαρμογή των κανόνων της ιατρικής και του κανονισμού του νοσοκομείου. Ο ασθενής παρουσίασε επιληπτική κρίση, έπεσε στο έδαφος και τραυματίστηκε στην αριστερή κροταφική χώρα, αλλά οι ειδικευόμενοι γιατροί δεν γνώριζαν την πτώση του. Τούτο είχε ως αποτέλεσμα να υφίσταται σύγχυση στα συμπτώματα του ασθενούς (υπνηλία, εμετός) ώστε αυτά να παραπλανούν γιατί φαινόταν ότι προέρχονται από τις κρίσεις επιληψίας, και δεν ήταν δυνατόν να συναχθεί ένα ασφαλές διαγνωστικό συμπέρασμα για την υφιστάμενη κρίσιμη πάθηση (κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης). Εξωτερικά δε, ο ασθενής είχε ένα μικρό τραύμα στο πρόσωπο και καμία άλλη εμφανή κάκωση, ενώ κανείς δεν ενημέρωσε σχετικά με την πτώση και την πιθανότητα κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, οπότε οι αναφερόμενοι δεν μπορούσαν και δεν όφειλαν να το υποψιαστούν.<sup>184</sup>

Για την απαλλαγή των κατηγορουμένων, ελήφθη υπόψη από το δικαστήριο ότι οι ειδικευόμενοι υπάκουσαν στις οδηγίες των ειδικών, καθώς οι ειδικευμένοι ιατροί τους είχαν δώσει σαφείς οδηγίες για την αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων. Ο ασθενής εμφάνισε τυπικά συμπτώματα μετά από τέτοιου είδους κρίσεις, ώστε οι ειδικευόμενοι να αντιληφθούν επιληψία και όχι κάκωση. Κατά την ενδελεχή επισκόπηση των ανωτέρω, είναι πλέον σαφές γιατί συνήχθη πως η ορθή διάγνωση ήταν κάτι που υπερέβη ό,τι οι τελευταίοι μπορούσαν και

<sup>182</sup> *Τόπαλης*, ο.π., σελ. 1253 επ.

<sup>183</sup> ΑΠ 1384/2001, ΠοινΔικ 2004, σελ. 1260.

<sup>184</sup> Στην ανωτέρω απόφαση, όπως πολλαπλώς στις αποφάσεις του Αρείου Πάγου, δεν συλλαμβάνεται κάποια διάκριση μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής αμέλειας.

όφειλαν. Μόλις έγινε αντιληπτό ότι η κατάσταση του ασθενούς χειροτέρευσε άμεσα έδωσαν εντολή να κληθούν οι εφημερεύοντες ειδικευμένοι ιατροί και μετέφεραν τον ασθενή στη Μ.Ε.Θ., χωρίς χρονοτριβή, δηλαδή χωρίς να επιδείξουν υπαίτια βραδύτητα.

## **Γ. Θάνατος από απουσία ή αδιαφορία του γιατρού: Ανθρωποκτονία από αμέλεια ή έκθεση σε κίνδυνο ζωής;**

Υπό την επισκόπηση της πληθώρας νομολογιακών αποφάσεων και δεδομένου ότι κάποιες περιπτώσεις φαίνονται εντελώς διαφορετικές από άλλες ως προς τα πραγματικά τους περιστατικά, θα μπορούσε να προβληματιστεί κανείς για την διαφοροποίηση που υφίσταται στην κοινωνικοηθική απαξία. Ο *Μυλωνόπουλος*<sup>185</sup> και ο *Χωραφάς*<sup>186</sup> έχουν υποστηρίξει πως τέτοια διαβάθμιση θα πρέπει να ισχύει σε επίπεδο ενσυνείδητης και ασυνείδητης αμέλειας, ώστε η πρώτη να αντιμετωπίζεται αυστηρότερα από τη δεύτερη. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και ο *Παρασκευόπουλος*<sup>187</sup>, κατά τον οποίο πρόκειται για δύο διαφορετικές μορφές αντικοινωνικού φρονήματος. Στην ιατρική αμέλεια όμως, όπως εύστοχα επισημαίνεται, δεν μπορεί να βρεθεί μια κοινή συνισταμένη, ισχύουσα για όλες τις περιπτώσεις, δεδομένης μάλιστα της συχνής πραγμάτωσης επικίνδυνης συμπεριφοράς με την αγνόηση θεμελιωδών κανόνων της ιατρικής.<sup>188</sup>

Κατά τη γνώμη της γράφουσας, μια περίπτωση ενσυνείδητης αμέλειας που χρήζει αυστηρότερης μεταχείρισης, όπου ο γιατρός προβλέπει το αποτέλεσμα αλλά δεν συντρέχει το βουλευτικό στοιχείο είναι λχ η ΑΠ 1206/2006<sup>189</sup> στο ιστορικό της οποίας έγινε δεκτό πως *“με τα συμπτώματα αυτά, θα μπορούσε ο κατηγορούμενος να θεωρήσει πιθανόν ότι πρόκειται για μηνιγγιτιδοκκοκική νόσο, πράγμα που υποψιάσθηκε, όπως προκύπτει από τις οδηγίες που έδωσε στους γονείς (συνεχής παρακολούθηση, εμφάνιση εξανθήματος, διαταραχής)”*.

**Θα μπορούσε όμως να υπάρξει στα ιατρικά περιστατικά και δη στα επείγοντα που καταλήγουν στο θάνατο, μεγαλύτερη διαφοροποίηση ηθικοκοινωνικής απαξίας, ώστε να μιλούμε για άλλο έγκλημα, και μάλιστα με πολύ μεγαλύτερο πλαίσιο ποινής από αυτό του άρθρου 302 ΠΚ;** Θα μπορούσε η συμπεριφορά του γιατρού να υπαχθεί στην ποινική υπόσταση της έκθεσης του άρθρου 306; Το ερώτημα δε δέχεται μια μονοσήμαντη απάντηση, γι' αυτό ας ξεκινήσουμε τον προβληματισμό μας από τη μελέτη από τη μείζονα σκέψη (τη μελέτη του εν λόγω εγκλήματος) και συνεχίζοντας με την ελάσσονα σκέψη (πραγματικά περιστατικά από δικαστικές αποφάσεις), ώστε να διασαφηνιστεί αν ενίοτε είναι δυνατή η υπαγωγή στην ποινική διάταξη ή όχι.

Κατά το άρθρο 306 παρ. 1 ΠΚ, *όποιος εκθέτει άλλον και έτσι τον καθιστά αβοήθητο, καθώς και όποιος με πρόθεση αφήνει αβοήθητο ένα πρόσωπο, που το έχει στην προστασία του ή που έχει*

<sup>185</sup> *Μυλωνόπουλος*, ο.π., σελ333

<sup>186</sup> *Χωραφάς Ν.*, Ποινικόν Δίκαιον, 1978, σελ. 278

<sup>187</sup> *Παρασκευόπουλος Ν.*, Τα θεμέλια του ποινικού δικαίου, Γενικό Μέρος: Το έγκλημα, 2008, σελ 250

<sup>188</sup> Βλ. και *Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ.*, Ποινική Ιατρική Ευθύνη, σε Η Ιατρική Ευθύνη στην Πράξη, Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Επιμ. *Γώγος Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παπαδοπούλου Α., Φουντεδάκη Κ.*, 2010 σελ.30-31, παραπομπή 120

<sup>189</sup> ΑΠ 1206/2006, ΠοινΛογ 2006, σελ. 1170.

υποχρέωση να το διατρέφει και να το περιθάλπει ή να το μεταφέρει, ή ένα πρόσωπο που ο ίδιος το τραυμάτισε υπαίτια, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών. Κατά την παρ. 2 του ίδιου άρθρου του ΠΚ, αν από την έκθεση προκληθεί από αμέλεια του δράστη βαριά βλάβη της υγείας του παθόντος επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη, αν δε προκληθεί θάνατος, κάθειρξη τουλάχιστον έξι ετών.

Η έκθεση με ευρεία έννοια (άρθρο 306 παρ.1 παρ.β' ΠΚ) επιτάσσει δόλο διακινδύνευσης της ζωής. Ο δράστης πρέπει να γνωρίζει ότι βρίσκεται σε κίνδυνο ζωής και ειδικότερα σε αβοήθητη θέση, ένα πρόσωπο που ο ίδιος έχει υποχρέωση να προστατεύει, να περιθάλπει ή να μεταφέρει ή ένα πρόσωπο που υπαίτια τραυμάτισε. Επίσης, απαιτείται να αφήνει αβοήθητο το πρόσωπο αυτό με τη συμπεριφορά του, να αφήνει δηλαδή την απρόσκοπτη εξέλιξη του κινδύνου της ζωής και ταυτοχρόνως να επιδιώκει ή τουλάχιστον να αποδέχεται το αποτέλεσμα της διακινδύνευσης (δόλος έστω ενδεχόμενος).<sup>190</sup>

Ο αιτιώδης σύνδεσμος που πρέπει να συντρέχει είναι ανάμεσα στη συμπεριφορά του δράστη και το αποτέλεσμα που είναι η κατάσταση κινδύνου. Ο κίνδυνος πρέπει να είναι πραγματικός ως τέτοιος και όχι ως δυνατότητα κινδύνου<sup>191</sup>, με τέτοιο τρόπο, ώστε στην έκθεση εν στενή έννοια, η κατάσταση κινδύνου δεν θα επερχόταν χωρίς τη συμπεριφορά ενώ στην έκθεση εν ευρεία έννοια θα εξαλειφόταν. Σε μια ιατρική συμπεριφορά, πρακτική σημασία έχει η εγκληματική συμπεριφορά της έκθεσης εν ευρεία έννοια (δεύτερη περίπτωση του άρθρου 306). Τούτο διότι η δεύτερη μορφή πραγμάτωσης του εγκλήματος, η άφεση ενός προσώπου αβοήθητου λαμβάνει χώρα όχι όταν ο δράστης δημιουργεί από μόνος του έναν κίνδυνο, αλλά όταν δεν παύει ή δεν εξουδετερώνει τον κίνδυνο που ήδη, a priori απειλεί τη ζωή ή την υγεία του προσώπου που έχει την υποχρέωση να το περιθάλπει (διαρκές έγκλημα, γνήσιο παραλείψεως). Άλλως ειπείν, στην έκθεση εν ευρεία έννοια το θύμα βρίσκεται ήδη σε κατάσταση κινδύνου και μάλιστα χωρίς να φαίνεται λογικό ή πιθανό να δεχτεί βοήθεια από αλλού. **Μάλιστα, το θύμα δεν είναι απαραίτητο να εγκαταλειφθεί σε άλλο τόπο από εκεί που βρίσκεται ο δράστης, δεν είναι δηλαδή απαραίτητο στην περίπτωσή μας να πούμε πως ο γιατρός πρέπει να εγκαταλείψει τον ασθενή και να φύγει., Μπορεί κάλλιστα ο γιατρός να βρίσκεται στο νοσοκομείο στον ίδιο χώρο με τον ασθενή, αλλά να μην του προσφέρει περίθαλψη.**<sup>192</sup>

Κατά την κατευθυντήρια γραμμή της ανωτέρω συλλογιστικής, εάν από την άλλη επέλθει ο θάνατος και ο γιατρός έχει δόλο διακινδύνευσης (όχι δόλο θανάτου) και αμέλεια για το θάνατο, θα πρέπει να καταφαθεί θανατηφόρος έκθεση. Το έγκλημα τελεί σε σχέση φαινομενικής συρροής με την ανθρωποκτονία από αμέλεια και λόγω επίτασης της ποινής απορροφά την

<sup>190</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, 2η έκδ, 2001, σελ. 694

<sup>191</sup> Κωστάρας Α.Π. Ποινικό Δίκαιο, Επιτομή Ειδικού Μέρους (Άρθρα 134-410 ΠΚ), 2014, σελ.813

<sup>192</sup> Κωστάρας, ο.π., σελ.815-816

απαξία της.<sup>193</sup>

Ως προς την υποκειμενική υπόσταση της εν ευρεία εννοία έκθεσης, αναφέρθηκε ήδη πως απαιτείται δόλος, έστω ενδεχόμενος για το βασικό έγκλημα και αμέλεια για το βαρύτερο αποτέλεσμα του θανάτου ή της σωματικής βλάβης. Δηλαδή συνίσταται στη συνείδηση του δράστη ότι ο παθών περιάγεται σε επικίνδυνη κατάσταση και δεν απαιτείται να θελήσει τον κίνδυνο, ως αποτέλεσμα της πράξης του.<sup>194</sup> Για τη συνδρομή του ενδεχόμενου δόλου στην επιβαρυντική περίπτωση του εγκλήματος θα πρέπει να υπάρχει αφενός το γνωστικό στοιχείο δηλαδή η πρόβλεψη του βαρύτερου αποτελέσματος.

Η νομολογία, κατά πάγια γραμμή αποφαινεται την πλήρωση της ποινικής υπόστασης του άρθρου 302, αδιακρίτως, χωρίς να διεισδύει στην εξέταση των προϋποθέσεων της έκθεσης. **Ας συλλογιστούμε όμως περιπτώσεις όπου ο γιατρός αγνοεί την προφάνεια των ανησυχητικών συμπτωμάτων του ασθενούς και παρά ταύτα δεν του δίδει προτεραιότητα, αρνείται ρητώς να επιληφθεί του περιστατικού, ή τον αγνοεί επιδεικτικά ή του συστήνει να επιστρέψει στην οικεία του, να μεταβεί σε άλλο νοσοκομείο κτλ με αποτέλεσμα ο ασθενής να καθίσταται αβοήθητος ή να περιέρχεται από μια ασφαλή θέση σε μια ανασφαλή. Από το νοσοκομείο όπου μπορεί να επέμβει άμεσα το προσωπικό με κατάλληλο ιατρικό εξοπλισμό, σε περίπτωση κάποιας κρίσης ή επιδείνωσης, ο ασθενής μεταβαίνει στο δρόμο ή στο σπίτι του όπου βρίσκεται εκτεθειμένος.**

Για παράδειγμα, με την απόφαση υπ' αριθ. 782/2015 του Αρείου Πάγου<sup>195</sup> (Τ.Ε.Π.) κρίθηκε ότι *ο θάνατος οφειλόταν στην αμέλεια των δύο κατηγορουμένων ειδικευμένων ιατρών μαιευτήρων – γυναικολόγων, συνιστάμενη αφενός στο ότι δεν διέγνωσαν ότι έπρεπε να προβούν σε ολική υστερεκτομή για την αντιμετώπιση σοβαρής ενεργούς αιμορραγίας και αφετέρου ότι αποφάσισαν τη διακομιδή της ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο για τη διενέργεια αυτής, παρότι είχαν την εμπειρία να τη διενεργήσουν οι ίδιοι, με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμου χρόνου και το θάνατό της κατά τη διακομιδή (συνεπεία της αιμορραγίας).* Όμως, εάν το συλλογιστούμε, δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις της έκθεσης εάν ο γιατρός παραλείπει να εμποδίσει τη μετάβαση και δεν αναλαμβάνει, όπως υποχρεούται, το περιστατικό ενώ παράλληλα αποδέχεται τη διακινδύνευση; Δεν μπορεί, αν πληρούνται φυσικά οι προϋποθέσεις, να καταφαθεί θανατηφόρος έκθεση που θα απορροφήσει την απαξία της ανθρωποκτονίας από αμέλεια λόγω επίτασης της ποινής;

Στη νομική θεωρία έχει ευθέως γίνει λόγος για το έγκλημα της έκθεσης στα ιατρικά περιστατικά όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νομοθέτη και μάλιστα όχι μόνο σε αναφορά με την ποινική ευθύνη των γιατρών. Η *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*<sup>196</sup>, αναφέρει σχετικά ότι

<sup>193</sup> Κωστάρας, ο.π., σελ. 819

<sup>194</sup> Φραγκούλης Γ.Ε., Έκθεση, ιατρική ευθύνη, κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, σύγκρουση καθηκόντων, ενδεχόμενος δόλος., 2017, [http://gefragoulis.blogspot.com/2017/08/blog-post\\_9.html](http://gefragoulis.blogspot.com/2017/08/blog-post_9.html)

<sup>195</sup> ΑΠ 782/2015, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

<sup>196</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου., ο.π., σελ.683. Βλ. επίσης και της ίδιας συγγραφέως, Άρνηση γιατρών να [85]

υποχρέωση περίθαλψης έχουν απέναντι σε όλους τους ασθενείς που προσφεύγουν στα νοσοκομεία οι νοσοκομειακοί γιατροί, οι νοσοκόμοι, οι μαίες κτλ κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους. Αυτό σημαίνει ότι η αντικειμενική υπόσταση της έκθεσης στοιχειοθετείται **πρώτον, εάν δεν προσφέρουν τη βοήθεια που οφείλουν σε ασθενή ο οποίος βρίσκεται σε κίνδυνο ζωής.** Δεύτερον, εάν, εξαιτίας της παράλειψής τους αυτής, **αυξάνεται ο κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή,** δεν μπορεί δηλαδή να ανακοπεί η εξέλιξή του με τον ίδιο τρόπο που ήταν εφικτό όταν ζητήθηκε η επέμβαση του γιατρού, δηλαδή, ακόμη και εάν ο ασθενής δεν πέθανε, η πάθηση επιδεινώθηκε, ώστε να χρειάζεται πιο δραστική αντιμετώπιση. Σε επίπεδο υποκειμενικής υπόστασης, όπως προαναφέρθηκε και συνάγεται και από το γράμμα του νόμου απαιτείται από τον γιατρό, νοσοκόμο ή άλλο υπεύθυνο γνώση της αβοήθητης θέσης του ασθενούς και δόλος διακινδύνευσης.

Η *Λιούρδη*<sup>197</sup> δέχεται την έκθεση στην ιατρική των καταστροφών, στην περίπτωση που ο γιατρός κλήθηκε, υποσχέθηκε να προσφέρει βοήθεια άμεσα, αλλά δεν προσήλθε. Ο γιατρός θα τιμωρηθεί διότι άφησε πρόσωπο που ήταν υποχρεωμένος να περιθάλψει, αφού είχε αναλάβει την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση και εκ των πραγμάτων εγγυητική θέση (παρ. 1 εδ. β' του άρθρου 306 ΠΚ). Αν κάνουμε τον παραλληλισμό, *mutatis mutandis*, πιστεύω πως αυτή η συλλογιστική, θα μπορούσε ισχύει και εδώ, με προσαρμογή των δεδομένων. Δηλαδή, το άρθρο 15 ΠΚ εφαρμόζεται εξίσου, όταν ο γιατρός αντί να αναλάβει την υποχρέωση οικειοθελώς, έχει την υποχρέωση από το νόμο ή από σύμβαση, ώστε να εφαρμοστεί το έγκλημα της έκθεσης.

Ας εξετάσουμε ενδεικτικά την *ΑΠ 1010/2007*,<sup>198</sup> όπου κρίνει ορθή την καταδίκη ειδικευμένου και ειδικού για τον θάνατο ασθενούς, ως αποτέλεσμα των δικών τους επικίνδυνων συμπεριφορών-παραλείψεων. Κατά το ιστορικό της υπόθεσης, ο ασθενής, ηλικίας 19 ετών, ενεπλάκη σε αυτοκινητιστικό ατύχημα. Τραυματίστηκε στο κεφάλι και στο δεξιό πόδι και μεταφέρθηκε σε εφημερεύον νοσοκομείο, στο θάλαμο των επειγόντων περιστατικών. Στο δεύτερο νοσοκομείο, ο ασθενής εξετάστηκε από τον έναν κατηγορούμενο **ειδικευόμενο βοηθό νευροχειρουργό της νευροχειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου. Ο γιατρός απεφάνθη ότι ο ασθενής είχε υποστεί μόνο εγκεφαλική διάσειση και ότι μπορούσε να πάει στο σπίτι του.** Όμως τα συμπτώματα ήταν πολύ έντονα και ανησυχητικά, τόσο ώστε να μπορούν να επιστήσουν την προσοχή ακόμα και του μη ειδικευμένου γιατρού, από την πανεπιστημιακή παιδεία και την πείρα που ήδη διέθετε. Τούτο λόγω της έντασης των συμπτωμάτων (πυρετός, ταχυπαλμία, δύσπνοια, πόνος στο στήθος, το ότι όταν ρωτήθηκε από τους ιατρούς πότε τραυματίστηκε απάντησε “πριν από έξι μήνες”, κρίση κατά τη διάρκεια της οποίας προσπάθησε να κατέβει από το φορείο, ήταν δηλαδή συγχυτικοδιεγερτικός.

**Χρειάστηκε να επιμείνουν οι οικείοι του ασθενούς (και από αυτό μπορούμε να**

---

χειρουργήσουν ασθενή του AIDS, Υπερ 1993, σελ. 1205 επ.

<sup>197</sup> *Λιούρδη*, οπ., σελ. 166-167

<sup>198</sup> ΑΠ 1010/2007 δημοσ. ΝΟΜΟΣ

αντιληφθούμε αδιάφορη στάση), για να παραγγείλει ο ειδικευόμενος αξονική τομογραφία εγκεφάλου, μετά τη διενέργεια της οποίας τους ανακοίνωσε και πάλι ότι το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό και ότι ο ασθενής έπρεπε να φύγει. Τούτο, παρόλο που προέκυψε εκ των υστέρων ότι με την αξονική τομογραφία είχε διαγνωσθεί ότι “τίθεται υπόνοια ύπαρξης ήπιας μετατραυματικής υπαραχνοειδούς αιμορραγίας” και ότι “επί κλινικών ενδείξεων συνιστάται επανέλεγχος”.

Ωστόσο, σαν να μην έφταναν όλα αυτά, υπήρχε και τρίτη ένδειξη που θα έπρεπε να ανησυχήσει τον κατηγορούμενο. **Ο ασθενής ήταν αδύνατο να σηκωθεί και ο κατηγορούμενος δεν μεταστράφηκε ούτε όταν είδε ότι αποφάσισε να αποστείλει στην οικεία του ασθενή που δεν μπορούσε να μετακινηθεί. Τα συμπτώματα και οι εξετάσεις θα έπρεπε να τον κινητοποιήσουν στο να ενημερώσει χωρίς χρονοτριβή κάποιον πιο ειδικό γιατρό, γιατί μόνο ο ειδικός γιατρός θα πρέπει να είναι αρμόδιος να κάνει την τελική διάγνωση και να αποστείλει τον ασθενή στην οικεία του (αν και αυτό δεν αναφέρεται από το δικαστήριο).** Για δεύτερη φορά, κατόπιν παρακλήσεων των οικείων του και μόνο, ο κατηγορούμενος-ειδικευόμενος δέχθηκε να εισαχθεί ο ασθενής στη νευροχειρουργική κλινική του νοσοκομείου. Εκεί του έγινε αντιπυρετική ένεση, αλλά ο πυρετός δεν υποχωρούσε (άλλη μια ανησυχητική ένδειξη) επιπλέον δε καθόλα τη διάρκεια της νύκτας εξακολουθούσε να έχει πόνο στο στήθος, ταχυπαλμία, δύσπνοια, βήχα και παραισθήσεις.

Το πρωί της επομένης, ο ασθενής εξετάστηκε από τον πρώτο κατηγορούμενο, νευροχειρουργό, επιμελητή Α΄ της νευροχειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου. Ο τελευταίος είπε στην μητέρα του ασθενούς ότι οι εξετάσεις αίματος έδειξαν αυξημένα τα λευκά αιμοσφαίρια και εκείνη του εξέφρασε και τις ανησυχίες της για το γεγονός αυτό αλλά και για τα άλλα συμπτώματα, τα οποία επέμεναν, αλλά αυτός την καθησύχασε. Ενώ η κατάσταση επιδειωνόταν κλιμακωτά, η μητέρα κάλεσε ξανά τον ειδικευόμενο, ο οποίος έκανε στον ασθενή ηρεμιστική ένεση και είπε ότι "κάνει νούμερα".

Όλη την υπόλοιπη ημέρα και τη νύκτα ο ασθενής παρουσίαζε τα ίδια συμπτώματα, μέχρι που κάποια στιγμή αυτά επιδεινώθηκαν και αφού κάποια στιγμή υπέστη αιμόπτυση και ύστερα απεβίωσε.

*Το δικαστήριο έκρινε ότι ο θάνατός του επήλθε συνεπεία μαζικής πνευμονικής εμβολής, κρίθηκε ότι οφείλεται σε αμέλεια των κατηγορουμένων, οι οποίοι, από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλαν, ως επιστήμονες ιατροί και μπορούσαν να καταβάλουν, δεν διέγνωσαν την πιθανότητα θρομβώσεως, η οποία είχε αρχίσει να προκαλεί στον ασθενή πνευμονική εμβολή και δεν τον υπέβαλαν αρχικά μεν στις αναγκαίες ειδικές εξετάσεις (ακτινογραφία θώρακος, σπινθηρογράφημα πνευμόνων ή υπερήχους αγγείων), ώστε να διαπιστωθεί η περιφερειακή πνευμονική εμβολή την οποία είχε υποστεί αυτός, στη συνέχεια δε στην προβλεπόμενη για την περίπτωση αυτή αντιπηκτική αγωγή με χορήγηση ηπαρίνης ή σε άλλη ενδεδειγμένη θεραπευτική*

αγωγή, ούτε μερίμνησαν για την εισαγωγή του στη μονάδα εντατικής θεραπείας προκειμένου να αντιμετωπισθεί η βαριά κατάσταση της υγείας του, με αποτέλεσμα, το οποίο δεν προέβλεψαν, να εξελιχθεί η περιφερειακή πνευμονική εμβολή την οποία είχε υποστεί ο ασθενής σε μαζική τοιαύτη, από την οποία ως μόνη ενεργό αιτία επήλθε ο θάνατός του.

Αυτά που πιστεύω πως είναι ενδιαφέροντα να τονιστούν εν προκειμένω είναι ότι στις αλληπάλληλες παρακλήσεις της μητέρας του ασθενούς, ο κατηγορούμενος-ειδικευόμενος απαντούσε συνεχώς ότι ο ασθενής ήταν καλά και ότι το πρόβλημα το είχε η μητέρα, εννοώντας ότι επιδεικνύει υπερβολική και αδικαιολόγητη ανησυχία. Όταν ο ασθενής υφίστατο επιδείνωση η μητέρα κάλεσε αρχικά τη νοσοκόμο και στη συνέχεια το δεύτερο κατηγορούμενο, ο οποίος και πάλι της είπε ότι αυτή έχει το πρόβλημα.

Αντιστοίχως, με την απόφαση υπ' αριθ. 1220/2008 του Αρείου Πάγου<sup>199</sup>, κρίθηκε ορθή η καταδίκη γιατρού λόγω μη διάγνωσης εμφράγματος του μυοκαρδίου και συνεπεία αυτού, παράλειψη εισαγωγής του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο κατηγορούμενος, έχοντας την ιδιότητα του ειδικού παθολόγου – λοιμωξιολόγου και εφημέρευε στο Παθολογικό Ιατρείο του Τμήματος Επειγόντων νοσοκομείου, όπου διεκομίσθη ο ασθενής από ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ. Η παράλειψη έγκειτο στο ότι παρόλο που επρόκειτο για επείγον περιστατικό απόλυτης προτεραιότητας, με συμπτώματα εμφράγματος, ο ειδικευμένος γιατρός αφενός δεν εξέτασε αυτόν επισταμένως, αφετέρου δεν του παρείχε τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες, φροντίζοντας να τον παραπέμψει στο Τμήμα Εντατικής Θεραπείας του Καρδιολογικού Τμήματος του νοσοκομείου, ούτε διέγνωσε το νόσημα. Η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά έγκειτο στο ότι κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, άφησε τον ασθενή αβοήθητο να περιμένει εκτός του ιατρείου σε αναπηρικό καρότσι, για εικοσιπέντε με τριάντα κρίσιμα λεπτά της ώρας, παρόλο που τα συμπτώματα γίνονταν όλο και πιο έντονα, και μάλιστα ενόψει των επισημάνσεων και παρακλήσεων του συνοδευόντος τον ασθενή.

Η εν λόγω συλλογιστική περί της νομικής βάσης της έκθεσης στην ιατρική ευθύνη ισχυροποιείται καθώς εξετάζοντας τη νομολογία, μπορούμε να εντοπίσουμε χονδροειδείς περιπτώσεις αδράνειας του γιατρών, όπου παρά την προφάνεια της σοβαρότητας, τις παραινέσεις των συγγενών, την επισήμανση του ιστορικού, ή ακόμα και το σύνηθες γεγονός της προσέλευσης του ασθενούς για δεύτερη φορά στο Τ.Ε.Π. σε κακή κατάσταση, ο γιατρός δεν κινητοποιείται στο να δώσει τη δέουσα προσοχή και να προσφέρει βοήθεια. Ακραίες περιπτώσεις αδιαφορίας μπορούν να συνιστούν ενδείκτες ύπαρξης δόλου διακινδύνευσης. Περαιτέρω, κατά την οπτική της γράφουσας, από τη φύση των πραγμάτων, η εν λόγω εγκληματική συμπεριφορά που απαιτεί κατά γραμματική ερμηνεία κίνδυνο ζωής, βρίσκεται σε στενή συσχέτιση με τον επείγοντα χαρακτήρα ενός περιστατικού, όπου ο ασθενής βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση και ο χρόνος πιέζει. Αντιθέτως, σε μια θεραπεία που ενδεικτικά διενεργείται σε μια ιδιωτική κλινική με ηρεμία χρόνου και συντονισμό ενεργειών, δύσκολα μπορεί να

<sup>199</sup> ΑΠ 1220/2008, με παρατηρήσεις Δημήτρη Αναστασόπουλου στην ΠοινΔικ 2009, σελ. 1196



υποστηριχθεί πως ο γιατρός αφήνει αβοήθητο τον ασθενή με κίνδυνο της ζωής του κι έτσι τελεί έκθεση, εκτός από ακραίες περιπτώσεις (αν εντελώς υποθετικά αφήνει πχ μια σοβαρή προγραμματισμένη εγχείρηση ανολοκλήρωτη και αποχωρεί αφήνοντας τον ασθενή να αιμορραγεί ακατάσχετα).

Πρακτική έκφανση του εγκλήματος της έκθεσης εμφιλοχωρεί στην εξέταση της ποινικής ευθύνης ειδικευμένων ιατρών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω μη προσέλευσής τους, καίτοι ειδοποιήθηκαν, ενώ βρίσκονταν σε κατάσταση ετοιμότητας (εφημερία on call). Οι τελευταίοι υποχρεούνται να παράσχουν τις υπηρεσίες τους αλλά παρά ταύτα εναποθέτουν το βάρος της ευθύνης της λειτουργίας του Τ.Ε.Π. αποκλειστικά και μόνον σε ανειδίκευτους/ειδικευόμενους ιατρούς που δεν έχουν την απαιτούμενη εμπειρία και κατάρτιση να θεραπεύσουν με επεμβάσεις, παρά μόνο να διαγνώσουν και να ενημερώσουν. Έτσι οι ειδικευμένοι αφήνουν τους ασθενείς εκτεθειμένους σε κίνδυνο ζωής και από τη στιγμή που γνώριζαν ότι βρίσκονται σε εφημερία on call και μπορούσαν να προσέλθουν, πληρούν την αντικειμενική και υποκειμενική υπόσταση της έκθεσης.

Ωστόσο, όπως αναφέρεται σε άλλο κεφάλαιο της παρούσης, η νομολογία για τις αντίστοιχες περιπτώσεις των Τ.Ε.Π. δέχεται ανθρωποκτονία από αμέλεια και όχι έκθεση. Η απόφαση υπ' αριθ. 750/2015 του Αρείου Πάγου<sup>200</sup> δέχτηκε καταδίκη ειδικευμένου ιατρού για ανθρωποκτονία από μη συνειδητή αμέλεια κατ' άρθρο 302 ΠΚ (σε συνδυασμό με το άρθρο 15 ΠΚ), για το θάνατο ασθενούς, λόγω μη προσέλευσής του (ιατρού) από την οικία του στο νοσοκομείο, παρότι τελούσε σε μικτή εφημερία και διεκπεραίωσε το περιστατικό μόνο τηλεφωνικά. Στη συγκεκριμένη υπόθεση, ο κατηγορούμενος γιατρός τελούσε σε μικτή εφημερία και συνεπώς είχε τη δυνατότητα να μην είναι παρών στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά να βρίσκεται σε ετοιμότητα στην οικία του, ώστε να μεταβεί στο νοσοκομείο μόλις κληθεί σε περίπτωση ανάγκης. Για την ώρα και την αιτία της άφιξης του ασθενούς στο νοσοκομείο ενημερώθηκε αμέσως τηλεφωνικά από το αρμόδιο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και μάλιστα γνώριζε το ιστορικό του από προηγούμενη εξέταση (πράγμα που θα μπορούσε να θεωρηθεί ενδείκτης για δόλο διακινδύνευσης). Κατά την παραδοχή των πραγματικών περιστατικών ότι λόγω της φύσης της πάθησης του ασθενούς, ο κατηγορούμενος ήταν ο μοναδικός αρμόδιος εφημερεύων ιατρός και όφειλε να σπεύσει στο νοσοκομείο, να τον εξετάσει προσωπικά και να αντιμετωπίσει την κατάστασή του, θα μπορούσε να συνάγει κανείς την πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης της έκθεσης. Ωστόσο, από τη διατύπωση της ελάσσοнос πρότασης ότι **από έλλειψη της προσοχής ως προς την ορθή εκτίμηση της σοβαρότητας του περιστατικού**, ο ειδικευμένος γιατρός *αρκέστηκε στο να δώσει οδηγίες να παραμείνει ο ασθενής στο Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας μέχρι την άφιξή του κατά την έναρξη του πρωινού ωραρίου*, το δικαστήριο απομακρύνεται από την κατάφαση του δόλου κινδύνου (αφού δέχεται ότι ο δράστης δεν αντελήφθη καν από έλλειψη προσοχής τη σοβαρότητα της κατάστασης, άρα το ενδεχόμενο κινδύνου ζωής) και την πλήρωση

<sup>200</sup> ΑΠ 750/2015, ΝΟΜΟΣ.

της υποκειμενικής υπόστασης.

Θα πρέπει μάλιστα να υπομνησθεί και το εξής ενδιαφέρον κατά τη γνώμη της γράφουσας: η νομολογία έχει διατυπώσει χαρακτηριστικά στην περίπτωση των επειγόντων περιστατικών ότι παρόλο που ήταν αντιληπτό το πρόβλημα, *ο δράστης δεν ευαισθητοποιήθηκε* ενώ παράλληλα καταφάσκει ανθρωποκτονία από αμέλεια, χωρίς να εξετάζει τους όρους της θανατηφόρου έκθεσης. Στο ιστορικό της ΑΠ 436/2012<sup>201</sup> περί ευθύνης του άρθρου 302 ΠΚ ειδικευμένου ιατρού για το θάνατο ασθενούς από οξεία μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, ο οποίος καίτοι βρισκόταν σε κατάσταση ετοιμότητας (εφημερία on call) και ειδοποιήθηκε σχετικά, δεν προσήλθε στο νοσοκομείο περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων η διατύπωση ότι ο γιατρός *δεν ευαισθητοποιήθηκε παρά την βαρύτητα της κατάστασης της ασθενούς και το νεαρό της ηλικίας της (19 ετών) και παρέλειψε να μεταβεί στο νοσοκομείο για να διαμορφώσει άμεση και προσωπική άποψη του περιστατικού, ώστε να έχει ακριβή κλινική εικόνα της*. Όμως εδώ εντοπίζω μια αντίφαση γιατί η μη ευαισθητοποίηση προϋποθέτει λογικά μια αντίληψη και ψυχική στάση απέναντι στον κίνδυνο, ώστε να μπορεί να συναχθεί αποδοχή του από τις περιστάσεις και με τον τρόπο αυτό να υπονοείται υπορρήτως δόλος διακινδύνευσης.

Περαιτέρω, κατά συνδυαστική θεώρηση των πραγματικών περιστατικών της τελευταίας αυτής απόφασης, το βάρος της ηθικοκοινωνικής απαξίας της συμπεριφοράς του γιατρού, μου φαίνεται βαρύτερο από αυτό του άρθρου 302 ΠΚ. Με μια πιο ενδελεχή ματιά της απόφασης, παρατηρούμε πως η παράλειψη του γιατρού δεν ξεκίνησε από τη μη προσέλευση σε on call εφημερία, αλλά η αδιάφορη στάση του ήταν αισθητή από το σημείο που βρισκόταν στην εφημερία του στην κλινική και δεν έδωσε σημασία στις παρακλήσεις της μητέρας της ασθενούς.

Ο κατηγορούμενος συγκεκριμένα, σε πρώτο στάδιο, ευρισκόμενος στην κλινική κατά το ωράριό του, ειδοποιήθηκε από τη μητέρα της θανούσας, ώστε να εξετάσει την θυγατέρα της, η οποία βρισκόταν στο ως άνω νοσοκομείο 3 ώρες περίπου (!!), με ανησυχητικά συμπτώματα μηνιγγίτιδας που ενέπιπταν στην ειδικότητά του (υψηλό πυρετό, κεφαλαλγία, ερυθρότητα και πόνο στο φάρυγγα και ευαισθησία στη νεφρική χώρα). Το δικαστήριο δέχτηκε πως ο γιατρός, παρά τις παρακλήσεις της μητέρας, δεν προέβη απλώς σε εσφαλμένη διάγνωση αλλά *αρνήθηκε να εξετάσει την ασθενή, προφασιζόμενος προηγούμενη κλήση του από τους εφημερεύοντες ιατρούς που ήταν στα εξωτερικά ιατρεία, καθώς και ότι δεν βρήκε πουθενά την ασθενή όταν την αναζήτησε*.

Σε δεύτερο στάδιο, μετά το πέρας της ενεργούς εφημερίας του, έφυγε από το νοσοκομείο και μετέβη στην οικία του έχοντας περαιτέρω μέχρι την επομένη ημέρα εφημερία on call. Ακολούθως, ενόψει του γεγονότος ότι η κατάσταση της ασθενούς έγινε βαρύτερη, είχαν δε ήδη διενεργηθεί οι αιματολογικές εξετάσεις που καταδείκνυαν μικρόβιο (λοίμωξη) στον οργανισμό της, ο κατηγορούμενος, μολονότι κλήθηκε τηλεφωνικά από την ειδικευόμενη ιατρό παθολόγο,

<sup>201</sup> ΑΠ 436/2012, ΝΟΜΟΣ

προκειμένου να προσέλθει ο ίδιος για την αντιμετώπιση του βαρέως περιστατικού, αυτός, για δεύτερη φορά στο ίδιο επείγον περιστατικό, δεν ευαισθητοποιήθηκε να προσέλθει στο νοσοκομείο και αδιαφόρησε εκ νέου. Η όλη συμπεριφορά δεν υποδηλώνει απλώς μη καταβολή της δέουσας προσοχής, αλλά μια συνειδητή αποστασιοποίηση. Τούτη η επιλογή αδρανούς και απαθούς θέσης, κατά τη γνώμη της γράφουσας, για λόγους αφενός δογματικής συνέπειας και αφετέρου γενικής και ειδικής πρόληψης και συνεπούς εφαρμογής της αρχής της αναλογικότητας, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί διαφορετικά, ως εγκληματική συμπεριφορά διαφορετικής βαρύτητας, δηλαδή ως θανατηφόρα έκθεση, αντί για ανθρωποκτονία από αμέλεια.

Πρέπει να τονιστεί πως ειδοποιός διαφορά της εν λόγω μορφής έκθεσης σε σχέση με την ανθρωποκτονία από αμέλεια του άρθρου 302 ΠΚ συνιστά ότι απουσιάζει η προϋπόθεση του αποτελέσματος του θανάτου, δεδομένου ότι ο θάνατος υπάγει τη συμπεριφορά στο εκ του αποτελέσματος χαρακτηριζόμενο έγκλημα της θανατηφόρου έκθεσης.<sup>202</sup> Αυτό σημαίνει ότι θα μπορούσε να στοιχειοθετηθεί έκθεση **ακόμη κι αν ο ασθενής δεν αποβιώσει ή και αν αποβιώσει από άλλη αιτία, δηλαδή λόγω διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου ανάμεσα στη μη lege artis αντιμετώπιση του γιατρού και στο θάνατο.** Τούτο διότι **στα εγκλήματα συγκεκριμένης διακινδύνευσης, στα οποία εντάσσεται και η έκθεση, η συμπεριφορά του δράστη εξαντλείται στην πρόκληση του κινδύνου και δεν συνδέεται με την επέλευση της βλάβης.**

Το βασικό έγκλημα στοιχειοθετείται ακόμη και χωρίς την πραγμάτωση του κινδύνου. Τούτο διότι κατά την ορθότερη άποψη απόπειρα είναι δεκτή και στις δύο μορφές του βασικού εγκλήματος, εν στενή και εν ευρεία εννοία.<sup>203</sup> Στα εκ του αποτελέσματος χαρακτηριζόμενα της παρ.2, επειδή το ένα σκέλος της υποκειμενικής τους υπόστασης περιλαμβάνει αμέλεια αμφισβητείται για το αν μπορεί να υπάρξει απόπειρα.<sup>204</sup> Αυτό σημαίνει πως αν δεχόμεσταν έκθεση στην ιατρική ευθύνη, ο γιατρός θα μπορούσε να τιμωρηθεί, ακόμη και για τη συμπεριφορά του, πράγμα που φαίνεται να παλινδρομεί ανάμεσα στην υπέρμετρη αυστηρότητα και ειδικοπροληπτική ανάγκη αντιμετώπισης της αδιαφορίας στα νοσοκομεία.

Ας εξετάσουμε όμως και την αντίθετη οπτική από την εφαρμογή της έκθεσης στα επείγοντα περιστατικά. Για μια σκεπτικιστική προσέγγιση των ανωτέρω, θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη η γενομένη δεκτή εισαγγελική πρόταση του *Συμβουλίου Πλημ/κών Καλαμάτας 50/ 2015*, την οποία παραθέτει ο *Φραγκούλης*<sup>205</sup>:

“Η συνδρομή του στοιχείου της αποδοχής είναι ζήτημα αποδείξεως και δεν προκαθορίζεται από τον βαθμό της πιθανότητας με την οποία προβλέφθηκε το εγκληματικό αποτέλεσμα, ούτε από

<sup>202</sup> *Κωστάρας, ο.π., σελ. 819*

<sup>203</sup> *Μυλωνόπουλος Χ, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, Τόμ. II, 2008, σελ. 70*

<sup>204</sup> *Μυλωνόπουλος, ο.π., σελ. 78, Αντίθετος ο Μπέκας, ο.π., σελ.225 επ.*

<sup>205</sup> *Φραγκούλης, ο.π.*

τη διαπίστωση ότι ο δράστης, μολονότι προείδε αυτό ως δυνατό, προχώρησε στην πράξη του, χωρίς να λάβει υπόψη του αυτή την προειδοποίηση. Η έννοια του δόλου, είτε άμεσου, είτε ενδεχόμενου, συντίθεται από το γνωστικό και το βουλευτικό στοιχείο του προβλεφθέντος εγκληματικού αποτελέσματος. Τα εν λόγω δύο στοιχεία είναι στενά συνδεδεμένα και ισότιμα μεταξύ τους και δεν αρκεί μόνο η γνώση του υψηλού κινδύνου επελεύσεως του εγκληματικού αποτελέσματος, από τυχόν παραλείψεις του δράστη ή ελλείψεις ενός πράγματος, για να μεταβάλει σε ενδεχόμενο δόλο μια βαρεία ή ελαφρά παράβαση του οικείου καθήκοντος επιμέλειας. **Προσαπαιτείται επίσης και η διαπίστωση, ότι ο υπαίτιος, κατά την κρίσιμη χρονική στιγμή, δεν απώθησε από τη συνείδηση του την παράσταση του εγκληματικού αποτελέσματος, που προέβλεψε και εντεύθεν επιδοκίμασε. Σύμφωνα με τα ανωτέρω δεν συντρέχει περίπτωση ενδεχόμενου δόλου, όταν δεν δύναται, κατ' αντικειμενική κρίση, να καταφαθεί και το βουλευτικό στοιχείο της πρόθεσης, όπως συμβαίνει, όταν δεν προκύπτει οποιοδήποτε λογικό κίνητρο του υπαίτιου για τη διάπραξη ενός από δόλο τελούμενου εγκλήματος. Με βάση τα ανωτέρω δεν συντρέχει περίπτωση ενδεχόμενου δόλου, όταν δεν δύναται, κατ' αντικειμενική κρίση, να επιβεβαιωθεί με αποδεδειγμένα πραγματικά περιστατικά και το βουλευτικό στοιχείο προθέσεως. Ενδεχόμενος δόλος συντρέχει όταν ο δράστης γνωρίζει ότι από τη συμπεριφορά του ενδέχεται να παραχθεί συγκεκριμένο εγκληματικό αποτέλεσμα και το αποδέχεται με την έννοια ότι το επιδοκιμάζει, ή πάντως συμβιβάζεται με αυτό, έστω κι αν δεν επιθυμεί την επέλευση τούτου, προκειμένου να επιτύχει κάποιον άλλον σκοπό του. Το αν ο δράστης αποδέχεται ή όχι το αποτέλεσμα είναι ζήτημα δυσχερές και στις περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζεται ιδιαίτερη δυσκολία αν δεν προσδιοριστεί ο λόγος και η αιτία και το κίνητρο που δημιουργούν την αποδοχή από τον δράστη του εγκληματικού αποτελέσματος.**"

#### Δ. Συγκλίνουσα ποινική ευθύνη σε επείγουσες περιστάσεις

Συγκλίνουσα ιατρική αμέλεια συνίσταται η με ενέργεια ή με παράλειψη αμέλεια περισσότερων γιατρών το ίδιου ή διαφορετικού σταδίου εξειδίκευσης ή γιατρών και παραϊατρικού προσωπικού. Στις περιπτώσεις συγκλίνουσας ιατρικής αμέλειας είναι φυσικό να αναφύονται τα ιδιαίτερα ζητήματα που αναδεικνύει η έρευνα της αιτιώδους συνάφειας στην πολύπλοκη εκδοχή που δημιουργεί η αλληλεπίδραση πολλών προσώπων. Η νομολογία του Αρείου Πάγου επιλύει το ζήτημα με την κατευθυντήρια συλλογιστική ότι για τον προσδιορισμό της ευθύνης καθενός ιατρού, κάθε ξεχωριστή ενέργεια ή παράλειψη συνδέεται αιτιωδώς με το αποτέλεσμα, εφόσον, κατά την κοινή αντίληψη, τελεί, μόνη ή μαζί με ενέργεια ή παράλειψη άλλου προσώπου, σε σχέση άμεσης αιτιότητας με το αποτέλεσμα.

*Ενδεικτικά, στην ΑΠ 35/2016<sup>206</sup> έγινε δεκτό πως όταν το εξ αμελείας έγκλημα είναι απότοκο συνδρομής αμέλειας πολλών προσώπων, το καθένα από αυτά κρίνεται και ευθύνεται αυτοτελώς και ανεξαρτήτως των άλλων κατά το λόγο της αμέλειας που επιδείχτηκε από αυτό και εφ' όσον, πάντως, το επελθόν αποτέλεσμα τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο προς αυτήν. Η αναγνώριση της αρχής της άμεσης αιτιότητας συνάγεται από τη διατύπωση ότι η πράξη ή η παράλειψη του δράστη τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο με το αποτέλεσμα που επήλθε όταν αυτή, κατά την κοινή αντίληψη, είναι εκείνη που άμεσα προκάλεσε το αποτέλεσμα και συνεπώς βρίσκεται σε άμεση αιτιότητα προς αυτό. Η εν λόγω απόφαση, όμως, προκειμένου να αποκλείσει την άτεγκτη και ανεπιεική αρχή του ισοδυνάμου των όρων, δέχεται πέρα από το κριτήριο της αμεσότητας και το κριτήριο της παραγωγικότητας του όρου, διατεινόμενη ότι αρκεί δε, προς θεμελίωση της ευθύνης, η πράξη ή η παράλειψη να ήταν ένας από τους παραγωγικούς όρους του αποτελέσματος, χωρίς τον οποίο δεν θα επερχόταν αυτό, αδιαφόρως αν συνέβαλαν και άλλοι όροι, αμέσως ή εμμέσως. Σαν να μην έφταναν τα παραπάνω, αμέσως μετά γίνεται επίκληση στην αρχή της ενεργούς αιτίας<sup>207</sup>, δημιουργώντας ακόμη μεγαλύτερη σύγχυση μέσα από αυτή τη νεφελώδη τριλογία εννοιών. Οι εν λόγω έννοιες δεν είναι σαφώς οριοθετημένες και δεν είναι ξεκάθαρο αν είναι συγκλίνουσες, εφάπτουσες ή υπάλληλες. Υπό το πρίσμα της νομολογιακής σκοπιάς συνάγει κανείς ότι παραγωγικοί όροι του αποτελέσματος υπάρχουν πολλοί (αφού χρησιμοποιείται πληθυντικός). Αυτοί περιστέλλουν τον κύκλο των όρων, άμεσων ή έμμεσων που οδήγησαν στο αποτέλεσμα, δημιουργώντας έναν νέο κύκλο μέσα στον παλιό. Από αυτούς, σημαντικός είναι ένας, η ιατρική πράξη που βρίσκεται σε άμεση αιτιότητα προς το αποτέλεσμα και ο κύκλος συστέλλεται ακόμη περισσότερο. Ωστόσο, παράλληλα γίνεται επίκληση και της θεωρίας της ενεργού αιτίας ή οποία προ πολλού θεωρείται ξεπερασμένη από τη νομική επιστήμη.<sup>208</sup> Συνεχόντι ειπείν, η εν λόγω νομολογιακή αντιμετώπιση αντικατοπτρίζει τον ατελή και συγκεκριμένο τρόπο με τον οποίο η*

<sup>206</sup> ΑΠ 35/2016 <http://www.areiospagos.gr>,

<sup>207</sup> Παρομοίως και ΑΠ 230/2015, <http://www.areiospagos.gr>, ΑΠ 183/2006, ΠοινΔνη 2007, σελ.131 επ.

<sup>208</sup> Κωστάρας Α., Η εξ αμελείας δια παραλείψεως τέλεση, 2010, σελ. 120-121.

ελληνική νομολογία αντιμετωπίζει τη δογματική εξέταση του αιτιώδη συνδέσμου.

Κατά αυτήν την κατευθυντήρια γραμμή, η *ΑΠ 785/2015*<sup>209</sup> δέχθηκε συγκλίνουσα αμέλεια από συνδυασμό παραλείψεων δύο γιατρών να επιληφθούν επείγοντος περιστατικού και συγκεκριμένα με τη σύσταση να μεταφερθεί σε άλλο νοσοκομείο. Η ασθενής απεβίωσε κατά το χρονικό διάστημα της μεταφοράς της από το Νοσοκομείο Κατερίνης στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/κης, κατά τον οποίο επιβαρύνθηκε πολύ η υγεία της, με αποτέλεσμα το θάνατό της. Οι κατηγορούμενοι μπορούσαν μετά βεβαιότητας να αποτρέψουν το αποτέλεσμα με την άμεση διενέργεια της της ενδεδειγμένης κατά την ιατρική πράξης της ολικής υστερεκτομίας και να μην προχωρήσουν στη μεταφορά της σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα μέσα σε τόσο λίγο και πολύτιμο χρόνο. Αντίστοιχα, η *ΑΠ 230/2015*<sup>210</sup> δέχθηκε συγκλίνουσα αιτιότητα και συγκεκριμένα συνδυασμό αμελούς ενέργειας και παράλειψης σε θάνατο επίτοκου που έπασχε από σοβαρή αορτική στένωση. Αφενός δέχτηκε την ευθύνη του ιατρού – γυναικολόγου, ο οποίος δεν προέβη στη διενέργεια τοκετού σε νοσηλευτικό ίδρυμα που θα διέθετε μονάδα εντατικής θεραπείας ή και καρδιοχειρουργικό τμήμα και αφετέρου του ιατρού – αναισθησιολόγου (παράλειψη), ο οποίος λανθασμένα ενήργησε επισκληρίδιο αντί για γενική αναισθησία (ενέργεια).

#### **Ως προς την αντικειμενική υπόσταση:**

Μέχρι στιγμής αντιλαμβάνεται κανείς ότι η προβληματική του αιτιώδους συνδέσμου μεταφέρεται *mutatis mutandis* και εδώ, όπως ισχύει και στις περιπτώσεις μεμονωμένης ποινικής ευθύνης. Όμως η συγκλίνουσα ευθύνη έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην πολυπλοκότητα που δημιουργεί σε επίπεδο διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου.

Πως λοιπόν θα καταλάβουμε πιο συγκεκριμένα ποιος φταίει και γιατί, όταν πολλά πρόσωπα προκαλούν διακλαδώσεις στην αιτιώδη διαδρομή; Αυτό θα το διαπιστώσουμε εξετάζοντας την διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου όταν επιλαμβάνεται κάποιος γιατρός σε μεταγενέστερο χρονικό διάστημα από τον πρώτο.

Με μια ενδελεχή μελέτη της νομολογίας, συμπεραίνει κανείς πως η διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου αποτελεί συχνά, ισχυρισμό των κατηγορούμενων ιατρών, προκειμένου να απαλλαγούν της ευθύνης τους από ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη εξ αμελείας, ενόψει μάλιστα της πολυπλοκότητας των γεγονότων που διαδέχονται το ένα το άλλο στα ιατρικά περιστατικά και των πολλών υπευθύνων που είναι πιθανό να εμπλακούν. Ωστόσο, για την κατάφαση του ισχυρισμού της διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου αξιώνεται μια λεπτή προϋπόθεση που τη καθιστά δυνατή μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις:<sup>211</sup>θα πρέπει το

<sup>209</sup> ΑΠ 785/2015, ΝΟΜΟΣ

<sup>210</sup> ΑΠ 230/2015, ΝΟΜΟΣ

<sup>211</sup> Πέρα από τη μετάβαση σε άλλο νοσοκομείο που η *ΑΠ 669/2011*, ΝΟΜΟΣ (περιστατικό στα ΤΕΠ) δεν δέχτηκε ότι από μόνη της συνιστά διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου, η νομολογία δεν δέχεται διακοπή μόνο και μόνο λόγω της μεσολάβησης πολλών ωρών από την έναρξη της υπό συζήτηση ιατρικής πράξης (ΑΠ 1114/2016 (ΝΟΜΟΣ)).

αποτέλεσμα να μην συνιστά πραγμάτωση του κινδύνου που ο ιατρός έθεσε, αλλά ενός άλλου κινδύνου, παντελώς εκτός των δυνατοτήτων ελέγχου του. Απαιτείται δηλαδή να υφίσταται νέα αυτοτελής και μεταγενέστερη πράξη άλλου, που προκαλεί το αποτέλεσμα ανεξάρτητα από την πρώτη πράξη και πριν ακόμα αυτή προλάβει να παραγάγει τα αποτελέσματα της. Με αυτόν τον τρόπο το αξιόποιο αποτέλεσμα είναι έργο της τύχης, έργο του δεύτερου γιατρού ή κάποιου άλλου και όχι έργο του φερόμενου ως δράστη.

Τούτο συμβαίνει μόνο αν ο τελευταίος, κατά το συνήθως συμβαίνον από αμέλεια, με την παρεμβολή του στην αιτιώδη διαδρομή, έδωσε άλλη κατεύθυνση σε αυτή, δημιούργησε με τη συμπεριφορά του έναν αυτοτελή κίνδυνο που εν τέλει πραγματώθηκε με το αποτέλεσμα, ώστε να γίνεται λόγος για δεσπόζουσα ή κυριαρχική αμέλεια του παρεμβαλλόμενου δράστη. Με άλλη διατύπωση, όταν το ιστορικό συμβάν υπάγεται σε ξένο τομέα ευθύνης, ο αρχικά ή παραλλήλως υπεύθυνος δεν έχει πλέον τη κυριαρχία πάνω στην αιτιώδη διαδρομή του συμβάντος προς το αποτέλεσμα και δεν μπορεί να το αποτρέψει, γιατί στο αποτέλεσμα δεν πραγματώνεται ο παράνομος κίνδυνος που έθεσε αυτός, αλλά ένας άλλος κίνδυνος που εκπορεύεται από άλλο πρόσωπο.<sup>212</sup>

Κατά τον *Φράγκο*<sup>213</sup>, διακοπή της αιτιώδους συνάφειας υπάρχει μόνο όταν η παρεμβαλλόμενη συμπεριφορά του παθόντος ή τρίτου εξουδετερώνει και καθιστά ανενεργό την αρχική συμπεριφορά του δράστη. Άρα, αν το έγκλημα του 302 ΠΚ, είναι αποτέλεσμα της αμέλειας πολλών, το κάθε πρόσωπο υπέχει ευθύνη αυτοτελώς και χωριστά από τα άλλα πρόσωπα, κατά τον λόγο της αμέλειάς του που αποδείχτηκε και εφόσον το αποτέλεσμα που επήλθε τελεί σε αιτιώδη συνάφεια με αυτήν.

Κάτι τέτοιο θα μπορούσε για παράδειγμα να συμβαίνει, κατ' εμέ, όταν γίνεται διακοπή από τον ασθενή σε πρώιμο στάδιο αρχικής εσφαλμένης ιατρικής θεραπείας και επιλογή άλλης, εντελώς διαφορετικής και εσφαλμένης ιατρικής θεραπείας, μεταγενέστερα, από άλλον ιατρό, που αυτή τον οδήγησε τελικά στον θάνατο. Θα μπορούσε να λάβει χώρα όταν ο πρώτος γιατρός κάνει λανθασμένη διάγνωση, ο δεύτερος γιατρός κάνει ορθή διάγνωση και ο ασθενής πεθαίνει από σφάλμα στην εγχείριση που διενήργησε ο δεύτερος. Ή αν υποθέσουμε πως ο ειδικευόμενος ή ο αγροτικός γιατρός προβαίνει σε λανθασμένη διάγνωση και ύστερα καταφθάνει ο ειδικευμένος γιατρός που απουσίαζε, η διάγνωσή του είναι ορθή, τον εισάγει στο χειρουργείο για επέμβαση αλλά εν τέλει σφάλλει ο αναισθησιολόγος. Στην περίπτωση αυτή ο πρώτος επιληφθείς γιατρός δεν θα πρέπει να ευθύνεται παραλλήλως με τον αναισθησιολόγο γιατί ο αιτιώδης σύνδεσμος έχει διακοπεί και το αποτέλεσμα δεν ήταν πραγμάτωση του δικού του κινδύνου. Θα ήταν χρήσιμο να υπομνησθεί πως είναι άλλο το ζήτημα της διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου και

<sup>212</sup> *Σατλάνης Ν.Χ.*, Μεθοδολογικά προλεγόμενα για τον αποκλεισμό και τον περιορισμό του αξιοποίνου.

Συγχρόνως μια εισαγωγή στην ερμηνευτική του ποινικού δικαίου, 1999, σελ.442 επ.

<sup>213</sup> *Φράγκος Κ.* Ιατρική Ευθύνη, Αστική-Ποινική-Πειθαρχική, Ποινικά Αδικήματα Ιατρών, 2018, σελ.332, όπου παραθέτει πληθώρα αποφάσεων

άλλο το ζήτημα της επίτασης ενός υφιστάμενου ήδη κινδύνου και όχι η δημιουργία ενός νέου, όπως συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις συγκλίνουσας ευθύνης που εξετάζουμε, εξού και η αναγνώριση συγκλίνουσας ευθύνης.

Πράγματι, στην περίπτωση αλληλοδιαδοχικής δράσης των ιατρών, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού, ώστε να διαπιστωθεί αν τον κίνδυνο που πραγματώθηκε με το αποτέλεσμα τον έθεσαν οι δράστες ή αν ο αιτιώδης σύνδεσμος διεκόπη με κάποιον τρόπο, άλλως αν δημιουργήθηκε ένας νέος αυτοτελής κίνδυνος από τον προηγούμενο. Γι' αυτό επίσης κρίσιμο είναι τι έκανε ή τι παρέλειψε να κάνει ο συγκεκριμένος ιατρός σε σχέση με τον συγκεκριμένο ασθενή και ιδίως σε ποιο χρονικό σημείο επιλαμβάνεται ο κάθε ιατρός. Όταν ο ιατρός επιλαμβάνεται αμελώς σε χρονικό σημείο που είναι αργά για τον ασθενή, που να μην μπορεί δηλαδή πλέον να ανακόψει αυτός (ο ιατρός) την πορεία του προς το αποτέλεσμα (θάνατο ή σωματική του βλάβη), μπορεί η όποια παράλειψη του να μην θεωρηθεί ως αιτιακή συνθήκη του βλαπτικού αυτού αποτελέσματος και επομένως να μην υπέχει ποινική ευθύνη σύμφωνα με τη θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού. Για παράδειγμα, όπως και στην προηγούμενη απόφαση, κατά το *Συμβ.Πλημ.Θεσ. 69/1991*<sup>214</sup>, κρίθηκε το ακριβώς αντίθετο, δηλαδή ότι δεν ήταν αργά παρά το χρόνο που παρήλθε όταν ο επόμενος γιατρός εξέτασε τον ασθενή και ο θάνατος θα μπορούσε να αποφευχθεί παρά την καθυστέρηση θεραπείας. Συγκεκριμένα, επρόκειτο για το θάνατο κρατούμενου από γενικευμένη περιτονίτιδα, η οποία εκδηλώθηκε λόγω διάτρησης έλκους του δωδεκαδακτύλου, αμέλεια από πρόχειρη εξέταση και λάθος διάγνωση του από τους τρεις ιατρούς, όχι ταυτόχρονα αλλά σε διαβαθμιζόμενα χρονικά διαστήματα, δηλαδή σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Το επίκεντρο της προσοχής εδώ έγκειται στο **ότι και οι τρεις γιατροί που επελήφθησαν της υπόθεσης μπορούσαν να ανακόψουν την πορεία προς το θάνατο, επομένως οι παραλείψεις τους αποτέλεσαν την αιτιακή συνθήκη του βλαπτικού αυτού αποτελέσματος.**

Με βάση την ως άνω πάγια θέση του Αρείου Πάγου, λόγω έλλειψης αιτιώδους συνδέσμου, δεν ευθύνεται ο ιατρός εκείνος ο οποίος έχει επικουρικό ρόλο σε μία ομάδα (λ.χ κρατά απλά καθαρό το χειρουργικό πεδίο, δίνει τα συνδετικά υλικά ή βοηθά στη συρραφή του τραύματος), αν το βλαπτικό για τον ασθενή αποτέλεσμα προκύπτει από επικίνδυνη πράξη άλλου ιατρού που έχει τον κύριο ρόλο, λ.χ αυτού που προέβη στην κύρια χειρουργική πράξη ή αυτή υποπίπτει στον τομέα ευθύνης του.<sup>215</sup> Αυτό γίνεται δεκτό και από τη νομική θεωρία με την επίκληση της **αρχής της εμπιστοσύνης** ανάμεσα σε ανθρώπους που έχουν διαφορετικά καθήκοντα στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Για παράδειγμα, δεν ευθύνεται ο καρδιοχειρουργός που πραγματώνει εγχείρηση ούτε η νοσοκόμα που κάνει την ένεση, παρόλο που αυτή η ένεση περιείχε υπερβολική δόση φαρμάκου λόγω σφάλματος του αναισθησιολόγου που βασανιζόταν

<sup>214</sup> Συμβ.Πλημ.Θεσ. 69/1991, Υπερ. 1991, σελ. 460

<sup>215</sup> Εφετ.Θρ. 1312/2016, δημος. ΝΟΜΟΣ : η συμβολή του δεύτερου ιατρού πρακτικά περιοριζόταν σε βοηθητικό ρόλο, στη χρήση των βολβών - άγκιστρα, προκειμένου να παραμένουν ανοικτά τα κοιλιακά τοιχώματα.



από τις απιστίες της γυναίκας του, χωρίς όμως να δείχνει τίποτα προς τα έξω που θα μπορούσε να υποψιάσει τους άλλους ώστε να κινητοποιηθούν να προλάβουν.<sup>216</sup>

Σε εναρμονισμό με τη νομική θεωρία φαίνεται να κινείται ενίοτε και η νομολογία και ενίοτε να αντιτίθεται. Ας το εξετάσουμε λίγο πιο προσεκτικά:

Σε ανάλογη κατευθυντήρια γραμμή με την προσέγγιση του Σατλάνη στρέφεται, κατά τη γνώμη μου, η δικαστηριακή απόφαση της *ΑΠ 1659/2003*,<sup>217</sup> **η οποία ευθαρσώς κάνει λόγο για δικαιολογημένη εμπιστοσύνη του ενός γιατρού για τις ενέργειες του άλλου**. Εν προκειμένω, έγινε δεκτή η απαλλαγή των ειδικευόμενων ιατρών, που βοήθησαν τον ειδικό καρδιοχειρουργό σε χειρουργική επέμβαση ανοικτής καρδιάς για τη δημιουργία διπλής αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (By-pass). Ο ειδικός ιατρός κατά τη χορήγηση αδρεναλίνης με σύριγγα τοποθέτησε στη βάση της αορτής βελόνη, προκειμένου να απομακρύνεται αέρας που τυχόν υπήρχε εντός της αορτής. Μετά την αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας και την ανάταξη του ασθενούς οι ειδικευόμενοι, μαζί με τον ειδικό, προέβησαν στη σύγκλιση του εγχειρητικού τραύματος, χωρίς όμως να αφαιρέσουν τη βελόνη, που παρέμεινε εντός της περικαρδιακής κοιλότητας. Το γεγονός όμως της ύπαρξης της βελόνης δεν μπορούσαν αντικειμενικά να το γνωρίζουν οι ειδικευόμενοι, αφού τη στιγμή της τοποθέτησής της από τον ειδικό εκείνοι ήταν απασχολημένοι με άλλες εργασίες που τους είχε αναθέσει, πράγμα που συνεπάγεται τον αποκλεισμό της ευθύνης, ήδη στο στάδιο του αδίκου, λόγω έλλειψης εξωτερικά αμελούς συμπεριφοράς.

Κατά τη διατύπωση της απόφασης, η εγχείριση διεξαγόταν υπό τη διεύθυνση του ειδικού ιατρού, ο οποίος «*ενόψει των ιδιοτήτων του (ιδιαίτερες επιστημονικές γνώσεις, ικανότητα, πείρα περί την καρδιοχειρουργική) είχε δημιουργήσει δικαιολογημένη εμπιστοσύνη ότι θα επιδείξει την απαιτούμενη ιδιαίτερη επιμέλεια και προσοχή, ώστε να διεξαχθεί ομαλά η εγχείριση*». Κατά τη γνώμη της γράφουσας, εδώ εντοπίζεται σύγχυση μεταξύ εξωτερικής και εσωτερικής αμέλειας καθώς η άνωθεν διατύπωση, που εξειδικεύει τις περιστάσεις, μάλλον αντιστοιχεί στη δεύτερη. Ωστόσο, η αρχή της εμπιστοσύνης θα ίσχυε εξίσου, όπως ειπώθηκε στη νομική θεωρία και εάν δεν επρόκειτο για ειδικευόμενο ενώπιον των ενεργειών ειδικού γιατρού, αλλά και για ειδικό ενώπιον ειδικού γιατρού. Ο ένας γιατρός δεν μπορεί να μαντεύει τι κάνει ο άλλος ανά πάσα στιγμή, ή να διεισδύει στον τομέα ευθύνης του άλλου γιατρού, ευρισκόμενος σε επιφυλακή για σφάλματα άλλων, εκτός φυσικά κι αν το σφάλμα υποπέσει στην αντίληψή του. Αντιθέτως, εκ φύσεως των πραγμάτων, είναι λογικό να αναμένει κανείς ότι ο άλλος γιατρός της ίδιας εκπαιδευτικής βαθμίδας θα πράξει το ορθό που επιτάσσει η σφαίρα των ευθυνών του. Δηλαδή, άλλως ειπείν, ό, τι ισχύει στην κάθετη συγκλίνουσα δράση ιεραρχικής εξάρτησης, όπως στην περί ου ο λόγος απόφαση, ισχύει και στην οριζόντια<sup>218</sup>, όπου ο ένας γιατρός δεν λειτουργεί υπό

<sup>216</sup> Σατλάνης, ο.π., σελ.442 επ.

<sup>217</sup> ΑΠ 1659/2003, ΠοινΔικ 2004. σελ.386 και ΠοινΛογ2003 σελ. 1869 επ.

<sup>218</sup> Περί κατανόησης οριζόντιου και κάθετου στην ιατρική βλ. *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 102-104

τις οδηγίες του άλλου. Αυτό που μπορούμε να κάνουμε, κατά τη γνώμη της γράφουσας, είναι να χρησιμοποιήσουμε το *argumentum ad absurdum* και να πούμε ότι αν η αρχή της εμπιστοσύνης ισχύει ενώπιον ενός “ισότιμου” γιατρού, πόσο μάλλον ενώπιον ενός “ανώτερου” (από άποψη κατάρτισης). Επομένως, κατά τη γνώμη μου, η αρχή της εμπιστοσύνης εδώ συνιστά αντικειμενικό μέγεθος που θα ίσχυε ούτως ή άλλως απαλλακτικά, κι αν ο ειδικευόμενος ήταν ειδικός, και όχι ζήτημα υπαιτιότητας που αφορά μόνο τη συγκεκριμένη περίπτωση.

Σε άλλο μήκος κύματος από την αρχή της δικαιολογημένης εμπιστοσύνης φαίνεται να κινείται η δικαστηριακή πραγματικότητα, με το υπ’ αριθμ. 19/2001 βούλευμα του ΣυμβΠλημΣάμου,<sup>219</sup> όπου παραπέμπονται να δικασθούν για ανθρωποκτονία από αμέλεια διά παραλείψεως η Αναπληρώτρια Διευθύντρια του Τμήματος Παιδιατρικής του ΓΝΝ Σάμου και η ειδικευόμενη στην Παθολογική Κλινική του ίδιου νοσοκομείου, γιατί λανθασμένα υπολόγισαν τις δόσεις του αντιδότη PARVOLEX που έπρεπε να λάβει επτάχρονος ασθενής, που είχε πει σχεδόν όλο το μπουκαλάκι παιδικού DEPON. Ο ασθενής τελικά απεβίωσε λόγω υπερβολικής δόσης αντιδότη (υπερδεκαπλάσιας από την ορθή), που προκάλεσε αλλεργικό σοκ, γενικευμένους σπασμούς και σημαντικό οίδημα του εγκεφάλου.

Σε λήψη του ζητουμένου προβαίνει, κατά τη γνώμη μου, η εισαγγελική πρόταση, καθώς λαμβάνεται ως δεδομένο ότι η ειδικευόμενη ιατρός συνδιαμόρφωσε την αιτιώδη διαδρομή ως ισοδύναμος προς την ειδικό παράγοντας, συνέβαλε δηλαδή αιτιωδώς στον επελθόντα θάνατο με τους λανθασμένους υπολογισμούς, χωρίς όμως να παρατίθεται στα πραγματικά περιστατικά με σαφήνεια ποια ενέργεια ή παράλειψη της ειδικευόμενης συνέβαλε στο αποτέλεσμα, τούτο διότι θα μπορούσε κάλλιστα η ειδικευόμενη να έχει επιληφθεί εκ των προτέρων και να έχει χορηγήσει τη σωστή δόση, ύστερα να απασχοληθεί με άλλη εργασία και εν τω μεταξύ η ειδική γιατρός να χορηγήσει δεκαπλάσια δόση, ούσα μόνη στο χώρο, κάτι διόλου απίθανο. Κατ’ αρχάς, κατά προβληματισμό της γράφουσας, πως θα αποδώσουμε ποινική ευθύνη στην ειδικευόμενη σε μια τέτοια πιθανή περίπτωση, ήδη σε επίπεδο αντικειμενικής υπόστασης από τη στιγμή που δεν προέβη σε καμία εξωτερικώς αμελή συμπεριφορά; Δεύτερον, πως δύναται η εισαγγελέας ή το δικαστήριο να μεταπηδήσει στο επίπεδο ελέγχου του αιτιώδους συνδέσμου και μάλιστα αυτός να θεωρηθεί και αυτονόητος; Τούτο από τη στιγμή που γίνεται παγίως δεκτό και στην νομολογία και στη θεωρία<sup>220</sup> ότι η αιτιώδης σύνδεση δεν εξετάζεται πάνω σε οποιαδήποτε συμπεριφορά αλλά σε πλημμελή, επιλήψιμη συμπεριφορά, ακόμη κι αν υπάρχει αμφισβήτηση στο πως αυτήν θα την ορίσουμε επακριβώς. Διαφορετικά, η έννομη τάξη μας διολισθαίνει στη σφαίρα του ανάληπτου και αφιλτράριστου *conditio sine qua non* και υποπίπτει σε λογικά κενά αφού η εναρκτήρια αφετηρία της λήψης υπόψη οποιασδήποτε συμπεριφοράς είναι δικαιοδογματικά εσφαλμένη εξ’ υπαρχής. Τρίτον, στην εισαγγελική πρόταση γίνεται επίκληση

<sup>219</sup> ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, ΠοινΔικ 2001, σελ.1114

<sup>220</sup> Βλ. την ανάλυση στο παρόν κεφάλαιο του αιτιώδους συνδέσμου

στην κατάφαση της αιτιότητας, καθώς η ειδικευόμενη μπορούσε και όφειλε να προβεί σε ορθούς υπολογισμούς του αντιδότη, κάτι που δεν απαιτούσε γνώσεις ειδικού ιατρού ή εποπτεία αυτού. Ας γίνει αυτό δεκτό ως αληθές και ας το λάβουμε ως δεδομένο. Αν η ειδικευόμενη ήταν απασχολημένη με άλλες εργασίες ή ήταν δικαιολογημένα απύσχα, σε τι μας αφορά το γνωστικό της επίπεδο για τη δοσολογία του αντιδότη, δηλαδή η υπαγωγή της ελάσσονος πρότασης στην υπαιτιότητα; Η θεμελίωση ποινικής ευθύνης μέσα από την υπαιτιότητα, χωρίς έρευνα της αντικειμενικής υπόστασης συνιστά εναργές λογικό σφάλμα ερμηνείας και εφαρμογής των διατάξεων περί αδίκου και καταλογισμού και ενδέχεται να οδηγήσει σε εσφαλμένη καταδίκη κατά παράβαση του άρθρου 14 ΠΚ.

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω παραδοχών, θεωρώ ορθή την κρίση επί της υποθέσεως της *ΑΠ 1659/2003*,<sup>221</sup> ως προς την υιοθέτηση της αρχής της εμπιστοσύνης και τη σκιαγράφηση της αναμενόμενης συμπεριφοράς ενός μέσου γιατρού, πολλώ δε μάλλον ενός ειδικευόμενου έναντι των πράξεων του πιο έμπειρου ειδικού.

Ενόψει των ανωτέρω, αναφύεται το ερώτημα μήπως απαλλάσσεται ο ειδικευόμενος μόνο και μόνο λόγω παρουσίας του επιβλέποντος ειδικού ιατρού. Σύμφωνα με την *Σακελλαροπούλου*<sup>222</sup>, η ευθύνη του ειδικευόμενου υπάρχει όταν αυτός ενεργεί ή παραλείπει παρά τις αντίθετες υποδείξεις. Η παρουσία του ειδικού ιατρού, ο οποίος έχει την ευθύνη αντιμετώπισης του περιστατικού και ο οποίος δίνει τις οδηγίες, απαλλάσσει τον ειδικευόμενο από οποιαδήποτε ευθύνη, εφόσον αυτές οι οδηγίες ακολουθηθούν και εφαρμοστούν. Ωστόσο, η εν λόγω άποψη φαίνεται απόλυτη για να είναι καθ' ολοκληρίαν ορθή. Ας συλλογιστούμε περιπτώσεις, όπου υποπίπτει στην αντίληψη του ειδικευόμενου κάποιο καταφανές σφάλμα του ειδικού γιατρού, τέτοιο που έχει τη γνωστική επάρκεια να το αξιολογήσει ή, ακόμη περισσότερο, να μπορεί να το αντιληφθεί, όχι απλώς ο μέσος ειδικευόμενος, αλλά ο μέσος άνθρωπος. Αν συμμορφωθεί πιστά στις οδηγίες του ειδικού, με κίνδυνο ζωής του ασθενούς, θα ήταν ασυνεπές να μην υπέχει ποινική ευθύνη. Αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να συνυπολογίσουμε την συγκεκριμένη περίπτωση της παρουσίας του ειδικού για να εξειδικεύσουμε το μέτρο της προσήκουσας επιμέλειας, όπως τούτο είδαμε ότι έγινε δεκτό στην *ΑΠ 1659/2003*<sup>223</sup> και αναλύεται ενδελεχέστερα στο κεφάλαιο περί της ευθύνης των ειδικευόμενων γιατρών.

Ακολούθως, η *ΑΠ 2183/2008*<sup>224</sup> εμφανίζει ενδιαφέρον ως προς τη διάσταση της αρχής της εμπιστοσύνης στην κάθετη συγκλίνουσα δράση γιατρών<sup>225</sup>, αλλά από την αντίστροφη πλευρά από αυτήν που την έχουμε εξετάσει. Αν η αρχή της εμπιστοσύνης ισχύει από την πλευρά του άπειρου ειδικευόμενου, ενώπιον των πράξεων του έμπειρου ειδικού, ισχύει αντίστοιχα όταν

<sup>221</sup> ΑΠ 1659/2003, ΠοινΔικ 2004. σελ.386 και ΠοινΛογ2003 σελ. 1869 επ.

<sup>222</sup> *Σακελλαροπούλου Β.*, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος, 2011, σελ. 115 επ.

<sup>223</sup> ΑΠ 1659/2003, ΠοινΔικ 2004. σελ.386

<sup>224</sup> ΑΠ 2183/2008, <http://www.areiospagos.gr>,

<sup>225</sup> Η κάθετη συγκλίνουσα δράση των γιατρών αντιστοιχεί στην κάθετη κατανομή αρμοδιοτήτων. Βλ. *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 102-103

είναι αντίστροφη η τοποθέτηση των δύο ρόλων; Είναι εύλογο πως όχι. Ειδικότερα, στην ΑΠ 2183/2008 κρίθηκε ορθή η καταδίκη ιατρών, ενός ειδικευμένου και ενός ειδικευόμενου, για ανθρωποκτονία από μη συνειδητή αμέλεια, δεδομένου ότι ο πρώτος εμπιστεύτηκε την κρίση του δεύτερου και δεν έλεγξε το σφάλμα του, όπως όφειλε. Η απόφαση επίσης έχει ενδιαφέρον σε επίπεδο διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου σε συγκλίνουσα δράση γιατρών, καθώς δικαίως δεν αναγνωρίστηκε ποινική ευθύνη του τρίτου γιατρού ο οποίος επελήφθη του περιστατικού όταν ήταν πλέον αργά και παρά τις ενέργειές του δεν μπορούσε να αποτρέψει πια το θάνατο.

Ας δούμε πιο αναλυτικά το ιστορικό γιατί φαίνεται να εμφανίζει ενδιαφέρον. Επί της υποθέσεως, διακομίστηκε με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ στα εξωτερικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου, που είχε γενική εφημερία, ασθενής, προερχόμενη από Κέντρο Υγείας, όπου είχε μεταφερθεί από την αδελφή της, επειδή αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει και είχε πάρει 8 κουτιά ασπιρίνες, δηλαδή 160 δισκία. Αφού της παρασχέθηκαν στο Κέντρο Υγείας οι πρώτες βοήθειες, έπειτα διακομίσθη στο νοσοκομείο που εφημέρευε, με ενημερωτικό συνοδευτικό σημείωμα το Κέντρο Υγείας που έγραφε “φαρμακευτική δηλητηρίαση με σκοπό την αυτοκαταστροφή (9 κουτιά ασπιρίνες)”. Η σημείωση ήταν ορθή και υποδήλωνε τη σοβαρότητα της κατάστασης, καθώς όντως η αποπειραθείσα να αυτοκτονήσει είχε λάβει 8 με 9 κουτιά, δηλαδή τριψήφιο αριθμό ασπιρινών, αριθμό που την έθετε άμεσα σε κίνδυνο ζωής.

Όταν η δηλητηριασθείσα έφθασε στο νοσοκομείο, εξετάστηκε από την μια κατηγορούμενη, ειδικευόμενη παθολόγο. Η τελευταία, υπέπεσε στο σφάλμα είτε να παρανοήσει το μήνυμα του Κέντρου Υγείας είτε να το αντιληφθεί αλλά να γράψει λάθος αριθμό ασπιρινών σε πρόχειρο σημείωμα που τοποθέτησε στο φάκελο της ως άνω δηλητηριασθείσας ασθενούς. Ακριβέστερα, από έλλειψη της προσοχής που όφειλε και που μπορούσε να καταβάλει κατά τη λήψη του ιστορικού της και τη μελέτη του ενημερωτικού σημειώματος που τη συνόδευε από το Κέντρο Υγείας στο νοσοκομείο, ανέγραψε ότι η ως άνω δηλητηριασθείσα έλαβε 8 δισκία ασπιρίνης, αναφέροντας συγκεκριμένα την ξενόγλωσση σύντμηση “tabl.”, δηλαδή δισκία. Από τα πραγματικά περιστατικά που δέχτηκε η αναιρεσιβαλλόμενη απόφαση, φαίνεται ότι ισχύει το πρώτο, δηλαδή η ειδικευόμενη δεν αντελήφθη καθόλου τη σοβαρότητα της κατάστασης και όχι ότι την αντελήφθη, αλλά προέβη σε λάθος γραφής εκ παραδρομής. Τούτο διαφαίνεται από την διαπίστωση ότι “εάν ελάμβανε το ιστορικό της ασθενούς με την προσοχή που όφειλε και που μπορούσε να καταβάλει ως ιατρός, θα είχε σημειώσει στο ιστορικό της και στο πρόχειρο σημείωμα που τοποθέτησε στο φάκελό της, ότι αυτή είχε λάβει οκτώ (8) κουτιά ασπιρίνες, δηλαδή εκατόν εξήντα (160) ασπιρίνες και όχι οκτώ (8) ασπιρίνες.”, καθώς και από το ότι δεν πήρε κανένα μέτρο, δεν έγινε καμία αντιμετώπιση, όπως θα έπρεπε σε ένα κατεπείγον περιστατικό.

Στην περίπτωση αυτή, λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής της θα έπρεπε να εισαχθεί η ασθενής σε μονάδα εντατικής νοσηλείας, να της γίνει άμεσα ειδική τοξικολογική εξέταση αίματος για να διαπιστωθεί πόσες ποσότητες σαλικυλικών ουσιών είχε στο αίμα της και να της γίνει

αμέσως αιμοκάθαρση, ως η μόνη ενδεδειγμένη ιατρική πράξη για την αντιμετώπιση της δηλητηρίασής της. Η ειδικευόμενη γιατρός, όχι μόνον από αμέλειά της, δηλαδή από έλλειψη της προσοχής που όφειλε και που μπορούσε να καταβάλει, ανέγραψε εσφαλμένα στο πρόχειρο σημείωμα που έβαλε στο φάκελό της ασθενούς ότι αυτή πήρε μόνον 8 ασπιρίνες και όχι 160 ασπιρίνες, αλλά προέβη και σε σφάλμα μη ενημέρωσης του ειδικού γιατρού που εφημέρευε, παρά μόνον εισήγαγε την δηλητηριασθείσα ασθενή στην παθολογική κλινική. Στα δύο αυτά σημεία εντοπίζεται η ευθύνη της, γιατί και οι δύο συμπεριφορές εντάσσονται στη σφαίρα καθηκόντων της.

Ύστερα τούτων, μετέρχονται χρονικά τα σφάλματα του γιατρού παθολόγου, επιμελητής Α', υπεύθυνου εφημερίας, ο οποίος αν και είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση, ως ιατρός ειδικευμένος και υπεύθυνος της παθολογικής κλινικής, να διαπιστώσει την εγκυρότητα της διάγνωσης της ειδικευόμενης ιατρού, να διαβάσει το φάκελο που συνόδευε την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική, να επισκεφθεί αυτή και να διενεργήσει τον δικό του ιατρικό έλεγχο, εντούτοις **βασίστηκε στην εσφαλμένη εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς από την ειδικευόμενη ιατρό και δεν την εξέτασε ο ίδιος, ούτε διάβασε τον ιατρικό της φάκελο που συνόδευε την εισαγωγή της στην κλινική, οπότε θα διάβαζε και το σημείωμα του ιατρού του Κέντρου Υγείας που υπήρχε σε αυτόν και τα αποτελέσματα των εξετάσεων των αερίων αίματος της, που έδειχναν παθολογικές τιμές και σήμαιναν την παρουσίαση μεταβολικής οξέωσης, πράγμα που αν έκανε θα διαπίστωνε την σοβαρότητα της κατάστασης και θα προέβαινε στις προαναφερόμενες ενδεδειγμένες ιατρικές πράξεις και ιδιαίτερα στη μόνη ενδεδειγμένη ιατρικά ενέργεια της αιμοκάθαρσης.** Την ίδια αδιαφορία και αμελή συμπεριφορά επέδειξε ο κατηγορούμενος και όταν το πρωί της επόμενης ημέρας η κατηγορουμένη και ειδικευόμενη ιατρός του τηλεφώνησε και του ανέφερε ότι η ως άνω ασθενής έχει νευρική διέγερση, οπότε αρκέστηκε στο να της δώσει τηλεφωνικά οδηγία για τη χορήγηση ηρεμιστικού. Συνέπεια των ως άνω παραλείψεων αμοτέρων των κατηγορουμένων ιατρών ήταν η δηλητηριασθείσα ασθενής να περιπέσει τελικά σε κόμα. Επομένως, γίνεται πλέον σαφές, ορθά κατά το σκεπτικό του δικαστηρίου, πως η αρχή της εμπιστοσύνης δεν λειτουργεί αντίστροφα, δηλαδή ο έμπειρος γιατρός σφάλει όταν στηρίζεται αποκλειστικά στις εκτιμήσεις του πιο άπειρου γιατρού και δεν αποπειράται με αυτόνομη κρίση να επαληθεύσει τις εκτιμήσεις αυτές. Υπό την άνωθεν συλλογιστική, θα πρέπει να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου σε μια τέτοια περίπτωση και να μιλήσουμε για επίταση του κινδύνου που εν τέλει οδήγησε στο αξιόποιο αποτέλεσμα του θανάτου. Ο ειδικός γιατρός επέτεινε τον ήδη υπάρχοντα κίνδυνο που έθεσε η ειδικευόμενη με την παράλειψή της να εισαγάγει την ασθενή στη ΜΕΘ και καλλιέργησε ακόμη περισσότερο το έδαφος να επέλθει το αποτέλεσμα, παρόλο που ενημερώθηκε αργά, μπορούσε να τον προλάβει. **Εξ αντιθέτου, αν ο ειδικός ενημερωνόταν πχ 5 λεπτά πριν πεθάνει ή όταν η ασθενής είχε ήδη περιπέσει σε κόμα, η απάντηση στην**

ποινική του ευθύνη θα άλλαζε, γιατί παρά την εξωτερικά αμελή του συμπεριφορά, δε θα στοιχειοθετούνταν υποθετική αιτιότητα, καθώς θα καλούνταν να παλέψει με ένα αντικειμενικώς αναπόφευκτο αποτέλεσμα. (“Οι ως άνω παραλείψεις αμφοτέρων των κατηγορουμένων, είχαν ως επακόλουθο της αμελούς συμπεριφοράς τους την παράλειψή τους να διενεργήσουν άμεσα και έγκαιρα αιμοκάθαρση στην δηλητηριασθείσα ασθενή, η οποία αν γινόταν θα είχε επιφέρει την θεραπεία της και είχαν όλες μαζί οι ως άνω παραλείψεις τους ως αποτέλεσμα τον θάνατο της ασθενούς, ο οποίος τελεί σε αιτιώδη συνάφεια με τις ως άνω παραλείψεις των κατηγορουμένων ιατρών και αποτελεί επακόλουθό τους”),

Τα ανωτέρω, μας οδηγούν στην αξιολόγηση και της τελευταίας φάσης των πραγματικών περιστατικών. Τότε, όταν η ασθενής περιέπεσε σε κώμα, για πρώτη φορά ενημερώθηκε ο ειδικευμένος επιμελητής ιατρός της επόμενη βάρδιας που αντικατάστησε τον πρώτο κατηγορούμενο, για την ακριβή ποσότητα των ασπιρινών που έλαβε η ασθενής και παρήγγειλε αμέσως να γίνει ειδική εξέταση έρευνας σαλικυλικών στο αίμα της σε άλλο νοσοκομείο. Προσπάθησε δε μαζί με άλλους ιατρούς να διατηρήσουν την αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία της ασθενούς, πλην όμως η τελευταία απεβίωσε το μεσημέρι της ίδιας ημέρας, με αιτία θανάτου της την φαρμακευτική δηλητηρίαση με λήψη σαλικυλικών (ασπιρινών).”

Κατά argumentum a contrario, έναντι της προηγούμενης περίπτωσης, δεν μπορεί να επιρριφτεί ευθύνη στο ειδικό γιατρό που ενημερώθηκε την τελευταία στιγμή (ο οποίος στο κάτω κάτω δε φαίνεται να υπέπεσε σε καμία εξωτερικά αμελή συμπεριφορά). Mutatis mutandis, δεν μπορεί να επιρρηφθεί ποινική ευθύνη ούτε στους άλλους ιατρούς που, στο στάδιο της επιθανάτιας κατάστασης, προσπάθησαν να διατηρήσουν την αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία της ασθενούς. Εδώ, αν υπήρχε ιατρικό σφάλμα (που δεν υπάρχει) θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου, γιατί, όπως επισημαίνεται στη νομική θεωρία, διακοπή σημαίνει ότι το αποτέλεσμα κείται εκτός του κινδύνου που έθεσε ο κατηγορούμενος ιατρός, δεν μπορεί να το ελέγξει αντικειμενικά, δεν είναι δικό του έργο και ουσιαστικά αποτελεί προϊόν τύχης<sup>226</sup>.

Υπό την ανωτέρω συλλογιστική για την διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου, είναι πλέον αντιληπτό γιατί μπορούμε να μιλήσουμε και εδώ για εν τοις πράγμασι αναγνώριση και μετουσίωση του αντικειμενικού καταλογισμού από την ελληνική νομολογία, παρά την έλλειψη μιας εναργούς δογματικής αναγνώρισης.

Τέλος, αναφέρεται παρενθετικά πως η περίπτωση της απόπειρας αυτοκτονίας θα μας απασχολήσει και παρακάτω, υπό μια διαφορετική οπτική, σε επίπεδο συναίνεσης.

Φαντάζει πλέον αυτονόητο, ύστερα από όσα ειπώθηκαν, ότι δεν ευθύνεται εκείνος ο ιατρός, ο οποίος, σε περίπτωση εμπλοκής περισσοτέρων ιατρών, ενήργησε χωρίς παράβαση καθήκοντος επιμέλειας<sup>227</sup>, είτε αυτό το δεχτούμε υπό τη σκοπιά της εξωτερικής αμέλειας είτε υπό τη

<sup>226</sup> Μυλωνόπουλος, ο.π., σελ. 176 επ.

<sup>227</sup> Φράγκος, ο.π., σελ.330-331

σκοπία της θεωρητικής βάσης του αντικειμενικού καταλογισμού. Για παράδειγμα, χαρακτηριστικά το υπ' αριθμ. 996/2015 Συμβ.Πλ.Καλαμ.<sup>228</sup> παρέπεμψε μόνο τον κατηγορούμενο χειρουργό για ανθρωποκτονία εξ αμελείας λόγω επικίνδυνης χειρουργικής επέμβασης, μη ενδεδειγμένης, εν όψει του βεβαρημένου ιστορικού της ασθενούς και επί πλέον παρέλειψε να ενεργήσει τις επιβαλλόμενες κατά την ιατρική ενέργειες για την αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής κατάστασης. Από την άλλη αθώωσε τους λοιπούς γιατρούς που έπραξαν ό,τι ήταν επιβεβλημένο από τους παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, χωρίς να διαπιστώνεται κάποια παράλειψη τους.<sup>229</sup>

### **Ως προς την υπαιτιότητα:**

Η προβληματική της υπαιτιότητας εντοπίζεται κυρίως στην κάθετη συγκλίνουσα δράση των γιατρών, γιατί υπάρχει διαφοροποίηση στην επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία των κατηγορουμένων, αφενός στη διερεύνηση της ευθύνης του έμπειρου ειδικού και αφετέρου του όχι τόσο άπειρου ειδικευόμενου. Τούτο διότι, ενώ ο ειδικός έχει ευθύνη επειδή πχ απουσίαζε αδικαιολόγητα, θα μπορούσε κάλλιστα, ο ειδικευόμενος, παρά το σφάλμα του στην εφημερία επί επειγόντων, να απαλλαχθεί, γιατί κρίθηκε ότι οι γνώσεις και οι εμπειρίες του δεν έφταναν για να ενεργήσει σωστά, ή αντιθέτως να καταδικαστεί επειδή ήταν σε θέση να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει την κατάσταση.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα φαίνεται η ΑΠ 675/2014<sup>230</sup>, καθώς δέχεται συγκλίνουσα, αλληλοδιάδοχη ευθύνη, αφενός ειδικευόμενων ιατρών λόγω εσφαλμένης διάγνωσης και μη ενημέρωσης των ειδικευμένων ιατρών αλλά και ταυτοχρόνως ευθύνη ειδικευμένων εφημερευόντων ιατρών λόγω αδικαιολόγητης απουσίας τους σε ενεργή εφημερία.

Επί των πραγματικών περιστατικών της υποθέσεως, ενώ οι δύο αρμόδιοι ειδικευμένοι γιατροί απουσίαζαν αδικαιολόγητα και δεν φρόντισαν καθόλου να ενημερωθούν για την κίνηση των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών κατά τη διάρκεια της απουσίας τους, συνεπεία της εσφαλμένης αρχικής διάγνωσης των ειδικευόμενων, ο ένας από αυτούς έδωσε εντολή να αναχωρήσει η ασθενής για το σπίτι της. Τα συμπτώματα όμως επέμεναν και η ανήλικη προσήλθε και πάλι στο νοσοκομείο με ναυτία, έντονους πόνους στην κοιλιά και πλέον εξαντλημένη και αφυδατωμένη. Η άλλη ειδικευόμενη, εφημερεύουσα την ημέρα και ώρα εκείνη, παρέλαβε απλώς την ασθενή, της χορήγησε ηλεκτρολυτικά διαλύματα για να αντιμετωπισθεί η αφυδάτωσή της και παρήγγειλε μικροβιολογικές εξετάσεις. Παράλληλα έδωσε εξιτήριο στην ανήλικη και συνέστησε σε αυτή και τους οικείους της να λάβει φαρμακευτική αγωγή για εμπύρετο γαστρεντερίτιδα. Η ασθενής αποχώρησε για δεύτερη φορά από το νοσοκομείο, αλλά διακομίσθηκε την ίδια ημέρα σε προθανάτια κατάσταση επειγόντως

<sup>228</sup> Συμβ.Πλ.Καλαμ. 996/2015, ΠοινΧρ 2016, σελ. 465

<sup>229</sup> Εδώ ταιριάζει η διατύπωση της Λιούρδη πως εάν έχει ακολουθηθεί η ενδεδειγμένη μέθοδος και ο γιατρός δεν παραβιάζει κοινώς παραδεκτούς και στοιχειώδεις κανόνες της επιστήμης του, τότε δεν συντρέχει ιατρική αμέλεια, άσχετα αν συνέτρεξαν αστάθμητοι παράγοντες. Λιούρδη, ο.π., σελ.27

<sup>230</sup> ΑΠ 675/2014, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

στη ΜΕΘ άλλου νοσοκομείου και λίγο αργότερα πέθανε λόγω βαριάς σηπτικής καταπληξίας από παραμελημένη περιτονίτιδα.

Επί της υποθέσεως έγινε δεκτό ότι οι δύο ειδικευόμενοι γιατροί ευθύνονται για μη ενημέρωση, καθώς δεν ειδοποίησαν καθόλου τους ειδικούς εφημερεύοντες ιατρούς για το περιστατικό, οι οποίοι έτσι δεν εξέτασαν την ασθενή. Αφετέρου, παρά τη ιδιότητά τους ως ειδικευόμενων, κρίθηκε ότι έχουν υπαιτιότητα για εσφαλμένη διάγνωση, *καθώς η κλινική εικόνα της ασθενούς σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων θα οδηγούσαν αντικειμενικά, ακόμη και το μέσο ειδικευόμενο ιατρό, παθολόγο ή χειρουργό, σε ασφαλή διάγνωση ότι η ασθενής έπασχε από οξεία σκωληκοειδίτιδα και όχι από εμπύρετο γαστρεντερίτιδα.* Σε άλλο σημείο, η υπαιτιότητα σκιαγραφείται εναργέστερα, καθώς διατυπώνεται ότι έπρεπε να οδηγηθούν με βεβαιότητα στη μόνη δυνατή διάγνωση ότι η ανήλικη έπασχε από οξεία σκωληκοειδίτιδα, *δοθέντος ότι είχαν λάβει επαρκή πανεπιστημιακή παιδεία και είχαν ήδη αποκτήσει και πρακτική εμπειρία σε δημόσιο νοσηλευτικό κέντρο με μεγάλη κίνηση ασθενών, με συνέπεια να είναι σε θέση να αντιληφθούν ευχερώς το ιατρικό πρόβλημα της ασθενούς.*

Όπως αναπτύχθηκε και στο κεφάλαιο περί ανάληψη εγχειρήματος των ειδικευόμενων, ακόμα κι αν εξ αντιδιαστολής κρινόταν πως οι ειδικευόμενοι δεν είχαν την επαρκή πανεπιστημιακή παιδεία και εμπειρία για την ιατρική αντιμετώπιση του εν λόγω περιστατικού, και πάλι δεν θα απαλλάσσονταν, αντιθέτως θα καταλήγαμε στο ίδιο αποτέλεσμα, θα υπείχαν δηλαδή ποινική ευθύνη, όπως και πριν, γιατί προέβησαν σε σφάλμα ανάληψης εγχειρήματος, δηλαδή ενώ δεν ενημέρωσαν τους ειδικευμένους γιατρούς, ανέλαβαν μόνοι τους να δώσουν εξιτήριο και να χορηγήσουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ η υποχρέωσή τους έγκειτο στο να παραπέμψουν το περιστατικό προς κρίση στους θεράποντες γιατρούς. Θεράπων γιατρός είναι μόνο ο ειδικευμένος και σε καμία περίπτωση οι τελούμενοι σε ειδικευση γιατροί δεν μπορούν να τον αντικαταστήσουν, παρά μόνο σε έσχατη ανάγκη.



## ΜΕΡΟΣ IV: Η συσχέτιση του επείγοντος με το ζήτημα της συναίνεσης

### A. Η αρχή της ενημερωμένης συναίνεσης

Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς προβλέπεται στο άρθρο 12 Κώδ.Ιατρ.Δ και στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική (Σύμβαση του Οβιέδο 1997 που κυρώθηκε στη χώρα μας με τον ν.2619/1998). Η Σύμβαση εκτός των άλλων επικεντρώνεται ιδιαίτερα στη συναίνεση του ασθενούς προκειμένου να διενεργηθεί ιατρική επέμβαση. Κατά το άρθρο 5 παρ.1 ιατρική επέμβαση μπορεί να λάβει χώρα υπό την προϋπόθεση της ελεύθερης συναίνεσης του ασθενούς κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσης η οποία κατά την παρ.3 μπορεί ελεύθερα να ανακληθεί.<sup>231</sup>

Η ιατρική πράξη ορίζεται στο άρθρο 1 του Κώδ.Ιατρ.Δ ως εν γένει η μέσω της επιστήμης διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Υποστηρίζεται η άποψη ότι ο ορισμός του άρθρου 1 περιορίζει την έννοια της ιατρικής πράξης στις ενέργειες αυτές που έχουν αποκλειστικά θεραπευτικό χαρακτήρα.<sup>232</sup> Ωστόσο ορθά διευκρινίζεται, υπό μια πιο συγκροτημένη οπτική, ότι η ιατρική πράξη κατά τον Κώδ.Ιατρ.Δ “δεν έχει αυτόνομο εννοιολογικό περιεχόμενο και προσδιορίζεται σε συνάρτηση με τη τυπική έννοια του ιατρού και την άσκηση της ιατρικής (άρθρο 1. παρ. 5)”<sup>233</sup>.

Περαιτέρω, κατά το άρθρο 47 παρ.3 του ν.2071/1992 “ο ασθενής έχει δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν”. Το άρθρο 3 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπει ότι στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας πρέπει να τηρείται η ελεύθερη και εν επιγνώσει συναίνεση του ενδιαφερομένου κατά τις παράλληλες επιταγές του νόμου.

Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας έγινε για πρώτη φορά στο ελληνικό δίκαιο ο διαχωρισμός της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς σε ιατρική πράξη σε δύο διαφορετικά άρθρα (11 και 12). Ο κατακερματισμός εμφιλοχωρεί ενώ υπάρχει αυτονόητα στενή αλληλεξάρτηση μεταξύ τους προφανώς για λόγους σαφήνειας και δομής. Για τους ίδιους λόγους το άρθρο 11 για την ενημέρωση προηγείται του άρθρου 12 για τη συναίνεση. Ο παλαιότερος Κώδ.Ιατρ.Δ του 1955 δεν προέβλεπε τίποτε απολύτως<sup>234</sup> για την ενημέρωση των ασθενών, ωστόσο στον άρθρο 8 στόχευε στη διασφάλιση ότι μη ενδεδειγμένες χειρουργικές επεμβάσεις που θα μπορούσαν να θίξουν το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση των ασθενών δεν θα λάμβαναν χώρα.

<sup>231</sup> Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014, σ. 59 επ.· Φουντεδάκη Κ., Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση), σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, 2006, Κεφ 2ο

<sup>232</sup>Κανελλοπούλου – Μπότη Μ. σε Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν.3418/2005) κατά επιμέλεια Λασκαρίδη Εμ., 2013, άρθρο 1 παρ.. 4

<sup>233</sup>Πελένη-Παπαγεωργίου Α., Πραγματείες Αστικού Δικαίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, ο.π., σελ 14, όπου παραπέμπει περαιτέρω σε Ράβδα Π., Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 1 απ.3

<sup>234</sup>Κανελλοπούλου- Μπότη Μ., ο.π., σελ.151

Η εισαγωγή της αρχής της “συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενή” στα αλληλοσυνδεόμενα άρθρα 11 και 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν.3418/2005) συνιστούν τον πυρήνα του νόμου σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου<sup>235</sup> γιατί εκφράζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου. Το πρότυπο δεοντολογίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς-αποδέκτη των ιατρικών υπηρεσιών που εκφράζεται με την αρχή αυτή είναι ευρέως γνωστό με τον αγγλοσαξονικό όρο “informed consent” και αντιδιαστέλλεται από το πατερναλιστικό πρότυπο, όπου ο ιατρός αποφασίζει για τη θεραπεία για να προασπίσει το συμφέρον της υγείας. Στο ισχύον πρότυπο, ο ασθενής αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στην ιατρική σχέση, διότι η προηγούμενη συναίνεσή του είναι απαραίτητη για να διενεργηθεί ιατρική πράξη, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που η συναίνεση εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να δοθεί. Το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού του ασθενούς βασίζεται πέρα από άρθρο 2 παρ.1 και στο άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος που προβλέπει ειδικότερα το ατομικό δικαίωμα προστασίας της υγείας δηλαδή την αμυντική πλευρά του δικαιώματος. Η εν λόγω διάταξη αποτελεί εξειδίκευση της προσωπικής ελευθερίας γιατί κατοχυρώνει την ελευθερία ελέγχου των ιατρικών πράξεων και απαγορεύει τόσο τις σκόπιμα βλαπτικές της υγείας του ατόμου ενέργειες τρίτων, όσο και την ιατρική επέμβαση ή περίθαλψη χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς.<sup>236</sup>

Αυτό επιτάσσεται και από την ελληνική νομολογία σε επίπεδο αστικού δικαίου. Το καθήκον *lege artis* παροχής ιατρικών υπηρεσιών συνεπάγεται ότι ο ιατρός οφείλει να λαμβάνει υπόψη τη συναίνεση του ασθενούς για κάθε επέμβαση που θα διενεργήσει. Για την δικονομικά επαρκή απόδειξη του αιτιώδους συνδέσμου για την θεμελίωση αδικοπραξίας αρκεί το επιβλαβές αποτέλεσμα να συνδέεται με την παράλειψη λήψης συναίνεσης του ασθενούς.<sup>237</sup>

---

<sup>235</sup>Βλ την Αιτιολογική Έκθεση του νόμου σε ΚΝοΒ 2005, σελ.2055. Βλ και *Πελένη-Παπαγεωργίου Α. Πραγματείες Αστικού Δικαίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς*, 2016, Εισαγωγή, σελ.1 επ.

<sup>236</sup>*Χρυσόγονος Χ.*, Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, 2006, σελ.227

<sup>237</sup> Βλ. ΔιοικΕφΘεσ 1786/2005, Αρμ 2007 Β, σελ. 1781

## **B. Όταν η ενημερωμένη συναίνεση απουσιάζει:**

### **Η ποινικοποίηση της αυτόγνομης ιατρικής επέμβασης**

Περιστροφική δίνη προβληματικής προκαλεί το ερώτημα του τι συμβαίνει όταν ο ιατρός επενεργεί να μεν *lege artis* αλλά χωρίς τη συναίνεση και μάλιστα προβαίνει στη διαφύλαξη, ίαση ή βελτίωση της υγείας. Για να απαντήσουμε σε αυτό θα πρέπει να έχουμε κατασταλάξει για το ποια είναι τα προστατευτέα αγαθά με από τις αμελώς διενεργηθείσες ιατρικές πράξεις, ιδίως η σωματική βλάβη. Για την τελευταία θεωρείται πως είναι η υγεία, ωστόσο δεν είναι ξεκάθαρο στη νομική επιστήμη και στη νομολογία το τι ακριβώς σημαίνει αυτό. Υπό τη θεώρηση αυτή, η ιατρική πράξη που καταλήγει σε βελτίωση της υγείας του ασθενούς πληροί την αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης ή παρά μόνο μπορεί να λειτουργήσει ως προσβολή της ατομικής ελευθερίας κατά το άρθρο 300 ΠΚ;

Η κρατούσα γνώμη στη θεωρία, κατατείνει στο ότι η ιατρική επέμβαση, από τη στιγμή που ο ιατρός επεμβαίνει στο σώμα του ασθενούς, πληροί την αντικειμενική υπόσταση του αδικήματος της σωματικής βλάβης του άρθρου 308 ΠΚ, ακόμα και αν διενεργείται καθ'όλα *lege artis*.<sup>238</sup> Ενδεικτικά, σύμφωνα με τον *Μαργαρίτη Α.*<sup>239</sup>, το προστατευτέο έννομο αγαθό αποτελεί η σωματική-μορφική ακεραιότητα (άθικτο σώμα) και η υγεία, δηλαδή η λειτουργική ακεραιότητα. Συνακόλουθα, αν ληφθεί υπόψη αυτή η γνώμη, ο ιατρός θα τιμωρηθεί ούτως ή άλλως κατά τις διατάξεις για τη σωματική βλάβη εκτός κι αν αρθεί το άδικο με την έγκυρη συναίνεση.

Κατά άλλη προσέγγιση, η ιατρική θεραπευτική επέμβαση πληροί την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης, όμως ο άδικος χαρακτήρας του αποκλείεται λόγω του χαρακτήρα της επέμβασης ως κοινωνικά πρόσφορης πράξης.<sup>240</sup> Ο χαρακτήρας της επέμβασης ως κοινωνικά πρόσφορης προϋποθέτει την συναίνεση του παθόντος, διότι δεν συνάδει προς την

<sup>238</sup> *Κανελλοπούλου- Μπότη Μ.*, ο.π., σελ.153

<sup>239</sup> *Μαργαρίτης Α.*, *Σωματικές Βλάβες*, 2000, σελ.57

<sup>240</sup> *Σιδέρης Δ.*, *Νομικά προβλήματα από πλαστικές ιατροχειρουργικές επεμβάσεις στο πρόσωπο*, ΠοινΧρ ΜΑ/1991, σ. 947.

ηθικοκοινωνική τάξη η επέμβαση του ιατρού στην σωματική ακεραιότητα και την προσωπική ελευθερία του ασθενούς εναντίον της βούλησής του. Η βασιμότητα του επιχειρήματος έγκειται στην κριτική του προηγούμενου, δηλαδή στο ότι η συναίνεση ως λόγος άρσης του αδίκου υφίσταται μόνο στην απλή σωματική βλάβη κατά το άρθρο 308 ΠΚ. Οι περισσότερες ιατρικές πράξεις έχουν το χαρακτήρα επικίνδυνης σωματικής βλάβης, η συναίνεση του ασθενούς δεν μπορεί να λειτουργήσει ως λόγος αποκλεισμού του αδίκου χαρακτήρα τους και συνεπώς ως ενιαίος λόγος αποκλεισμού του αδίκου χαρακτήρα όλων των ιατρικών επεμβάσεων.<sup>241</sup>

Σύμφωνα με την εκ διαμέτρου αντίθετη άποψη που απαρνείται πλήρως την πρώτη περί σωματικής βλάβης, η ιατρική πράξη προορίζεται εκ φύσεως στο να θεραπεύσει και όχι να επιβαρύνει βλαπτικώς τον ασθενή. Ως εκ τούτου, όπως υποστήριξε ο *Ανδρουλάκης Ν.*,<sup>242</sup> δεν μπορεί ταυτοχρόνως η πράξη να τελείται *lege artis* και να θεωρείται ότι πληροί την αντικειμενική υπόσταση του αδικήματος της σωματικής βλάβης. Τυχόν διενέργειά της ελλείπει έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς, δεν προσβάλλει το έννομο αγαθό της σωματικής ακεραιότητας αλλά το έννομο αγαθό της προσωπικής ελευθερίας, υπό το πρίσμα του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του σώματος. Έχει διατυπωθεί<sup>243</sup> πως η προσβολή της προσωπικής ελευθερίας του ασθενούς μέσω μιας αυτόγνωμης ιατρικής επεμβατικής ενέργειας δεν τυποποιείται από το νόμο ως αυτοτελές έγκλημα, συνεπώς ο ιατρός δεν θα έχει καμία ποινική ευθύνη, παρά μόνο ενδεχομένως αστική κατά προσβολή προσωπικότητας του άρθρου 57 σε συνδυασμό με ηθική βλάβη. Ωστόσο, επειδή η άποψη αυτή φαίνεται ατελής και προφανώς για να αποφευχθεί το κενό αυτό και να μην μένει μετέωρη ποινική αντιμετώπιση ανάλογων περιπτώσεων, υποστηρίζεται ότι η έλλειψη συναίνεσης του ασθενούς στο πεδίο του αγαθού της προσωπικότητας και του αυτοπροσδιορισμού συμβάλλει στην παραδοχή ότι αν ο γιατρός παρά την άρνηση του ασθενή επέμβει ώστε να του σώσει τη ζωή, επιχειρήσει δηλαδή μία αυτόγνωμη ιατρική επέμβαση προσβάλλει την προσωπικότητα του ασθενή και διαπράττει το έγκλημα της παράνομης βίας (άρθρο 330 ΠΚ). Στο σύστημα της αρχής της νομιμότητας και του κράτους δικαίου ο άνθρωπος διατηρεί το θεμελιώδες δικαίωμα να αυτοπροσδιορίζεται οριοθετώντας μεταξύ άλλων τα όρια επεμβάσεων στο σώμα του (άρθρο 5 παρ.1Σ).<sup>244</sup> Αυτό αφορά τη διενέργεια γενικότερων ιατρικών πράξεων μεταξύ των οποίων και την αφαίρεση οργάνων και μάλιστα περιλαμβάνει το πλήρες περιεχόμενο της διαδικασίας

Η κριτική που μπορεί να ασκήσει κανείς σε αυτό είναι πως δεν είναι ξεκάθαρο αν η αυτόγνωμη

<sup>241</sup> *Κατσαντώνης Α.*, ΠοινΧρ 1970, σ. 657 επ., όπου παραπέμπει και η Φραγκουδάκη, ο.π.

<sup>242</sup> *Ανδρουλάκης Ν.*, Ποινικών Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος, 1974, σελ.107 επ.

<sup>243</sup> *Κανελλοπούλου- Μπότη Μ.*, ο.π., σελ.154

<sup>244</sup> *Παπαδοπούλου Α.*, Προγενέστερες Οδηγίες για το Τέλος της Ζωής, Βιοηθική και Συνταγματική Αξιολόγηση, σε Βιοηθικοί Προβληματισμοί, 2014, σελ.235 επ.

ιατρική πράξη εμπίπτει στην ποινική υπόσταση του άρθρου 330 (υπάρχει εξαναγκασμός όταν ο γιατρός εικάζει τη βούληση του ασθενούς;) δεδομένου ότι το ποινικό δίκαιο πρέπει πάντα να είναι προβλέψιμο και αποσπασματικό.

**Τέλος, ως πρόταση λύσης του ζητήματος παρατίθεται η de lege ferenda τυποποίηση πρόβλεψης στον ποινικό κώδικα για την αυτόγνωμη ιατρική πράξη, ώστε να καλυφθεί το κενό δικαίου.** Ένα παράδειγμα που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως πρότυπο είναι το άρθρο 110 του Αυστριακού ΠΚ και το άρθρο 156 του Πορτογαλικού ΠΚ αντίστοιχα, όπου τυποποιούν αυτοτελώς την πράξη.

Με αυτή την πρόταση φαίνεται να συμφωνεί και η ελληνικοί νομική επιστήμη, καθώς ορισμένοι συγγραφείς διατείνονται πως υφίσταται η ανάγκη δημιουργίας ενός ιδιώνυμου εγκλήματος της αυτόγνωμης ιατρικής πράξης με προσβληθέν έννομο αγαθό την προσωπική ελευθερία.<sup>245</sup>

---

<sup>245</sup> Σακελλαροπούλου Β., Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, 2011, σ. 79-80

## Γ. Η σημασία της συναίνεσης στην επείγουσα ιατρική

Το άρθρο 8 ν. 2619/1998, όπως κύρωσε τη Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική ορίζει ότι «Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.».

Περαιτέρω σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 3 του Κώδ. Ιατρ. Δ. (ν. 3418/2005) «Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση: α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανήλικου ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.»

Η ανάγκη άμεσης διάγνωσης και εφόσον παρίσταται αναγκαίο αντιμετώπισης επείγοντος προβλήματος υγείας έχει ως αποτέλεσμα, υπό προϋποθέσεις, να υποχωρεί ο σεβασμός προς την αυτοδιάθεση του ασθενούς, υπό την έννοια ότι η υποχρέωση ενημέρωσης και λήψης της συναίνεσής του υποχωρεί ενώπιον του κινδύνου της ζωής του ή αναπότρεπτης βλάβης της υγείας του.

Κατά την επίκληση των άνωθεν νομικών βάσεων, η εκπεφρασμένη συναίνεση είναι δυνατό να παρακαμφθεί, όταν ο ασθενής εισάγεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, για να μην απωλεσθεί πολύτιμος χρόνος και να διενεργηθεί άμεσα, χωρίς βραδύτητα η ιατρική επέμβαση. Τούτο αφενός υπό την προϋπόθεση ότι είναι αδύνατη η λήψη της συναίνεσής του ασθενούς, είτε επειδή αυτός είναι αναισθητός, πχ λόγω τροχαίου ή λιποθυμίας ή δεν έχει πλήρη επαφή με το περιβάλλον, είτε επειδή είναι πρόσωπο ανίκανο να συναινέσει και ο ιατρός δεν δύναται να έρθει σε επικοινωνία με το νόμιμο εκπρόσωπό του ή ο τελευταίος αρνείται να συναινέσει. Σωρευτικά θα πρέπει να συντρέχει και η δεύτερη άνωθεν προϋπόθεση: να υφίσταται απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, υπό την έννοια ότι από την οποιαδήποτε καθυστέρηση υφίσταται κίνδυνος της ζωής ή σοβαρής βλάβης της υγείας του ασθενούς.<sup>246</sup> Από αυτό συνάγουμε εξ αντιδιαστολής πως αν ο ασθενής είναι λιπόθυμος και η υπόθεση δεν είναι κατεπείγουσα, ο γιατρός οφείλει να απέχει από οποιαδήποτε επέμβαση, να τον περιμένει να συνέλθει και ύστερα να ζητήσει τη συναίνεσή του.

Πως θα ανιχνευτεί η λεπτή γραμμή ανάμεσα στην κατεπείγουσα κλινική κατάσταση και σε

<sup>246</sup> Λιούρδη Κ., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, 2014, σ. 73-74, Δουγαλή Ζ., σε ΕρμΚΙΔ (Επιμ. Εμμ. Λασκαρίδη), άρθρο 12, σ. 148-149 και 151-152, Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., Η ποινική ευθύνη των γιατρών για ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από αμέλεια, σε Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική – Ποινική), Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου, σ. 118-119.

αυτήν που επιτρέπει μια ύστερη επέμβαση χωρίς κόστος; Τούτο εναπόκειται στον ιατρό, ο οποίος καλείται, σταθμίζοντας κατά περίπτωση τα δεδομένα και τις καταστάσεις, να αποφασίσει εάν θα πρέπει να ενεργήσει, ακόμη και χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, προκρίνοντας ως υπέρτερα αγαθά τη ζωή και τη σωματική του ακεραιότητα.<sup>247</sup>

---

<sup>247</sup> Σακελλαροπούλου, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος, ο.π., σελ. 70 επ.

## Γ1. Διευρυνόμενες χειρουργικές επεμβάσεις

Η ιατρική συνιστά, παρά τις σύγχρονες εξελίξεις, εκ των πραγμάτων επιστήμη που δεν λειτουργεί προγνωστικά καθ' απολυτότητα και κατά μαθηματική ακρίβεια, αντιθέτως, κινείται στις σφαίρες του ρευστού και του απρόβλεπτου. Έτσι, παρά την τήρηση της αρχής της ενημερωμένης συναίνεσης για μια πράξη, δεν αποκλείεται να προκύψει η διενέργεια άλλης πράξης για την οποία δε δόθηκε συγκεκριμένη συναίνεση. Άλλοις λόγους, είναι δυνατόν ενδεικτικά να υποβληθεί ο ασθενής στην εγχείρηση που κατ' αρχήν είχε συναινέσει, αλλά κατά την πορεία της προκύπτει η ανάγκη να διευρυνθεί το προγραμματισμένο αντικείμενο της εγχείρησης με τη διενέργεια μιας δεύτερης επέμβασης επ' αφορμή της πρώτης, συζήτηση επί της οποίας ποτέ δεν προέκυψε, για να δοθεί αντίστοιχη συναίνεση. Κατά άλλη εκδοχή του ίδιου ζητήματος, ενδέχεται, τα αναφερόμενα κατά τη διάρκεια της επέμβασης ευρήματα να θέσουν στο προσκήνιο άλλα στοιχεία από την αρχική διάγνωση που οδήγησε στην επέμβαση, επομένως η συναίνεση που έδωσε ο ασθενής αποδείχθηκε πως εδράζεται σε λανθασμένη ή σε ελλιπή βάση και δεν συγκλίνει με τα νέα δεδομένα. Πως αντιμετωπίζονται αυτές οι περιπτώσεις, στο πλαίσιο του έκτακτου και του επείγοντος, όταν δεν υπάρχει χρόνος για εκ νέου συναίνεση χωρίς αυτό να συνεπάγεται κόστος; Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται προβληματισμός για το εύρος εφαρμογής του άρθρου 12 παρ.3 α' του Κώδ.Ιατρ.Δ. Από τη μία, μπορεί να ειπωθεί πως τέτοιες πραγματικές περιστάσεις δεν συντελούνται υπό τις προϋποθέσεις της διάταξης, αφού μεταξύ γιατρού και ασθενούς έχει ήδη μεσολαβήσει επικοινωνία και ενημερωμένη συναίνεση για την αρχική πράξη. Από την άλλη, η εν λόγω ερμηνευτική προσέγγιση μοιάζει αρκετά στενή και ως εκ τούτου, η εκ των υστέρων διαμορφωθείσα κατάσταση φαίνεται να εμπίπτει στη νομοτυπική μορφή της διάταξης. Τούτο δεδομένου του ίδιου του σκοπού της και της ανάγκης αυτογνώμονης διεύρυνσης ή επαναπροσδιορισμού της αρχικής επεμβατικής στρατηγικής. Η βασική αιτία της νομοθετικής πρόβλεψης που επιτάσσει παράκαμψη της συναίνεσης, ειδικό χειρισμό και ετοιμότητα είναι ο επείγων χαρακτήρας, ο οποίος πράγματι συντρέχει, όταν ελλοχεύει σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή ή τη μελλοντική υγεία του ασθενούς. Επομένως, ο επείγων χαρακτήρας του περιστατικού συνιστά κεντρικό άξονα και βασικό κριτήριο για την απάντηση στο ερώτημα. Είναι όμως το μόνο κριτήριο;

Εκτός του βαθμού επείγοντος, κρίσιμο μέγεθος μπορεί να αποτελέσει η σύγκριση της βαρύτητας της βλάβης στη μία και στην άλλη περίπτωση, ώστε να ανιχνευτεί η εικαζόμενη συναίνεση του μέσου ασθενούς μέσα από την ωφέλεια που μπορεί να έχει να υποβληθεί ή όχι σε μια εκ νέου ταλαιπωρία.<sup>248</sup> Πρόκειται, επομένως, όπως το αντιλαμβάνομαι εγώ, για ένα μέγεθος που ανευρίσκεται από το εξισωτικό αποτέλεσμα της ωφέλειας του ασθενούς, αν αφαιρεθεί το κόστος της ίδιας της επέμβασης σε συσχέτιση με την έλλειψη συναίνεσης. Ο Ματζακάς, παρόλο που χρησιμοποιεί τη βαρύτητα της βλάβης στην αυτογνώμονη επέμβαση αφενός και στην αναμονή για συναίνεση αφετέρου, ως δεύτερο κριτήριο, πέρα από το επείγον,

<sup>248</sup> Ματζακάς, ο.π., σελ. 94-92



φαίνεται να επιστρέφει στο πρώτο κριτήριο του επείγοντος και να το χρησιμοποιεί για να προσδιορίσει το δεύτερο. Αυτό γιατί διατείνεται πως η διακοπή της διενεργούμενης επέμβασης προς αναζήτηση της συναίνεσης του ασθενούς επιβάλλεται, εφόσον είναι εφικτή από πλευράς χρόνου, δηλαδή υπό τον όρο ότι δεν πρόκειται περί κατεπείγουσας ανάγκης επιτόπιας διεύρυνσης της επέμβασης, αν ληφθεί υπόψη συνδυαστικά πως η εν λόγω διεύρυνση έγκειται στη διενέργεια πράξης με ιδιαίτερο και μόνιμο αντίκτυπο στη μετέπειτα ζωή του ασθενούς, όπως η μερική ή ολική αφαίρεση οργάνων και ο ακρωτηριασμός. Φαίνεται λογικό άλλωστε, γιατί το επείγον περιλαμβάνεται στη στάθμιση κόστους και οφέλους της κάθε επιλογής, επομένως συνίσταται σε παράγοντα που πρέπει να συναξιολογηθεί.

Το ζήτημα της διευρυμένης χειρουργικής επέμβασης απασχόλησε τη γερμανική νομολογία στα τέλη της δεκαετίας του 1950 στην περίφημη υπόθεση *Myomurteil του Ανώτατου Ακυρωτικού Δικαστηρίου*.<sup>249</sup> Στο εν λόγω ιστορικό η ασθενής είχε παράσχει τη συναίνεσή της για αφαίρεση ινομυώματος, ωστόσο, επί τω έργω, ο γιατρός διαπίστωσε μια πολύ βαρύτερη βλάβη από την αρχικώς διαγνωσθείσα που επέβαλε, κατά τις αρχές της ιατρικής, την αφαίρεση όλης της μήτρας. Έτσι βρέθηκε στο δίλημμα να επιλέξει από τη μία να σταματήσει την επέμβαση, να προχωρήσει σε προσωρινή συρραφή του τραύματος, να αναμείνει να ξυπνήσει η ασθενής και, αφού την ενημερώσει για τα ευρήματα της επέμβασης, να αναμείνει τη συναίνεσή της για νέα επέμβαση. Από την άλλη είχε την επιλογή να προχωρήσει την επέμβαση αφαιρώντας τη μήτρα, στηριζόμενος στην εικαζόμενη συναίνεση της ασθενούς, συναγόμενη από την εικαζόμενη βούληση να μην επιδεινωθεί η υγεία της. Κατά το διατακτικό της απόφασης, αν ο γιατρός στραφεί στη δεύτερη επιλογή, χωρίς να έχει ενημερώσει και λάβει a priori συναίνεση για το ενδεχόμενο μιας τέτοιας εύρεσης, υπέχει ποινική ευθύνη για σωματική βλάβη. Προφανώς μια τέτοια συλλογιστική εδράζεται στο κόστος, στη θυσία αφαίρεσης ενός ολόκληρου οργάνου, την οποία ένας ασθενής μπορεί να μην προτιμά, παρά τη συνακόλουθη θυσία να επιδεινωθεί η υγεία του ή να κινδυνέψει η ζωή του και παρόλο που ο μέσος ασθενής, κατά τα δεδομένα της λογικής και της πείρας, θα επέλεγε το αντίθετο. Το να ενστερνίζεται το Γερμανικό Ακυρωτικό κάτι τέτοιο, συνεπάγεται στην ουσία μια υπερίσχυση της ατομικής ελευθερίας και του αυτοπροσδιορισμού του ανθρώπινου σώματος έναντι των πρακτικών ιατρικού πατερναλισμού. Ένας ασθενής που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του μπορεί να έχει σοβαρούς προσωπικούς λόγους, ηθικούς, θρησκευτικούς κτλ που τον οδηγούν σε διαφορετική επιλογή και εμπίπτουν στην αδιάβλητη και ακέραιη σφαίρα της προσωπικότητας. Στην ίδια κατευθυντήρια γραμμή, δηλαδή στην αποστασιοποίηση από την πατερναλιστική αρχή της ατομικής ωφελιμότητας κινήθηκε το Γερμανικό Ακυρωτικό και σε άλλη υπόθεση<sup>250</sup>, στην οποία γιατρός ωτορινολαρυγγόγος διενεργών τυμπανοπλαστική ωτορινολαρυγγολογική επέμβαση προχώρησε αυτογνομόνως στην αποκοπή του προσωπικού νεύρου με τοπική νάρκωση, επιφέροντας μη αναστρέψιμη

<sup>249</sup> BGHSt 11, 111=NJW, 1958, σελ. 267. Βλ. και *Ματζακά* όπου παραπέμπει και αναλύει, ο.π., σελ. 14-17

<sup>250</sup> BGH NJW 1977, σελ. 337 Βλ. και *Ματζακά*, ο.π., σελ. 14-17

βλάβη στον ασθενή. Πέρα από τον κοινό άξονα στις δύο αποφάσεις, που έγκειται στην έλλειψη συναίνεσης, μπορούμε να εντοπίσουμε την αντιστοιχία της λειτουργικής, μη αναστρέψιμης βλάβης της απώλειας της ακοής στη δεύτερη περίπτωση σε αντιστοιχία με την απώλεια της αναπαραγωγικής λειτουργίας και της ορμονικής ισορροπίας στην πρώτη, καθιστώντας πειστικό το επιχείρημα της στέρησης της ευκαιρίας του ασθενούς να σταθμίσει τις διαθέσιμες επιλογές του.

Ωστόσο, η νομολογία του Γερμανικού Ακυρωτικού δεν χάραξε μια πάγια και αυστηρά μονομερή γραμμή υπέρ του αυτοπροσδιορισμού του ανθρώπινου σώματος, αντιθέτως οδηγήθηκε σε παλλόμενες διακυμάνσεις. Ο *Ματζακάς* αναφέρεται σε *αντίθετες αποφάσεις*, ωστόσο κατά τη γνώμη της γράφουσας, δεν πρόκειται για αντίθετη νομολογιακή γραμμή κατά κυριολεξία, αλλά για αξιολόγηση ad hoc στάθμιση και αξιολόγηση και άλλων συνισταμένων. Για παράδειγμα, στην *OLG Frankfurt am Main NJW*<sup>251</sup> που αφορούσε την αυτογνώμονη αφαίρεση όγκου από το πάγκρεας, το δικαστήριο κατέληξε σε αντίθετη απόφαση συνυπολογίζοντας την κακοήθεια και τον κίνδυνο ζωής και την εικαζόμενη συναίνεση του μέσου ασθενούς. Σε αντιδιαστολή με τις δύο πρώτες αποφάσεις, εδώ εντοπίζεται άλλο μέγεθος στο βεληνεκές του κόστους, της θυσίας που προκάλεσε η πρωτοβουλία του γιατρού, δηλαδή δεν επρόκειτο για αφαίρεση ολόκληρου οργάνου ή για μη αναστρέψιμη λειτουργική βλάβη του ανθρώπινου οργανισμού, ώστε λαμβανομένου υπόψη του κόστους αυτού, να πρέπει να σταθμιστεί με την ωφέλεια από τον ασθενή στο πλαίσιο της ατομικής ελευθερίας του. Γι' αυτό, κατά τη γνώμη μου, δεν πρόκειται για επί της ουσίας αντίθεση αλλά για διαφορετική βάση των πραγματικών περιστατικών που ευλόγως οδηγεί σε διαφορετική κατάληξη.

---

<sup>251</sup> OLG Frankfurt am Main NJW 1981, σελ.1322 Βλ. και *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 17-18

## **Γ2. Απόπειρα αυτοκτονίας: Προστασία της αυτοδιάθεσης ή προστασία της ζωής;**

Η πρόβλεψη του άρθρου 12 παρ.3 β' Κώδ.Ιατρ.Δ. καταρχήν επιτρέπει στον γιατρό να επέμβει όχι μόνο όταν η συναίνεση ελλείπει, αλλά και να προχωρήσει ένα βήμα παραπέρα και να δράσει όταν η συναίνεση του ασθενούς, από τη φύση των πραγμάτων, είναι ή εικάζεται ως αντίθετη. Τούτο συμβαίνει όταν ο τελευταίος επιχειρεί να αυτοκτονήσει και ο γιατρός καλείται να ανακόψει την πορεία προς το θάνατο. Τούτο φαίνεται να συνιστά έκφραση της πατερναλιστικής θεώρησης στην άσκηση της ιατρικής, δεδομένου ότι η προσανατολισμένη στο θάνατο βούληση του αυτόχειρα παρακάμπτεται και ετεροκαθορίζεται από την “ιατρική εξουσία”.

Ο *Ματζακάς*<sup>252</sup> προτάσσει, ως δικαιοηθική βάση της ρύθμισης, τον ενισχυμένο ρόλο της προστασίας και της διαφύλαξης του υψίστου εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής που προσδίδει ο Κώδ.Ιατρ.Δ. σε συνδυασμό με της Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική. Η διαφύλαξη της ανθρώπινης ζωής κατισχύει της αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού του ασθενούς, που επίσης πρεσβεύουν τα ανωτέρω νομοθετήματα.

Άλλο επιχείρημα, κατά τον *Ματζακά*<sup>253</sup>, που ισχυροποιεί την ιατρική επέμβαση στην απόπειρα ανθρωποκτονίας συνιστά ότι την κρίσιμη στιγμή που ο γιατρός καλείται να αντιμετωπίσει τον ευρισκόμενο σε απώλεια συνείδησης αυτόχειρα, αφενός είναι άγνωστο και συνήθως μη διαγνώσιμο το κατά πόσον ήταν όντως αυτή η επιθυμία του τελευταίου. Αφού η επιθυμία δεν μπορεί να είναι γνωστή, περιττεύει η ανάγκη προβληματισμού ως προς το αν πρέπει να γίνει σεβαστή. Αφετέρου, αν επεκτείνουμε αυτό το σκεπτικό, μπορούμε να συλλογιστούμε ότι η επιθυμία του αυτόχειρα μπορεί να μην είναι πλέον η ίδια, μπορεί, εάν είχε τις αισθήσεις του, να εξέφραζε ότι έχει μεταστραφεί ως προς την απόφασή του να πεθάνει. Προς την ίδια κατευθυντήρια γραμμή, άλλοι συγγραφείς<sup>254</sup>, για να υποστηρίξουν την αναλυόμενη νομοθετική επιλογή, διατείνονται πως ο διαφαινόμενος παραμερισμός του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς είναι, εν προκειμένω, φαινομενικός, διότι, ως επί το πλείστον, η αληθινή βούληση του ασθενούς δεν κατευθύνεται στο θάνατό του. Είναι σύνηθες φαινόμενο να έχει ο αυτόχειρας διαταραγμένη ψυχική και πνευματική συνείδηση, επομένως, να μην έχει επίγνωση των συνεπειών των πράξεών του ή να οδηγείται στην αυτοκτονία στο πλαίσιο υποσυνείδητης και απέλπιδος προσπάθειας να λάβει την προσοχή και τη βοήθεια του περίγυρού του.

Ωστόσο, κατά τη γνώμη μου, αυτό που περιττεύει δεν είναι η ανάγκη προβληματισμού ως προς το αν πρέπει να γίνει σεβαστή η επιθυμία του ασθενούς, επειδή τάχα αυτή είναι νεφελώδης και δεν μπορούμε να τη γνωρίζουμε. Αντιθέτως, περιττεύει όλη αυτή η συζήτηση περί συναίνεσης, ενόψει του υπερνομοθετικής ισχύος συνταγματικού πλαισίου που δεν επιτρέπει την απόλυτη ελευθερία του ανθρώπου να διαθέτει τον εαυτό του. Για τον ίδιο ακριβώς λόγο, η έννομη τάξη μας δεν επιτρέπει τη ευθανασία, τις μεταμοσχεύσεις χωρίς αυστηρές ασφαλιστικές δικλείδες, τη

<sup>252</sup> *Ματζακάς, ο.π., σελ. 101*

<sup>253</sup> *Ματζακάς, ο.π., σελ. 101-102*

<sup>254</sup> *Δουγαλή, ο.π., 152-153*

συμμετοχή σε αυτοκτονία, την άρση του αδίκου λόγω συναίνεσης του παθόντος, πέρα από την απλή σωματική βλάβη κτλ. Επομένως, όπως το αντιλαμβάνομαι εγώ, το πρόβλημα δεν έγκειται στο ότι δεν είναι γνωστό αν ο ασθενής συναινεί στην ιατρική επέμβαση ή όχι, επομένως ο γιατρός ενεργεί “καλού κακού”, για να καλύψει την πιθανότητα ύπαρξης της συναίνεσης, εάν ο ασθενής είχε τις αισθήσεις του. Ακόμα κι αν είχαμε έναν τρόπο να αποκρυπτογραφήσουμε τη σκέψη του ασθενούς - αυτόχειρα και διαπιστώναμε ότι επιμένει να πεθάνει, ότι η βούλησή του είναι αντίθετη στη διάσωσή του, και πάλι ο γιατρός δικαιούται να επέμβει γιατί αυτό επιτάσσει η αδιαπραγμάτευτη αρχή του άρθρου 2 παρ.1 Σ. Επομένως, επειδή μεταξύ αυτών, αγνοείται και η τελεολογική σκοποθεσία του άρθρου 12 παρ.3 β' Κώδ.Ιατρ.Δ, που είναι η παράκαμψη οποιασδήποτε βούλησης, η μη δυνατότητα γνώσης της βούλησης του ασθενούς δεν μπορεί να συνιστά επιχείρημα υπέρ της σωτήριας επέμβασης του γιατρού.

Το ζήτημα εγείρει πολυσχιδείς προβληματισμούς σε επίπεδο βιοηθικής. Πρέπει να είναι όντως έτσι; Από τη μία, μπορεί να υποστηριχθεί πως ο άνθρωπος δεν πρέπει να έχει δικαίωμα στο θάνατο, όπως φαίνεται να προασπίζει η ελληνική έννομη τάξη, επομένως δεν πρέπει να είναι απόλυτα ελεύθερος να κάνει τον εαυτό του ό,τι θέλει; Ο *Ανδρουλάκης*<sup>255</sup> δίδει καταφατική απάντηση, διατεινόμενος πως ο άνθρωπος φαίνεται να έχει νομική υποχρέωση να συνεχίσει να ζει. Κατά τον συγγραφέα, η ίδια η απόπειρα αυτοκτονίας συνιστά άδικη πράξη στη συνείδηση του νομοθέτη και ο μόνος λόγος που παραμένει ατιμώρητη είναι η απουσία εξυπηρέτησης του σκοπού γενικής και ειδικής πρόληψης.

Κατά το άρθρο 2 παρ.1 η πολιτεία έχει πρωταρχική υποχρέωση να σέβεται και να προστατεύει την αξία του ανθρώπου. Η αξία του ανθρώπου είναι η βάση για τον κοινωνικό του ρόλο ως αυτοσκοπού και στην απόκλιση του ενδεχομένου να υποβιβαστεί σε αντικείμενο ή αναλώσιμο εργαλείο των κρατικών μηχανισμών. Θα μπορούσαμε να οδηγηθούμε στην ελευθερία του ανθρώπου να αυτοκτονεί, χωρίς να επεμβαίνει το ιατρικό προσωπικό από το άρθρο 2 παρ.1 Σ ή μήπως μας οδηγεί στο ακριβώς αντίθετο σκεπτικό;

Από τη μια, θα μπορούσαμε να ταχθούμε με το επιχείρημα του Ανδρουλάκη δεχόμενοι ότι το άρθρο 2 παρ.1 Σ συνίσταται στο ότι ο άνθρωπος **"ως ον πνευματικό και ηθικό αποβλέπει εκ φύσεως στο να καθορίζει τον εαυτό του εν αυτοσυνειδησία και εν ελευθερία, να τον διαμορφώνει και να ενεργεί επί του περιβάλλοντος"**.<sup>256</sup> Επομένως στον πυρήνα της έννοιας της ανθρώπινης αξίας εντάσσεται και ο σωματικός αυτοπροσδιορισμός του γιατί είναι ένα ον που εκτός από το ένστικτο λειτουργεί με την εγγενή συνειδητή βούληση και την έλλογη σκέψη<sup>257</sup>. Το πρόσωπο αυτοκαθορίζεται γιατί είναι έλλογο και συνειδητό όν, ηθική και

<sup>255</sup> *Ανδρουλάκης Ι*, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος ΙΙ, 2000, σελ. 28, υποσημ.6 και Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο; Υπερ 1974, σελ.. 523 επ.

<sup>256</sup> *Παπαδοπούλου Α. και Παντελής Α.*, Ζητήματα Συνταγματικών Επιφυλάξεων, 1984, σελ. 262

<sup>257</sup> Σχετικά με το ζήτημα της ελεύθερης βούλησης ως εγγενές στοιχείο του ανθρώπου βλ. *Μαργαρίτη Μ.*, Ο άνθρωπος στοχασμός και η ελευθερία βούλησης στο ποινικό δίκαιο, σε *Ελευθερία της Βούλησης*, Επιμέλεια *Κοτσαλή Α.*, 2005, σελ.23-24

κοινωνικοπολιτική οντότητα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο *A.Μανιτάκης*,<sup>258</sup> **ως πρόσωπα, όλοι ο άνθρωποι έχουν, χωρίς εξαίρεση και χωρίς διάκριση, με τη γέννησή τους δικαιοκτητική ικανότητα και είναι φορείς ελευθερίας, αφηρημένης, δηλαδή ικανότητας ή δυνατότητας αυτοκαθορισμού και συνειδητής απόφασης.** Η ελληνική νομική θεωρία<sup>259</sup> και η γερμανική νομολογία προσέδωσε καθοριστικό ρόλο στον παράγοντα ανθρώπινη αξιοπρέπεια σε ζητήματα βιοηθικής όπως η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Με το ζήτημα αυτό συνδέεται και το συναφές άρθρο 5 παρ.1 το οποίο προστατεύει την απρόσκοπτη, ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, αρκεί να μην προσβάλλονται τα δικαιώματα των άλλων το Σύνταγμα και τα χρηστά ήθη. Το δικαίωμα αυτό είναι ατομικό με αμυντικό χαρακτήρα και διασφαλίζει στο άτομο μια ιδιωτική σφαίρα αυτόνομης ανάπτυξης προσωπικότητας στην οποία ούτε το κράτος ούτε ο ιδιώτης, κατά την τριτενεργή δράση των συνταγματικών δικαιωμάτων, δεν επιτρέπεται κατ' αρχήν να εισέλθει. Δηλαδή διασφαλίζει την ακεραιότητα μιας σφαίρας που το άτομο αυτοπροσδιορίζει κατά βούληση.<sup>260</sup>

Ωστόσο, μπορούμε επικαλούμενοι το ίδιο άρθρο να το χρησιμοποιήσουμε για να οδηγηθούμε στην ακριβώς αντίθετη άποψη. Τούτο αν λάβουμε υπόψη κι ένα άλλο στοιχείο που πριν δεν αναφέρθηκε.. Σε αντίθεση με το δικαίωμα του άρθρου 5 παρ.1 Σ, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι το μόνο συνταγματικό δικαίωμα που προστατεύεται απεριόριστα, είναι απόλυτο και ανεπιφύλακτο και εξαιρείται του πεδίου εφαρμογής του άρθρου 25 παρ.1 δ' Σ. Η έννομη τάξη μας αναγνωρίζει πως η αξία του ανθρώπου μπορεί να θίγεται χωρίς συγχρόνως να προσβάλλεται το δικαίωμα στην ανάπτυξη της προσωπικότητας,. Αυτό συμβαίνει στην περίπτωση της εκούσιας διάθεσης ανθρωπίνων ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση και σε άλλα ζητήματα βιοηθικής, όπως η παρένθετη μητρότητα και η συναίνεση στις βιοιατρικές παρεμβάσεις.<sup>261</sup> Η αξία του ανθρώπου περιλαμβάνει και την αξία της ζωής και έτσι την ερμηνεύει η ελληνική έννομη τάξη υπό το πρίσμα του κράτους δικαίου. Είναι αυτή που θα επικρατήσει σε κάθε περίπτωση χωρίς να γίνει σταθμιστεί πόσο αξίζει η ζωή, γιατί δεν χωρεί κανένα κριτήριο και κανένα “ζύγισμα” αν ήθελε αν ο αποπειραθείς ήθελε να πεθάνει ή όχι. Η προστασία της προσωπικότητας, η ελευθερία βουλήσεως του άρθρου 5 παρ. 1 υποχωρεί κατά την πρόβλεψη του άρθρου 25 παρ. 1 δ' Σ έναντι του άρθρου 2.1 Σ που δεν επιδέχεται περιορισμούς. Ο περιορισμός του άρθρου 5 παρ. 1, κατά τη διάταξη του άρθρου 25 παρ. 1 δ' Σ γίνεται απευθείας από το ίδιο το Σύνταγμα.

<sup>258</sup> *Τασόπουλος Γ.Α.*, Το ηθικοπολιτικό θεμέλιο του Συντάγματος, σε Δημοσιεύματα Συνταγματικού Δικαίου,, 2001, σελ. 204 επ.

<sup>259</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, Εγκλήματα κατά της ζωής, 2001, σελ. 143-144

<sup>260</sup> *Κριάρη-Κατράνη Ι.*, Βιοιατρικές Εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο, 1994, σελ.68 και *Σακελλαροπούλου*, Η ποινική αντιμετώπιση, ο.π., 2011, σελ.28

<sup>261</sup> *Δαγτόγλου Π. Δ.*, Ατομικά Δικαιώματα, 2010, 1451

### **Γ3. Η βούληση του τρίτου αρμόδιου προς παροχή συναίνεσης: προστατευτικός μηχανισμός ή κίνδυνος κατάχρησης;**

Ανωτέρω, δόθηκε έμφαση στην άρνηση του έχοντος ικανότητα συναίνεσης ενημερωμένου ασθενούς στη διενέργεια θεραπευτικής επέμβασης ως μια έκφανση αυτοκαθορισμού, συνταγματικό δικαίωμα, μια θεμιτή αξία του πολιτισμού μας και του κράτους δικαίου. Η βούλησή του θα πρέπει να γίνεται σεβαστή, ακόμα και αν επιβαρύνει την υγεία του. Θα μπορούσαμε να πούμε το ίδιο για την άρνηση τρίτου προσώπου, στο οποίο ο νόμος έχει εμπιστευθεί την αναπλήρωση της συναίνεσης του πάσχοντος; Σίγουρα όχι.

Τούτο γίνεται φανερό από την ίδια την έννομη τάξη. Η δυσπιστία και επιφυλακτικότητα του νομοθέτη ως προς την υποκατάσταση της συναίνεσης τρίτων προσώπων διαχέεται σε όλο το πλέγμα της έννομης τάξης μας και κυρίως στο χωρικό πεδίο του αστικού δικαίου και του Κώδ.Ιατρ.Δ, όπως θα εξετάσουμε στη συνέχεια. Ας μην λησμονούμε πως αυτή τη στιγμή αναφερόμαστε σε συναίνεση για ιατρική πράξη εν γένει, δηλαδή για πράξη που κατά κανόνα προορίζεται στην ωφέλεια του ασθενούς. Επομένως πολύ μεγαλύτερη δυσπιστία θα υφίσταται σε επιλογή που μπορεί να τον επιβαρύνει.

Ας μελετήσουμε κατ' αρχάς τη νομοθεσία για την υποκατάσταση της συναίνεσης του ασθενούς εν γένει. Τρίτα πρόσωπα μπορεί να είναι οι γονείς ανήλικου ασθενούς (α.1510 ΑΚ), ο συμπαραστάτης του τελούντος υπό δικαστική συμπαράσταση (α.1680 ΑΚ) ή οι οικείοι του ασθενούς, που δεν διαθέτει την ωριμότητα να συναινέσει λόγω ψυχικής ή πνευματικής διαταραχής (αναλογική εφαρμογή των προρρηθέντων άρθρων).

Ειδικότερα, υποκατάσταση της συναίνεσης του άμεσου ενδιαφερόμενου από τρίτα πρόσωπα και τους οικείους για ιατρική πράξη εν γένει προβλέπεται στο άρθρο 12 παρ.1 β Κώδ.Ιατρ.Δ στην περίπτωση ανικανότητας.

Ο νομοθέτης εν προκειμένω προτάσσει συνειδητά και σκόπιμα την αρχή της επικουρικότητας στην υποκατάσταση. Το ανίκανο προς συναίνεση πρόσωπο δικαιούται να ενημερώνεται προσηκόντως και να συμμετάσχει, εκφράζοντας τη γνώμη του, σε συνάρτηση πάντα με την κατάσταση της υγείας του και την ωριμότητά του, στην λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν την υγεία του. Ο νομοθέτης μεταθέτει στο ιατρό την ευθύνη να εξασφαλίσει κατά το δυνατόν την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ανίκανου όταν ο τελευταίος έχει τη στοιχειώδη αντίληψη. Με άλλα λόγια οφείλει να εξαντλήσει τα περιθώρια πριν προλειάνει το έδαφος για την διαδραστική εμπλοκή άλλων προσώπων. Τούτο γιατί, κατά το αστικό δίκαιο, άλλο πράγμα είναι η ικανότητα προς συναίνεση του ασθενούς και άλλο η ικανότητα προς δικαιοπραξία.<sup>262</sup>

<sup>262</sup>Πελένη-Παπαγεωργίου Α, ο.π., σελ 34 - 35 όπου αναλύει διεξοδικώς την έννοια της συναίνεσης του ασθενούς ως οιονεί δικαιοπραξίας. Περαιτέρω διευκρινίζει ότι “συνεπές με την άποψη ότι η συναίνεση αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία είναι ότι η ικανότητα για συναίνεση του άρθρου 12 Κωδ.Ιατρ.Δ δεν ταυτίζεται με την αστική δικαιοπρακτική ικανότητα. Ωστόσο οι κανόνες των άρθρων 127 επ. του ΑΚ αποτελούν απλά κατευθυντήριες γραμμές και για τον νομοθέτη του Κωδ.Ιατρ.Δ”. Αναλύει τους λόγους παρακάτω (σελ.103 επ.), όπως λ.χ. ότι η

Ειδικότερα, στις θεραπευτικές επεμβάσεις ανηλίκου είναι απαραίτητο να ενημερωθούν τα πρόσωπα που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου (άρθρα 1532 επ. ΑΚ) καθώς απαιτείται η ρητή συναίνεσή τους (άρθρο 12 παρ.3 περ.γ Κώδ.ΙατρΔ).<sup>263</sup> Ωστόσο η ανηλικότητα δεν εξοβελίζει τη δυνατότητα γνώμης του ανηλίκου, η οποία αξιολογείται με βάση την πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα κατά περίπτωση (άρθρο 12 παρ.2 περ. β υποπερ. ββ). Ορθό κρίνεται πράγματι να συναινεί ο ανήλικος ανεξάρτητα από την ηλικία του όποτε είναι αυτό δυνατόν και με βάση την ωριμότητα να σταθμίσει το κόστος των επεμβάσεων και τη θεραπεία.<sup>264</sup>

Αν ο άμεσα ενδιαφερόμενος δεν έχει την ικανότητα για συναίνεση, αναφύεται το ερώτημα αν τα τρίτα πρόσωπα, στα οποία ο νόμος έχει εμπιστευτεί την αναπλήρωση της συναίνεσής του έχουν την ίδια ευχέρεια αυτονομίας με αυτόν στο να αποφασίσουν κάτι εμφανώς αντιτιθέμενο στο συμφέρον του.<sup>265</sup> Ένας ασθενής για παράδειγμα μπορεί να επιτρέψει ή να αποτρέψει τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, να αρνηθεί τη θεραπεία κτλ ακόμη κι αν αυτό βαίνει σε βάρος του γιατί αυτό είναι πτυχή της αυτεξουσιότητάς του. Ωστόσο δεν συμβαίνει το ίδιο με την άρνηση τρίτων προσώπων να θεραπευτεί, όπως γονέων του ανήλικου ασθενούς-συμπαραστάτη-οικείων όταν ο άμεσα ενδιαφερόμενος δεν δύναται να αποφασίσει. Το δικαίωμα των τρίτων, ως ειδική έκφανση του δικαιώματος επιμέλειας του προσώπου του ασθενούς, δεν έχει ως κοινωνικό σκοπό (άρθρο 281 ΑΚ) την ωφέλεια του φορέα του δικαιώματος και δεν ασκείται κατά το δοκούν. Αντιθέτως, ανήκει στην κατηγορία των λειτουργικών δικαιωμάτων (είναι ταυτόχρονα και δικαίωμα και υποχρέωση) και υπάρχει προς όφελος του προστατευομένου, μη ικανού προς συναίνεση προσώπου και σε κάθε περίπτωση πρέπει να εναρμονίζεται με το αντικειμενικό συμφέρον του.<sup>266</sup> Η άρνηση του τρίτου στη διενέργεια ιατρικής πράξης, η οποία επιβάλλεται από το αντικειμενικό συμφέρον του ανίκανου προς συναίνεση ασθενούς αποτελεί καταχρηστική άσκηση δικαιώματος.<sup>267</sup> Τούτη η πρακτική εμφιλοχωρεί ιδίως όταν οι αιτιακοί παράγοντες της άρνησης δεν αφορούν αμφιβολίες για την προσφορότητα της επέμβασης, τον κίνδυνο, την αξιοπιστία των ιατρικών πορισμάτων ή συνδέονται με θρησκευτικές και άλλες άσχετες πεποιθήσεις του τρίτου. Συχνά αντανακλούν αποτέλεσμα γνωσιακής αλαζονείας. Γι' αυτό είναι αδόκιμο να καθορίζουν την τύχη του ανίκανου προς συναίνεση, στο μέτρο που δεν

---

ικανότητα για συναίνεση απαιτεί φυσική ικανότητα κατανόησης και κρίσης και κρίνεται *in concreto* σε αντίθεση με την ικανότητα για δικαιοπραξία.

<sup>263</sup>Κουνουγέρη Μανωλεδάκη Δ., Οικογενειακό Δίκαιο, Τόμος II, 2012, σελ.202 επ., όπου αναλύει τις σχέσεις γονέων και τέκνων

<sup>264</sup>Ψαρούλης Δ- Βούλτσος Π., Ιατρικό Δίκαιο, Στοιχεία Βιοηθικής, 2010, σελ.426, υποσημ.80

<sup>265</sup>Κανελλοπούλου – Μπότη Μ., ο.π., σελ.151

<sup>266</sup> Ματζακάς, ο.π., σελ 110-111

<sup>267</sup>Κανελλοπούλου – Μπότη, ο.π., σελ.151 επ. Εδώ η αναφορά γίνεται καθαρά σε θεραπευτικές ιατρικές επεμβάσεις και στην υποκατάσταση της συναίνεσης του ασθενούς. Θα μπορούσε να γίνει μια συγκριτική επισκόπηση με τις μεταμοσχευτικές επεμβάσεις και την υποκατάσταση της συναίνεσης του δότη.

μπορεί να επαληθευτεί ότι πρόκειται για δική του επιλογή.

Αναζητώντας μια *de lege lata* λύση του προβλήματος, θα μπορούσε κανείς να επικαλεστεί τα άρθρα 1512 και 1532 ΑΚ, δηλαδή σε δικαστική τοποθέτηση. Εν προκειμένω όμως, αναφερόμαστε σε επείγοντα περιστατικά, όπου ο χρόνος δεν είναι πλεονέκτημα για τέτοιες διαδικασίες.<sup>268</sup>

Ο νομοθέτης απαντά ειδικότερα μέσω του άρθρου 12 περ.3 γ Κώδ.Ιατρ.Δ, και δίδει όντως μια πιο τελέσφορη λύση για τα επείγοντα περιστατικά, ορίζοντας πως κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση στην περίπτωση που οι γονείς ανήλικου ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή (δικαστικός συμπαραστάτης), αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Μήπως θα μπορούσε κανείς έναντι αυτού να παραθέσει το επιχείρημα ότι οι οικείοι εκφράζουν τη βούληση του ασθενούς και πρακτικά εξωτερικεύουν τις πεποιθήσεις που ενστερνίζεται ο ίδιος; Η απάντηση είναι σίγουρα αυτονόητη. Στην προσπάθεια προστασίας της ατομικής ελευθερίας αυτή θα υπονομευόταν ανεπίτρεπτα μια αντίστροφη αναλογία. Τούτο, διότι, όπως ορθά υποστηρίζεται, *όσο απόλυτος πρέπει να είναι ο σεβασμός του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ικανού προς συναίνεση και άρα, υπεύθυνου ασθενούς, άλλο τόσο πρέπει να προστατευθεί από καταχρηστικό ετεροκανονισμό ο ανίκανος προς συναίνεση ασθενής*. Η θεσμοθέτηση στην έννομη τάξη μας λειτουργικών δικαιωμάτων έχει το νόημα ότι από τη στιγμή που κάποιος τρίτος καλείται να αποφασίσει για λογαριασμό του ασθενούς, ο νόμος τον ανέχεται στο μέτρο που εξυπηρετεί το συμφέρον του τελευταίου.<sup>269</sup>

---

<sup>268</sup> Αμφισβητείται το αν οι διατάξεις αυτές ισχύουν παραλλήλως με την διάταξη του Κωδ.Ιατρ.Δ. Η *ΕισΠρΘεσ* 3/2008 ΝοΒ 2009, σελ. 453 υποστηρίζει πως το άρθρο 1534 ΑΚ καταργήθηκε σιωπηλώς από το άρθρο 12 Κωδ.Ιατρ.Δ. Αντίθετος ο *Ματζακάς*. Βλ. ο.π., σελ. 113

<sup>269</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 112



## **ΜΕΡΟΣ V: Ειδικές εκφάνσεις της επείγουσας ιατρικής**

### **A. Η εντατικολογία υπό το πρίσμα της ελληνικής νομολογίας**

Στο κυκλικό πεδίο της επείγουσας ιατρικής μπορεί να ενταχθεί και η εξειδίκευση της εντατικολογίας, διότι τα προβλήματα σε σχέση με την ποινική ευθύνη των γιατρών των ΤΕΠ όσο και οι δυσχέρειες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εντατικολόγοι γιατροί στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι κατά βάση τα ίδια.<sup>270</sup>

Είναι εύλογο πως στις περισσότερες περιπτώσεις, εκ φύσεως των πραγμάτων, όταν ο ασθενής εισάγεται στη ΜΕΘ, βρίσκεται ήδη σε κίνδυνο που απειλεί τη ζωή του, επομένως ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και δεν στοιχειοθετείται υποθετική αιτιότητα. Αφετέρου είναι δύσκολο να διακοπεί ο αιτιώδης σύνδεσμος ανάμεσα στην προηγούμενη αιτία (αν είναι ποινικά αξιολογήσιμη) που τον οδήγησε στη ΜΕΘ και στο θάνατο, λόγω κάποιου σφάλματος του γιατρού στο μεσοδιάστημα της παραμονής του ασθενούς στη μονάδα. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν για ποιους λόγους κατά κόρον οι καταδίκες για ιατρική αμέλεια αφορούν σφάλματα που δεν έγιναν μέσα στη ΜΕΘ αλλά ανεξάρτητα από αυτή, σε προηγούμενο χρονικό σημείο. Για να το θέσουμε αλλιώς, το πιθανότερο και το λογικότερο είναι η εισαγωγή στη ΜΕΘ να είναι το αποτέλεσμα και όχι η αφορμή στοιχειοθέτησης ιατρικής ευθύνης, η ιατρική πλημμέλεια ή παράλειψη είναι πιο πιθανό να συμβεί στα ΤΕΠ και να στείλει τον ασθενή στη ΜΕΘ παρά να λάβει χώρα κατά τη διάρκεια της παραμονής. Ας μην λησμονείται άλλωστε πως αν δύο γεγονότα έχουν χρονική σύγκλιση δεν σημαίνει ότι το ένα είναι αποτέλεσμα του άλλου.

Για παράδειγμα, κατά την *ΑΠ 436/2012*<sup>271</sup> κρίθηκε ότι ο θάνατος του ασθενούς στη ΜΕΘ οφειλόταν σε οξεία μηνιγγοεγκεφαλίτιδα και συνδέεται αιτιωδώς με την μη προσέλευση του ειδικού γιατρού, ευρισκόμενου σε μικτή εφημερία on call, μολονότι ειδοποιήθηκε τηλεφωνικά.

Τούτο επιβεβαιώνεται και από την *ΑΠ 1311/2012*<sup>272</sup> όπου διατυπώνεται πως όταν εισάγεται ένας ασθενής στη Μ.Ε.Θ. είναι δεδομένο ότι κινδυνεύει ακόμη και η ίδια του η ζωή και έτσι είναι αναμενόμενο η αρχικά επιβαρυνόμενη υγεία του να επιδεινωθεί δραματικά και με απρόβλεπτο τρόπο και τούτο σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως διακοπή της αιτιώδους συνάφειας αλλά αντιθέτως αποτελεί επιβεβαίωση της ύπαρξής της.

Αντιστοίχως, επί της υποθέσεως της *ΑΠ 675/2014*<sup>273</sup>, ο θάνατος της ανήλικης ασθενούς προκλήθηκε από βαριά σηπτική καταπληξία λόγω παραμελημένης περιτονίτιδας στη ΜΕΘ όχι λόγω σφάλματος μέσα στη Μονάδα αλλά επειδή θεωρήθηκε αποτέλεσμα παραλείψεων γιατρών άλλου νοσοκομείου, περί των η καταδίκη επί της απόφασης.

<sup>270</sup> Λιούρδη, ο.π., σελ.150

<sup>271</sup> ΑΠ 436/2012 δημοσ. ΝΟΜΟΣ

<sup>272</sup> ΑΠ 1311/2012 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

<sup>273</sup> ΑΠ 675/2014 δημοσ. ΝΟΜΟΣ

Mutatis mutandis, και στην *ΑΠ 809/2015*<sup>274</sup>, όπου κρίθηκε ορθή η καταδίκη αναισθησιολόγου για ανθρωποκτονία από αμέλεια δια παραλείψεως, γιατί ενώ μπορούσε να αποτρέψει το επείγον περιστατικό που προέκυψε στο χειρουργείο, εντούτοις δεν βρισκόταν μέσα στο δωμάτιο για να αντιδράσει εγκαίρως/

Συγκεκριμένα, η αναισθησιολόγος παρέλειψε να βρίσκεται μέσα στη χειρουργική αίθουσα, καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης, ως όφειλε. Στην προγραμματισμένη, μη επείγουσα επέμβαση (πλαστική ρινικού διαφράγματος) η αναισθησιολόγος είχε αμελή συμπεριφορά, με αποτέλεσμα, να προκύψει επείγον περιστατικό, το οποίο δεν αντιμετώπισε εγκαίρως χάνοντας πολύτιμο χρόνο στο να **αντιληφθεί έγκαιρα την εξέλιξη της νάρκωσης και τη σοβαρότητα της κατάστασης που δημιουργήθηκε, προκειμένου να επέμβει αμέσως στη λειτουργία του αναπνευστήρα που παροχέτευε, ανεξέλεγκτα, ιδιαίτερα μεγάλες, μη ανεκτές από τον ανθρώπινο οργανισμό, ποσότητες αέρα στο αναπνευστικό σύστημα της ασθενούς.** Η τελευταία αμέσως μετά εισήχθη στη ΜΕΘ και λίγο αργότερα πέθανε από ανακοπή η οποία δεν θα είχε επέλθει εάν η γιατρός δεν είχε καθυστερήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος που δημιουργήθηκε κατά την αναισθησία. Στην απόφαση, ωστόσο δεν αναφέρεται, αλλά υπονοείται, πως η εισαγωγή της ασθενούς στη ΜΕΘ με μηχανική υποστήριξη δεν προκάλεσε με κάποιο τρόπο διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου (λόγω κάποιου άλλου σφάλματος στη ΜΕΘ), αλλά προέκυψε πράγματι από το σφάλμα της αναισθησίας.

**Εξαιρέση μέσα στον κανόνα συνιστά η *ΑΠ 1311/2012*,<sup>275</sup> όπου το σφάλμα δεν προηγήθηκε της εισαγωγής στη ΜΕΘ αλλά έλαβε χώρα επ' αφορμή αυτής.** Κατά τα πραγματικά περιστατικά, η ασθενής αφότου εισήχθη στη μονάδα, έκτοτε παρέμεινε σε κατάσταση άγρυπνου κώματος, υποφέροντας από πόνους, δακρύζοντας κατά διαστήματα, φέροντας τραχειοστομία και γαστροστομία, αντιδρώντας στα επώδυνα εξωτερικά ερεθίσματα, μέχρι που τελικά απεβίωσε μετά από λοίμωξη του αναπνευστικού απότοκη της μακροχρόνιας νοσηλείας της στη Μ.Ε.Θ.

Το εφετειακό δικαστήριο (του οποίου η απόφαση κρίθηκε ορθή και αιτιολογημένη) αντιμετώπισε το ζήτημα του αν τα συμπτώματα και ο θάνατος ήταν απότοκα καρδιογενών αιτίων, δηλαδή ήδη υπάρχοντος προβλήματος της ασθενούς, όπως ισχυρίζονται οι κατηγορούμενοι ή αν οφείλονταν σε πράξεις και παραλείψεις των τελευταίων μεταξύ άλλων και στην παραμονή της στη ΜΕΘ.

Εν τέλει απεφάνθη ότι η βαριά κατάσταση της υγείας της ασθενούς προέκυψε αποκλειστικά και μόνο από τις υπαίτιες πράξεις και παραλείψεις των κατηγορουμένων που προοδευτικά οδήγησαν σε επιδείνωση της κατάστασης και σε εγκεφαλικές βλάβες. Η σύνδεση των γεγονότων δεν είναι απλώς χρονική ούτε τέθηκε τυχαία αλλά υποδηλώνει την ενότητα και τη συνάφεια μεταξύ των πράξεων και παραλείψεων των κατηγορουμένων και της τελικής

<sup>274</sup> ΑΠ 809/2015, ΠοινΔνη 2016, σελ.1176

<sup>275</sup> ΑΠ 1311/2012 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

κατάστασης της ασθενούς ως αποτελέσματος προοδευτικής επιδείνωσης της ήδη βεβαρημένης υγείας της εντός της Μ.Ε.Θ. Με τα δεδομένα αυτά ο θάνατος της ασθενούς που επήλθε ως αναμενόμενο και σύνηθες αποτέλεσμα επιπλοκών της παρατεταμένης και μακροχρόνιας νοσηλείας της λόγω της κωματώδους κατάστασης της στη Μ.Ε.Θ. εμπεριέχεται στην αιτιώδη δυναμικότητα της διωχθείσης αξιόποινης πράξεως και ως εκ τούτου συνδέεται αιτιωδώς με αυτήν.

Από την άλλη, επίσης συμβαίνει να στοιχειοθετείται ποινική ευθύνη λόγω παράλειψης εισαγωγής κατεπείγοντος περιστατικού απόλυτης προτεραιότητας από τα ΤΕΠ στη ΜΕΘ, καθώς η εισαγωγή στη μονάδα θα είχε αποβεί σωτήρια. Τέτοια παράλειψη έλαβε χώρα επί της υποθέσεως της 1220/2008,<sup>276</sup> όπου κρίθηκε ορθή η καταδίκη ειδικού παθολόγου – λοιμωξιολόγου για ανθρωποκτονία από αμέλεια, λόγω παράλειψης παραπομπής του ασθενούς άμεσα στη ΜΕΘ για να αποφευχθεί ο θάνατος λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Συγκεκριμένα, ο κατηγορούμενος, ενώ εφημέρευε στο Παθολογικό Ιατρείο του Τμήματος Επειγόντων νοσοκομείου, όπου διεκομίσθη ο ασθενής από ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ, **ως επείγον περιστατικό απόλυτης προτεραιότητας, με συμπτώματα εμφράγματος, επισταμένως, αφετέρου δεν του παρείχε τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες, φροντίζοντας να τον παραπέμψει πάραυτα στο Τμήμα Εντατικής Θεραπείας του Καρδιολογικού Τμήματος του νοσοκομείου.** Αντιθέτως, άφησε τον ασθενή να περιμένει εκτός του ιατρείου σε αναπηρικό καρότσι, για εικοσιπέντε με τριάντα κρίσιμα λεπτά της ώρας, παρόλο που τα συμπτώματα γίνονταν όλο και πιο έντονα, γεγονός μάλιστα που του μετέφερε ο συνοδευών τον ασθενή, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος του τελευταίου, ο οποίος κατέληξε εντός ολίγου.

Mutatis mutandis, στην ΑΠ 1069/2013,<sup>277</sup> ο κατηγορούμενος δεν διέγνωσε, ως όφειλε, τις ολέθριες συνέπειες που θα είχε για την υγεία του ανήλικου ασθενούς, η καθυστέρηση της διακομιδής του στη ΜΕΘ. Τούτο διότι, παρόλο που είχε προηγηθεί καρδιακή ανακοπή του ασθενούς, δεν ειδοποίησε εγκαίρως και χωρίς χρονοτριβή το ΕΚΑΒ, προκειμένου το τελευταίο να τον μεταφέρει στη ΜΕΘ Παίδων του ΠΑΓΝΗ. Αντιθέτως, καθυστέρησε κατά τρόπο αδικαιολόγητο την διακομιδή, παράλειψη που απέβη μοιραία για τον ασθενή που υπέστη δεύτερη καρδιακή ανακοπή και απεβίωσε. **Εάν είχε διακομισθεί ο ασθενής στη ΜΕΘ θα είχε να ανανήψει με ασφάλεια, σύμφωνα με τον προαναφερθέντα κοινώς παραδεδομένο ιατρικό κανόνα, που αποτελεί δίδαγμα της γενικής ιατρικής.**

Όπως αντιλαμβανόμαστε, η εντατικολογία συνιστά μια υπάλληλη έννοια σε σχέση με την επείγουσα ιατρική, όπου μπορούν να προκύψουν τα ίδια πάνω κάτω ζητήματα, αλλά εκ φύσεως πραγμάτων, κάποια είναι λογικό να προκύψουν συχνότερα. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι η ΜΕΘ προϋποθέτει την ύπαρξη προηγμένης υλικοτεχνικής υποδομής, υποστηρικτικών μηχανισμών, αναπνευστήρων κτλ, ενδέχεται να επιλοχιστεί νομικό ζήτημα από την έλλειψη

<sup>276</sup> ΑΠ 1220/2008, με παρατηρήσεις Δημήτρη Αναστασόπουλου στην ΠοινΔικ 2009, σ. 1196.

<sup>277</sup> ΑΠ 1069/2013 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

τους, όπως ανέκυψε πρόσφατα και θα εξετάσουμε στο επόμενο κεφάλαιο, περί σύγκρουσης καθηκόντων.

## **B: Διαλογή και Ιατρική των Καταστροφών. Μαζικότητα αντί ατομικότητας**

Η λέξη Διαλογή ή διεθνώς Triage προέρχεται από το γαλλικό ρήμα Trier που σημαίνει διαλέγω-ταξινομώ. Στο χώρο της υγείας η διαλογή έχει την έννοια της διαδικασίας καθορισμού της προτεραιότητας αντιμετώπισης και θεραπείας πολλών ασθενών, οι οποίοι ζητούν φροντίδα ταυτόχρονα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει κατά τη διάρκεια φυσικών καταστροφών ή πολεμικών συγκρούσεων. Το πεδίο της μάχης ήταν μάλιστα και ο πρώτος χώρος<sup>278</sup>, όπου εφαρμόστηκε η διαδικασία της διαλογής, με σκοπό την φροντίδα εκείνων των στρατιωτών με τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης. Η διαδικασία της διαλογής αναπτύχθηκε ως λύση για τη διευθέτηση της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας,<sup>279</sup> διότι προβαίνει στον διαχωρισμό από τη μια των ασθενών που χρήζουν άμεσης βοήθειας χωρίς χρονοτριβή και από την άλλη εκείνων που η βραδύτητα δε θα τους κοστίσει να περιμένουν.

Κατά τη γνώμη της γράφουσας, η διαλογή συνιστά μια εναλλακτική μέθοδο με πολύπλοκη βάση και σκοποθεσία, αποκλίνουσα από το κλασικό, απλό μοντέλο της Ιπποκρατικής ηθικής. Σε παλαιότερες εποχές, οι άνθρωποι κατέφευγαν στην επίκληση της Ιπποκρατικής ηθικής για κατευθύνσεις σχετικές με τα κλινικά και ηθικά προβλήματα.<sup>280</sup> Σύμφωνα με αυτήν τα πράγματα είναι απλά: ο ιατρός οφείλει να κάνει το μέγιστο προς όφελος και ποτέ σε βάρος του ασθενούς του, σύμφωνα με την ικανότητα και την κρίση του. Καθίσταται όμως σαφές ότι εδώ ο ατομοκεντρικός χαρακτήρας της Ιπποκρατικής ηθικής δεν είναι αρκετός. Από τούτη την σχηματική τριγωνική σχέση μεταξύ του γιατρού, του ασθενή Α που χρειάζεται άμεσα τον γιατρό και του ασθενή Β που τον έχει επίσης ανάγκη αλλά μπορεί να περιμένει περισσότερο, η τήρηση δηλαδή προτεραιότητας, συνιστά τον ιδιάζοντα χαρακτήρα της διαλογής, ως έκφανσης της επείγουσας ιατρικής.

Ο “μονιστικός” χαρακτήρας της Ιπποκρατικής ηθικής δεν επαρκεί για να καλύψει τα νέα

<sup>278</sup> Λιούρδη, οπ., σελ. 153, όπου αναφέρεται ότι το υπό συζήτηση σύστημα εισήχθη από τον γάλλο στρατιωτικό χειρουργό Jean Dominique Larrey (1776-1842), ο οποίος κατά τους ναπολεόντιους πολέμους επέμενε ότι βοήθεια πρέπει να παρέχεται μόνο στους βαρύτερα τραυματισμένους στρατιωτικούς, ανεξάρτητα από τον βαθμό ιεραρχίας. Αντιθέτως, οι ελαφρά τραυματισμένοι θα έπρεπε, ύστερα από μια “άμεση και εκ των επόντων” ιατρική θεραπεία, να αποστέλλονται πίσω στο πεδίο της μάχης. Ύστερα, εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τον Ρώσο χειρουργό Nikolai Iwanowitsch Pirogow (1810-1881), ο οποίος έδινε την οδηγία να εξετάζονται επισταμένως τα τραύματα των στρατιωτών από τους γιατρούς, ώστε να αποφαίνονται που θα δίδεται προτεραιότητα.

<sup>279</sup> Λιούρδη, σελ. 156 και 158

<sup>280</sup> Τακούδας Δ. Τ, *Μεταμοσχεύσεις Οργάνων: Από το μύθο στην πραγματικότητα*, *Μεταμοσχεύσεις, σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*, Διεύθυνση: *Καϊάφα Γκμπάντι Μ, Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε, Σμμεωνίδου Καντανίδου Ε*, 2008, σελ.6, όπου γίνεται αναφορά στην Ιπποκρατική ηθική. Ο συγγραφέας αναφέρεται στις μεταμοσχεύσεις, αλλά αν κάνουμε τον παραλληλισμό, το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στην διαλογή, όπου τα συμφέροντα των ασθενών συγκρούονται.

δεδομένα της τριγωνικής αυτής σχέσης (αν το δούμε απλοποιημένα και εντελώς σχηματικά, γιατί το λογικό είναι να κινδυνεύουν πολλοί ασθενείς), όπου ανιχνεύεται μια ιδιαίζουσα σύγκρουση συμφερόντων μεταξύ δύο ή πολλών ασθενών, που πρέπει να επιλυθεί προσηκόντως.

Το σύστημα ορθής διαλογής επιτάσσει ένα συνονθύλευμα εκπαίδευσης, ικανοτήτων και αντανακλαστικών γιατρών και νοσηλευτών, στενά συνυφασμένο με τον χαρακτήρα του επείγοντος. Θα πρέπει να είναι ικανοί να αναγνωρίσουν αμέσως τους ασθενείς με επείγοντα και απειλητικά για την ζωή τους προβλήματα υγείας, να αξιολογούν και να επαναξιολογούν τα ενοχλήματα που αναφέρει ο ασθενής και τα εμφανή συμπτώματα, τη λήψη ιστορικού, τη μέτρηση ζωτικών σημείων, όλα αυτά φυσικά υπό την απειλή του χρόνου, που είναι ο μεγαλύτερος εχθρός, ενυπάρχον στην φύση της επείγουσας ιατρικής. Η μέθοδος της διαλογής συνιστά μια ιεράρχιση στις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς με βάση τον βαθμό επικινδυνότητας της κατάστασής τους. Αυτό μπορεί να συμβεί αφενός όταν υπάρχει δυσαναλογία ανάμεσα στο διαθέσιμο ιατρικό προσωπικό και στις ανάγκες περίθαλψης των ασθενών που προσέρχονται σε αυτό και αφετέρου στην περίπτωση των μαζικών καταστροφών<sup>281</sup>, όπως αναλύεται κατωτέρω.

### **Το σύστημα στην Ελλάδα**

Το ζήτημα της «διαλογής ασθενών» στην Ελλάδα ρυθμίζεται από την Υπουργική Απόφαση Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/2012, η οποία προβλέπει ότι κατά τη μεταφορά των ασθενών στα Τ.Ε.Π. με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ, με ευθύνη του εκάστοτε Προϊσταμένου των Τ.Ε.Π. ή του Αναπληρωτή του ή του Υπευθύνου Εφημερίας, θα πρέπει να γίνεται άμεσα εκτίμηση της κατάστασης των διακομιζόμενων. Τούτο ώστε, μέσα σε οικονομία χρόνου και ήδη πριν την άφιξη στα ΤΕΠ, να παρέχεται προτεραιότητα στην παραλαβή και εισαγωγή των επειγόντων περιστατικών, που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, έναντι των λοιπών που δεν διατρέχουν κίνδυνο από τη μετάθεση της διευθέτησής τους σε ύστερο χρόνο.<sup>282</sup>

Η Φραγκουδάκη παραθέτει τα εξής ως προς τα σύστημα της διαλογής στα ΤΕΠ στην Ελλάδα. *“Η ευθύνη «διαλογής των ασθενών», κατά τρόπον ώστε τα πραγματικά κατεπείγοντα περιστατικά, δηλαδή αυτά που χρήζουν άμεσης ιατρικής συνδρομής να προηγούνται των λοιπών, όταν η διακομιδή γίνεται με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ, βαρύνει τον εκάστοτε Προϊστάμενο των*

---

<sup>281</sup> Λιούρδη, ο.π., σελ. 153

<sup>282</sup> Φραγκουδάκη, ο.π. Επιβάλλεται να υπομνησθεί πως η δε προσέλευση δια ασθενοφόρου του ΕΚΑΒ δεν συνιστά λόγο αυτόματης παραχώρησης προτεραιότητας. Κατά την παραλαβή στα Τ.Ε.Π. των διακομιζόμενων με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ ασθενών, παραδίδεται από το πλήρωμα του ασθενοφόρου ή της κινητής μονάδας του ΕΚΑΒ στον εκάστοτε Προϊστάμενο των Τ.Ε.Π. ή Αναπληρωτή του, αντίγραφο του συντασσόμενου Δελτίου Ασθενοφόρου – Κινητής Μονάδας, στο οποίο καταγράφονται η κατάσταση του ασθενούς κατά το χρόνο παραλαβής του και οι παρασχεθείσες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της διακομιδής του, μέχρι την παράδοσή του στα Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου. (αριθμός 5 της Υπουργικής Απόφασης)

*Τ.Ε.Π. ή τον Αναπληρωτή του ή τον Υπεύθυνο Εφημερίας. Ωστόσο η Υπουργική Απόφαση Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/6-3-2012 αφήνει αρρύθμιστο το ζήτημα της «διαλογής ασθενών» που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μόνοι τους ή τους μεταφέρουν οι οικείοι ή κάποιος άλλος. Δοθέντος όμως ότι σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/6-3-2012 η προσέλευση με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ δεν συνιστά λόγο αυτόματης παραχώρησης προτεραιότητας, πρέπει να γίνει δεκτό ότι και στην περίπτωση της προσέλευσης ασθενών στα Τ.Ε.Π. με ίδια μέσα, η ευθύνη αξιολόγησης των περιστατικών επίσης βαρύνει τον εκάστοτε Προϊστάμενο των Τ.Ε.Π. ή τον Αναπληρωτή του ή τον Υπεύθυνο Εφημερίας. Κατά τη γνώμη μου, στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγουμε μέσω αναλογικής εφαρμογής και συστηματικής ερμηνείας.*

*Περαιτέρω προβλέπεται η δημιουργία χώρου διαλογής στα Τ.Ε.Π., στον οποίο υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλεύτριες για άμεση αντιμετώπιση περιστατικών ΠΦΥ (Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής του τον κατευθύνουν στους χώρους του Τ.Ε.Π. Οι απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα, αλλά σε σταθερή κατάσταση, αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π. Ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του Τ.Ε.Π., όπου εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και στη συνέχεια εναλλακτικά είτε: α. του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθησή του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, β. οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του Τ.Ε.Π. για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση, μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωσή του τμήμα, γ. εισάγεται στο οικείο για την πάθησή του τμήμα, δ. διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο, κατόπιν συνεννόησης με τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου. Για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο Τ.Ε.Π. συντάσσεται αναλυτικό σημείωμα που συνοδεύει το εισιτήριο του ασθενούς και υπογράφεται απαραίτητως από τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π. ή τον Αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας. (αριθμός 9 της Υπουργικής Απόφασης Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/6-3-2012) Προβλέπεται επίσης ότι οι ιατροί του Τ.Ε.Π. μπορούν να καλούν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τους εφημερεύοντες στα τμήματα, οι οποίοι υποχρεούνται να προσέλθουν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Τ.Ε.Π. (αριθμός 7.4).”*

Επομένως η αξιολόγηση των περιστατικών στους χώρους διαλογής των Τ.Ε.Π. πρέπει κατά το νόμο να γίνεται από ειδικευμένους ιατρούς και νοσηλεύτριες, οι οποίοι φέρουν την ευθύνη της «διαλογής των ασθενών», προκειμένου ενόψει της ειδικότητας και της εμπειρίας τους, να παρέχονται τα απαραίτητα εχέγγυα άμεσης ορθής ιατρικής εκτίμησης και διάγνωσης.

Από την τελευταία εξαρτάται η περαιτέρω αντιμετώπιση εκάστοτε περιστατικού, ήτοι εάν ο ασθενής θα αποχωρήσει από το νοσοκομείο, αφού του χορηγηθούν οδηγίες και θεραπευτική

αγωγής, εάν θα παραμείνει για παρακολούθηση στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας, εάν θα εισαχθεί στο οικείο για την πάθησή του τμήμα του νοσοκομείου ή θα διακομιστεί σε άλλο νοσοκομείο. Γι' αυτό θα πρέπει να υπάρχουν εχέγγυα, ώστε το τελικό πόρισμα να οδηγεί σε ασφαλή συμπεράσματα, όπως από την λήψη ιστορικού από τον ίδιο τον ασθενή ή τον συνοδό του (ατομικά στοιχεία του ασθενή, κύριο σύμπτωμα, παρούσα νόσος, φάρμακα κ.ά.), την λήψη και εκτίμηση των Ζωτικών Σημείων (αναπνοές, σφυγμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, επίπεδο συνείδησης)

Δεν αποκλείεται, ενόψει του φόρτου εργασίας στα μεγάλα αστικά κέντρα και της έλλειψης προσωπικού σε νοσοκομεία μικρότερων περιφερειών, εν τοις πράγμασι η αρχική αξιολόγηση των περιστατικών («διαλογή των ασθενών») να γίνεται από ειδικευόμενους ιατρούς. Οι τελευταίοι ενδέχεται σε περίπτωση απουσίας (δικαιολογημένης ή μη) των ειδικευμένων ιατρών, να καλούνται όχι μόνον να αξιολογήσουν τα περιστατικά και να εκτιμήσουν ποια πρέπει να προηγηθούν, ως χρήζοντα επείγουσας ιατρικής αντιμετώπισης, αλλά και να τα αντιμετωπίσουν μόνοι τους, οπότε τίθεται ζήτημα ευθύνης τους αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις.

### **Διαλογή σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών**

Το εν λόγω πεδίο συνιστά ειδική έκφανση της επείγουσας ιατρικής γιατί απαιτεί ετοιμότητα υπό ειδικές συνθήκες. **Όπως το αντιλαμβάνομαι εγώ, η επείγουσα ιατρική, η απλή διαλογή και η ιατρική καταστροφών απεικονίζουν το σχήμα τριών κύκλων όπου ο ένας εντάσσεται στον άλλον, άλλως ειπείν, η μια έννοια αποτελεί ειδική έκφανση της άλλης, κατέχοντας μικρότερη διάμετρο, σε φθίνουσα πορεία.**

Μου φαίνεται ορθό να ορίσουμε την ιατρική των καταστροφών υπό το πρίσμα της συγκριτικής επισκόπησης με το κλασικό μοντέλο διαλογής, αφού, όπως μπορεί να αντιληφθεί κανείς από τους ίδιους τους όρους καθαυτούς, αποτελεί μια ειδικότερη έκφασή του.

Κατ' αρχάς, μια σημαντική ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στο σύστημα διαλογής που εξετάστηκε προηγουμένως και στην ιατρική των καταστροφών είναι ο τόπος. Συγκεκριμένα εντοπίζεται στο ότι σε μαζικές καταστροφές η παροχή της ιατρικής φροντίδας ξεκινά από τον τόπο του ατυχήματος με ένα αυστηρά προκαθορισμένο σύστημα προνοσοκομειακής διακίνησης και διαλογής τραυματιών και συνεχίζεται στο χώρο των επειγόντων περιστατικών.

Ωστόσο, η πλέον σημαίνουσα ιδιαιτερότητα, εγείρουσα νομικούς προβληματισμούς και λεπτά ηθικά διλήμματα, ιδιαιτερότητα των μαζικών καταστροφών έγκειται στο γεγονός ότι συνήθως υπάρχει μεγάλος αριθμός τραυματιών με αποτέλεσμα τη δυσαναλογία μεταξύ των τραυματιών και των μέσων διάσωσης καθώς και του διατιθέμενου προσωπικού. Φαντάζει αυτονόητο πως οι διαφορές ανάγκης χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης. Ή αλλιώς θα μπορούσαμε να πούμε πως οι τεχνικές πρόληψης ιαζόντων επειγόντων περιστατικών καθιστούν το απρόβλεπτο



ελέγξιμο.

Η ιατρική των καταστροφών μπορεί να φέρει τους αρμόδιους ενώπιον μιας σημαντικής δυσαναλογίας μεταξύ μέσων και αναγκών. Από την παραπάνω σύγκριση και το επιχείρημα εκ του ελάσσονος στο μείζον, αντιλαμβανόμαστε πως για την επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος στην αντιμετώπιση και φροντίδα των τραυματιών σε μαζική καταστροφή, η ανάγκη είναι μεγαλύτερη. Βασική ανάγκη για κάθε ΤΕΠ είναι να υπάρχει ένα ακόμη πιο λυσιτελές από την απλή διαλογή σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, δηλαδή ένα ταχύρροο σύστημα διαλογής με κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή και παράλληλα με την μέριμνα στην εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση τόσο απαιτητικών περιστάσεων. Μέσω των προσηκόντων μέτρων, θα επιτευχθεί ο σκοπός ετοιμότητας και επιφυλακής για την άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση των τραυματιών μεγάλης βαρύτητας αφενός και για την αποφυγή σπατάλης δύο πολύτιμων παραγόντων, καθοριστικών εκείνη τη στιγμή, του χρόνου αφενός και του ανθρώπινου δυναμικού (ιδίως ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού) αφετέρου.

Η επίτευξη αποτελεσματικότητας θα πρέπει να τελεί σε κάποια μορφή συνάρτησης με τη σοβαρότητα του περιστατικού, που είναι μεν δεδομένη, αφού μιλάμε για μαζική καταστροφή, αλλά εμφανίζει διαβαθμίσεις. Η ιεραρχική κλιμάκωση έχει ως εξής: Άλλη ανάγκη ετοιμότητας υπάρχει όταν υπάρχει μικρός αριθμός τραυματιών, επομένως αυτή καλύπτεται με την κινητοποίηση μόνο του προσωπικού των ΤΕΠ (πράσινη ετοιμότητα), άλλη ανάγκη όταν ο αριθμός είναι μεγαλύτερος, οπότε κινητοποιείται και το προσωπικό των χειρουργείων και της ΜΕΘ (πράσινη ετοιμότητα) και άλλη, όταν ο αριθμός των τραυματιών είναι εκτεταμένος (κόκκινη ετοιμότητα).

Η σωστή εφαρμογή ενός σχεδίου μαζικών καταστροφών απαιτεί από το προσωπικό των ΤΕΠ να ακολουθήσει προκαθορισμένα βήματα, ώστε να προτάσσεται η μεθοδολογία και να αποφεύγεται η σύγχυση ενεργειών. Ας μην λησμονούμε άλλωστε πως η σύγχυση στις ιατρικές πράξεις θα μπορούσε να λειτουργήσει ακόμη πιο καταστροφικά σε περίπτωση της ήδη υπάρχουσας καταστροφής.

Αυτά τα προκαθορισμένα βήματα είναι τα εξής: 1. Η Πρωτογενής Εκτίμηση (Primary Survey) που αποσκοπεί στην άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση των βαρέων καταστάσεων και δεν πρέπει να ξεπερνά τα 2-5 λεπτά. Αυτή επιτυγχάνεται με τον έλεγχο του ABCDE του τραυματία, κατά τη χρήση των αρχικών των σταδίων που ακολουθούνται. Airway όπου ελέγχεται και εξασφαλίζεται η βατότητα της ανωτέρας αναπνευστικής οδού και εκτιμάται αν υπάρχει απόφραξη, Breathing: όπου εξασφαλίζεται ο επαρκής αερισμός και αναπνοή, Circulation, όπου εξασφαλίζεται η κυκλοφορία του αίματος, Disability: διερευνάται η νευρολογική κατάσταση και τέλος Exposure–environmental control, όπου γίνεται αφαίρεση των ρούχων του αρρώστου ενώ διασφαλίζεται η φυσιολογική θερμοκρασία του τραυματία.

Ύστερα ακολουθεί η δευτερογενής εκτίμηση, όπου γίνεται λεπτομερή εξέταση του τραυματία. Εξετάζεται αρχικά το κρανίο, η σπονδυλική στήλη και ο αυχένας, στη συνέχεια ο θώρακας, η κοιλιά και η λεκάνη και τέλος τα άκρα, ενώ γίνεται και νευρολογική εξέταση. Η δευτερογενής αυτή εκτίμηση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 5-10 λεπτά.

Σε τρίτο στάδιο γίνεται η διαλογή των τραυματιών που εξαρτάται από τα δύο προηγούμενα, επομένως έπεται αυτών. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν δεν έχει γίνει προνοσοκομειακή διαλογή και υπάρχει ανεξέλεγκτη συρροή τραυματισμένων, αυτοί συγκεντρώνονται σε μία αίθουσα του ΤΕΠ, την αίθουσα διαλογής όπου και γίνεται η πρωτογενής εκτίμηση και διαλογή τους. Από την άλλη, στην περίπτωση που έχει γίνει η διαλογή στον τόπο του ατυχήματος, στο χώρο του ΤΕΠ γίνεται η επαναδιαλογή τους (re-triage) και έτσι αποφασίζεται ή η μεταφορά τους σε άλλο κέντρο ή τέλος προσδίδονται στους τραυματίες ετικέτες διαλογής, ανάλογα πάντοτε με την βαρύτητά τους και την ανάγκη αντιμετώπισής τους.<sup>283</sup> Επομένως η διαβάθμιση-ιεραρχική κλιμάκωση ως προς τη βαρύτητα, αφορά εξ' υπαρχής το συνολικό περιστατικό και ύστερα τους τραυματίες.<sup>284</sup>

Η δεύτερη μορφή διαβάθμισης είναι άρρηκτα αλληλοσχετιζόμενη με τη λέξη-κλειδί στην ιατρική των καταστροφών: την προτεραιότητα. Υπό το πρίσμα τούτης της τελεολογικής σκοποθεσίας, μπορούν να ανιχνευτούν ευχερώς τα υπερεπείγοντα περιστατικά που σημειώνονται με κόκκινη ετικέτα και τα οποία χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και μεταφορά σε μονάδες ή χειρουργεία, όπως πχ περιστατικά ακατάσχετης αιμορραγίας, επιθανάτια κατάσταση κτλ. Τα επείγοντα περιστατικά που σημειώνονται με κίτρινη ετικέτα και τα οποία έχουν ανάγκη παροχής πρώτων βοηθειών και μεταφοράς σε καθορισμένο χώρο όπου και παρακολουθούνται, επανεξετάζονται και καθορίζεται η περαιτέρω θεραπεία τους. Τέτοια περιστατικά είναι πχ τα ανοιχτά κατάγματα. Σε ακόμα πιο ήπιο βαθμό, τα περιστατικά που δίνουν δυνατότητα χρονικής μετάβασης σε μεταγενέστερη θεραπεία σημειώνονται με πράσινη ετικέτα και θεωρούνται τελευταίας προτεραιότητας γιατί, όπως είναι εύλογο, στην ουσία εκφεύγουν του εννοιολογικού ορίου του επείγοντος. Η ενασχόληση με αυτά λειτουργεί με εντελώς επικουρική λογική, δηλαδή παραμένουν σε αίθουσες αναμονής μέχρι την αποσυμφόρηση του ΤΕΠ από τα κατ' ακριβολογίαν επείγοντα περιστατικά. Τέτοια περιστατικά είναι μικρά θλαστικά τραύματα, σταθεροποιημένα κλειστά κατάγματα κ.ά. Τέλος με μαύρη ετικέτα σημειώνονται οι τραυματίες που είτε είναι νεκροί ή και χωρίς ζωτικά σημεία είτε δεν έχουν καμία ελπίδα επιβίωσης.<sup>285</sup> Η ενασχόληση με τους τελευταίους κινείται στη δίνη του άσκοπου και ατελέσφορου, αφού δεν συνεπάγεται κανένα όφελος.

Πότε όμως συμβαίνει αυτό; Εδώ έγκειται ένα ζήτημα δεκτικό φιλοσοφικού, κοινωνιολογικού

<sup>283</sup> Ματζακάς, ο.π., σελ.158-159

<sup>284</sup> Στην Ελλάδα δραστηριοποιείται το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (ΕΤΙΚ), που συντάσσει και εφαρμόζει σχέδια χρήσιμα σε μαζικές καταστροφές. Στην υπηρεσία αυτή μετέχουν γιατροί και πληρώματα του ΕΚΑΒ, ειδικά εκπαιδευμένοι. Βλ. Λιούρδη, ο.π., σελ. 149

<sup>285</sup> Λιούρδη, ο.π., σελ. 156-157, όπου αναφέρεται στα "χρώματα του πεπρωμένου".

και ταυτοχρόνως νομικού προβληματισμού που συνδέεται με την, λόγω της ιατρικής έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου, σύγχυση στον ορίζοντα κατανόησης των ανθρώπων για το τι είναι ο θάνατος και πως συμπλέκεται με ανεπίλυτα λεπτά ζητήματα της ανθρώπινης ύπαρξης. Κατά τον *Μαργαρίτη*<sup>286</sup> και τον *Ανδρουλάκη*,<sup>287</sup> ο άνθρωπος παύει να υπάρχει όταν σταματά αμετάκλητα η αυτοδύναμη λειτουργία της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος ή (διαζευκτικά) όταν παύει αμετάκλητα η λειτουργία του εγκεφάλου και οι ανωτέρω λειτουργίες διατηρούνται τεχνητά. Η ολοκληρωτική νέκρωση του εγκεφάλου, ως χρόνος επέλευσης του θανάτου, υιοθετείται επίσης ρητώς στο ισπανικό, φινλανδικό, νορβηγικό, σουηδικό δίκαιο<sup>288</sup>.

Επίσης, ερωτήματα συνωθούνται στο ζήτημα της διαλογής και δη στις μαζικές καταστροφές λόγω της συσχέτισής του ερωτήματος “ποια ανθρώπινη ζωή θα σωθεί;” (από όσες φέρουν κόκκινο χρώμα) με βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις, ηθικοφιλοσοφικές και θρησκευτικές για την αξία της ανθρώπινης ζωής. Αυτό πολλές φορές δεν ευνοεί την αποδοχή μιας τεκμηριωμένης επιστημονικής θέσης και της δικαιοπολιτικής ορθότητας μιας κοινώς παραδεκτής επιλογής. Ας μην παροράται ωστόσο, ότι η δυσχέρεια να βρεθούν κοινώς αποδεκτές λύσεις, έγκειται μεταξύ άλλων στο ότι η νομική επιστήμη επικοινωνεί στο ζήτημα αυτό τόσο βαθιά με την ιατρική, τη φιλοσοφία, την κοινωνιολογία, τη θεολογία.

Ο *Ματζακάς*<sup>289</sup> απομονώνει ορισμένα κριτήρια που θα πρέπει να κατευθύνουν την επιλογή στον διαχωρισμό, όπως τον βαθμό βαρύτητας των κακώσεων του εκάστοτε θύματος, τη δυνατότητα διάσωσης-προοπτική επιβίωσης, ο χρόνος περίθαλψης που θα χρειαστεί, οι απαιτούμενοι πόροι για τη διάσωση του κάθε θύματος. Τα κριτήρια αυτά, όπως ευχερώς αντιλαμβάνεται κανείς συνυφαίνονται στενώς με τη σκοπιμότητα της αποτελεσματικότητας στη μάχη με το χρόνο και μέσα από ορθολογιστική αντιμετώπιση, τη διάσωση όσο το δυνατόν περισσότερων θυμάτων (δόγμα της “μέγιστης ωφέλειας”).

Ποια λοιπόν θα πρέπει να είναι η επιλογή που πρέπει να κάνει ο γιατρός εντός του ίδιου “χρώματος”, όπου οι ασθενείς είναι πολλοί αλλά δεν μπορούν να σωθούν όλοι; Θα μπορούσε να τεθεί ως κριτήριο η ηλικία των ασθενών, ώστε να δίδεται προτεραιότητα στους νεότερους; Κατά τη *Λιούρδη*<sup>290</sup>, μια τέτοια παραδοχή θα σήμαινε ανεπίτρεπτη στάθμιση της αξίας της ζωής και φθίνουσα πορεία της με την πάροδο του χρόνου, κάτι που δεν είναι δυνατό να συμβεί. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί πως ο *Ματζακάς*<sup>291</sup> αναφέρει πως το υποστηρίζον στην ιατρική επιστήμη κριτήριο της ηλικίας στηρίζεται σε λόγους οικονομίας χρόνου και υλικοτεχνικών μέσων, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς χρήζουν πιο απαιτητικής περίθαλψης.

<sup>286</sup> *Μαργαρίτης Α.*, Σωματικές Βλάβες, 2000, σελ. 77

<sup>287</sup> *Ανδρουλάκης Ν.*, Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικό μέρος, 1974, παρ. 24, ομοίως και *Συμεωνίδου-Καστανίδου*, Εγκλήματα, ο.π., σελ 123 επ.

<sup>288</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, ο.π., σελ 129

<sup>289</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 177-181

<sup>290</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ 162

<sup>291</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 178, αν και δε φαίνεται να ενστερνίζεται αυτή την άποψη.\

Κατά τη γνώμη της γράφουσας, μια τέτοια αντιμετώπιση θυμίζει τη φιλοσοφία του ωφελιμισμού του Μπένθαμ. Ο Μπένθαμ<sup>292</sup>, Άγγλος ηθικός φιλόσοφος θεμελίωσε την καταρχήν ελκυστική θεωρία του ωφελιμισμού με κύρια ιδέα ότι ύψιστη αρχή της ηθικής είναι το να μεγιστοποιεί κανείς τη γενική στάθμη της ευτυχίας σε σχέση με την οδύνη, πράγμα που θα μπορούσε να συμβεί με τη λογική ότι οι νέοι είναι πιο πολύτιμοι και παραγωγικοί στην κοινωνία. Όμως η πιο κραυγαλέα αδυναμία του ωφελιμισμού είναι ότι δεν σέβεται τα ατομικά δικαιώματα, πραγματεύεται την αδιαπραγμάτευτη αξία του ανθρώπου και οδηγεί στην αρχή της σκοπιμότητας η οποία δεν φαίνεται να είναι συνυφασμένη με το πλαίσιο ενός κράτους δικαίου<sup>293</sup>.

Τον ωφελιμιστικό χαρακτήρα τέτοιων επιλογών αναγνωρίζει και η Λιούρδη, κατά την οποία, κριτήρια, όπως η ηλικία ή ο κοινωνικός ρόλος των κινδυνευόντων ατόμων-θυμάτων (πχ προτεραιότητα ενός επιστήμονα ή μιας μητέρας από έναν άνεργο ή μια άτεκνη αντίστοιχα) παρουσιάζουν μια κοινή συνισταμένη, μια “χρησιμοθηρική” βάση, υπό την έννοια ότι αποβλέπει στη διατήρηση της ζωής που αποφέρει για την κοινωνία μεγαλύτερο συνολικό “όφελος”.

Συνοψίζοντας, σε τέτοιες περιπτώσεις, πέρα από την αρχή *impossibulum nulla est obligatio* που θα πρέπει να διαχέει μια δικαιοκρατική έννομη τάξη και δη το ποινικό δίκαιο, γιατί αποτελεί αρχή της ανθρώπινης λογικής θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πολλοί παράγοντες που μπορεί να συγκαθορίσουν το εξισωτικό αποτέλεσμα της ποινικής ευθύνης. Δεν πρέπει να λησμονείται, σε επίπεδο ποινικής ευθύνης και δη υπαιτιότητας, πως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προσφέρει τις υπηρεσίες του κάτω από αντίξοες συνθήκες, υπό ψυχική και συναισθηματική φόρτιση, με εχθρό το χρόνο, με ερεθίσματα ικανά να αποσυντονίσουν, όπως θόρυβο, ουρλιαχτά, έλλειψη διόδων στο χώρο και ιδίως έλλειψη κατανόησης, ίσως και ακραίες μορφές επιθετικότητας από τους τραυματίες και τους συγγενείς τους.

---

<sup>292</sup> Sandel J., Δικαιοσύνη, Τι είναι το σωστό, Μετάφραση Αλέξανδρος Κιουπκόλης, 2011, σελ 54

<sup>293</sup> Τάχος, Α.Ι., Διοικητικό Δίκαιο, 2005, σελ.68

## **Γ. Η προβληματική της σύγκρουσης καθηκόντων στο σύστημα της διαλογής και στην εντατικολογία**

### **Γ1. Η γενική προβληματική**

Σύγκρουση καθηκόντων συντρέχει όταν δύο ή περισσότερα αλληλοσυγκρουόμενα καθήκοντα βαρύνουν το ίδιο πρόσωπο, εδώ τον ιατρό, κατά τρόπον ώστε η εκπλήρωση του ενός οδηγεί σε παραβίαση του άλλου.<sup>294</sup> Η αναγνώριση της σύγκρουσης καθηκόντων από την έννομη τάξη στηρίζεται στη θεμελιώδη αρχή «*impossibilium nulla est obligatio*» δηλαδή ουδείς υποχρεούται στα αδύνατα.

Ο Φυτράκης<sup>295</sup> περιγράφει εύστοχα με σχηματική μορφή τη σύγκρουση καθηκόντων ως εξής: τα δύο ή περισσότερα καθήκοντα θα πρέπει να συγκρούονται, θα πρέπει δηλαδή να βρίσκονται σε σχέση αλληλοαποκλεισμού και όχι να είναι απλώς συναρτώμενα ή απλώς αντίρροπα. Έτσι, σύγκρουση υπάρχει όταν η εκπλήρωση του ενός καθήκοντος, εκ των πραγμάτων, καθιστά αδύνατη την εκπλήρωση του άλλου καθήκοντος (ευθέως ή εξ αντανάκλασεως). Αντίθετα, δεν συντρέχει περίπτωση σύγκρουσης όταν απλώς το ένα καθήκον και το άλλο άγουν σε αντίθετη κατεύθυνση.<sup>296</sup>

**Κατά το άρθρο 15** του Κώδικα Ιατρικού ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδηση του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2. Κατά το άρθρο 2, η συνείδηση του γιατρού ότι αποτελεί λειτούργημα αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο. Η εν λόγω νομοθετική πρόβλεψη είναι ικανή να επιλύσει ζητήματα, όπως η επιχείρηση αυτόγνομης ιατρικής πράξης (π.χ. μετάγγισης αίματος) σε περίπτωση άρνησης του ασθενούς, η ζωή του οποίου βρίσκεται σε κίνδυνο.<sup>297</sup>

Αρκεί όμως η διάταξη αυτή από μόνη της να επιλύσει καθ' ολοκληρίαν τα εγγενή προβλήματα της σύγκρουσης καθηκόντων; Όπως αντιλαμβάνεται κανείς από τη γραμματική ερμηνεία, ο νομοθέτης σιωπά ως προς τι γίνεται στην απευκταία εκείνη περίπτωση, όπου όλοι οι ασθενείς διατρέχουν κίνδυνο ζωής. Τότε δεν μπορεί να γίνει σύγκριση των εννόμων αγαθών που διακυβεύονται, αφού η ζωή προστατεύεται απόλυτα, δεν σταθμίζεται και δεν σχετικοποιείται, όπως ορίζεται από τον εν λόγω άρθρο, αλλά και από τα υπερνομοθετικής ισχύος άρθρα 2 παρ.1 και 5 παρ.2 εδ.α' του Συντάγματος. Τότε ο ιατρός βρίσκεται σε αδιέξοδο<sup>298</sup> και ο νόμος από μόνος του δεν είναι σε θέση να του δώσει λύση.

<sup>294</sup> Φυτράκης Ε., Η σύγκρουση καθηκόντων στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σε Ιατρική Δεοντολογία, επιμ.

Παπαχρίστου Θ. Και Βιδάλη Τ., 2013, σελ. 143 επ.

<sup>295</sup> Φυτράκης, ο.π., σελ. 143 επ.

<sup>296</sup> Παρομοίως και ο Ματζακάς, ο.π., σελ. 206

<sup>297</sup> Φυτράκης, ο.π., σελ. 143-144

<sup>298</sup> Λιούρδη, ο.π., σελ. 168

Κατά τη διατύπωση του *Μαγκάκη*,<sup>299</sup> τότε η σύγκρουση καθηκόντων γίνεται αισθητή ως οριακή κατάσταση του ποινικού δικαίου, χαρακτηριζόμενη ως τραγικό ηθικό δίλημμα. Ο *Ματζακάς*<sup>300</sup> επιβεβαιώνει αυτόν τον χαρακτηρισμό με το επιχείρημα ότι δεν πρόκειται απλώς για ένα δογματικό πρόβλημα του Γενικού Μέρους, αλλά οδηγεί τη νομική σκέψη ως τα ακραία όρια των μεθοδολογικών δυνατοτήτων της, όπου το δίκαιο δοκιμάζεται εντόνως, ευρισκόμενο στο τέρμα της ρυθμιστικής του ικανότητας. Το δίκαιο βρίσκεται μπροστά στην πρόκληση να προδώσει τις αρχές του, να αναιρέσει τον εαυτό του. Τούτο συμβαίνει όταν και τα δύο ή τα περισσότερα συγκρουόμενα καθήκοντα προστατεύουν όλα την ανθρώπινη ζωή, ώστε η εκπλήρωση του ενός να είναι δυνατή μόνο με την προσβολή του άλλου.<sup>301</sup>

Μια τέτοιου τύπου ταλάντευση είναι συνήθης στην επιταγή διαλογής και δη στην ιατρική των καταστροφών, όπου ο γιατρός επιβαρύνεται με το καθήκον σωτηρίας περισσότερων ασθενών, που βρίσκονται όλοι σε βαριά κατάσταση αλλά αυτός μπορεί να σώσει μόνο μερικούς ή έναν από αυτούς. Τότε δεν υπάρχει απόφαση που θα μπορούσε να θεωρηθεί ορθολογικά σωστή.<sup>302</sup> Τέτοιο ζήτημα μπορεί να προκύψει και όταν υπάρχει έλλειψη διαθέσιμων μέσων και υλικοτεχνικής υποδομής στο νοσοκομείο ή στη ΜΕΘ, ώστε να μην δύνανται να δεχτούν περίθαλψη όλοι οι ασθενείς, όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, στην προβληματική που ανέκυψε στο υπ' αριθ. 3654/92 βούλευμα του *ΣυμβΠλημΑθηνών*<sup>303</sup> αλλά και στο βούλευμα του *Συμβουλίου Πλημ/κών Καλαμάτας 50/ 2015*,<sup>304</sup>. Για να στοιχειοθετηθεί τραγικό ηθικό δίλημμα θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις: να υπάρχει “σωρευτική δυνατότητα ισοδύναμου κινδύνου”, η βοήθεια ορισμένων ασθενών να συνυπάρχει με τη θυσία των υπολοίπων και τέλος, η επιλογή να εναπόκειται στον γιατρό.<sup>305</sup> Πως θα επιλυθεί όμως το ανωτέρω ζήτημα της σύγκρουσης καθηκόντων από την ποινική επιστήμη, όπου ο γιατρός βρίσκεται εγκλωβισμένος “ανάμεσα σε ρέμα και γκρεμό”;

Είναι ευνόητο πως λύση δεν μπορεί να βρεθεί στην ποιοτική ή ποσοτική στάθμιση της ανθρώπινης ζωής.<sup>306</sup> Πράγματι, κατά τη γνώμη της γράφουσας, κάτι τέτοιο, παρόλο που ενέχει μια τελέσφορη λογική ωφελμιστικού τύπου, θα επέτεινε το πρόβλημα, αντί να το λύσει, γιατί θα οδηγούσε στη δικαιοκρατικά απαγορευμένη παραδοχή ότι η ζωή είναι επίπλαστη μεταβλητής και όχι αδιαπραγμάτευτη σταθερά, υπόκειται σε αξιολόγηση και σχετικοποιείται άλλοτε με τη διαστολή και άλλοτε με τη συστολή της αξίας της.

<sup>299</sup> *Μαγκάκης Γ.Α.*, Η σύγκρουση καθηκόντων ως οριακή κατάσταση, ο.π., σελ. 12-17

<sup>300</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 206-207

<sup>301</sup> *Μαγκάκης*, ο.π., σελ.45

<sup>302</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 170

<sup>303</sup> ΣυμβΠλημ. Αθ.3654/92, ΠοινΧρ 1992, σελ.1118

<sup>304</sup> ΣυμβΠλημΚαλαμ 50/2015, ΠοινΔνη 12/2015, σελ. 1125 επ., *Φραγκούλης Γ.*, Έκθεση, ιατρική ευθύνη, κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, σύγκρουση καθηκόντων, ενδεχόμενος δόλος. <http://gefragoulis.blogspot.com>

<sup>305</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 171

<sup>306</sup> *Μαγκάκης*, ο.π., σελ.51

Μήπως όμως ο απόλυτος χαρακτήρας της ζωής μας οδηγεί στο αντίθετο αποτέλεσμα, ώστε αφού δεν μπορούν να σωθούν όλοι, να πρέπει να μην σωθεί κανένας; Κατά τη λογική αυτή οδηγούμαστε σε μια άλλη ακραία λύση, από την απόλυτη πρόταξη του αποτελεσματικού και του τελέσφορου στον απόλυτο αποκλεισμό τους. Η *Λιούρδη*<sup>307</sup> εντοπίζει αυτή την αντίφαση με την χαρακτηριστική διατύπωση ότι *“με τον τρόπο αυτό η ανθρώπινη ζωή θα αφανιζόταν χάριν του σεβασμού προς αυτήν ταύτην της αξία της!”*<sup>308</sup> και αναζητά τη λύση στο σκεπτικό ότι όταν ο γιατρός δεν εκπληρώνει όλα τα καθήκοντα παροχής βοήθειας αλλά μόνο μερικά, δεν εμποδίζει την ήδη υπάρχουσα μοιραία εξέλιξη των πραγμάτων και αν αυτός προσφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή βοήθεια, έχει πράξει ό, τι του αξιώνεται από το δίκαιο, επομένως δεν νοείται ότι έχει πράξει άδικα. Είναι όμως αναμφισβήτητο το ότι ο γιατρός-φορέας της σύγκρουσης, που αφήνει αναγκαστικά ορισμένους ασθενείς στη μοίρα τους, ευρισκόμενος ενώπιον τραγικού ηθικού διλήμματος, απαλλάσσεται από την ποινική ευθύνη, ήδη από το χώρο του αδίκου; Ας εξετάσουμε το ζήτημα πιο αναλυτικά, δεδομένου ότι τυγχάνει ενδελεχούς ανάλυσης από τη νομική θεωρία.

---

<sup>307</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 171

<sup>308</sup> Έτσι και ο *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 209

## Γ2. Η νομική φύση: λόγος άρσης του αδίκου ή του καταλογισμού;

Ο φορέας της σύγκρουσης και δη ο λειτουργός του διαχωρισμού βρίσκεται αδύναμος και εκτεθειμένος μπροστά σε μια συγκυρία, όπου υποχρεούται να επιλέξει μεταξύ ανθρωπίνων ζώων. Το δίκαιο, όπως προειπώθηκε, σιωπά στο να του δώσει προσανατολισμό ως προς το ποιες ζωές θα επιλέξει. Θα τον αφήσει όμως ταυτόχρονα εκτεθειμένο στην παρανομία, δεδομένου ότι πραγματώνει καταρχήν άδικες πράξεις;<sup>309</sup>

Στο χώρο της ποινικής επιστήμης, η άρση του αδίκου χαρακτήρα της διά παραλείψεως τελούμενης ανθρωποκτονίας από πρόθεση ή θανατηφόρας έκθεσης θεμελιώνεται στη σύγκρουση καθηκόντων, ως αυθύπαρκτο λόγο άρσης του αδίκου.<sup>310</sup> Η συλλογιστική αυτή στηρίζεται στο ότι δεν μπορεί να είναι άδικη μια πράξη που εκφεύγει των ανθρωπίνων δυνατοτήτων, καθώς επιτάσσεται ταυτόχρονα και συμμόρφωση και ανυπακοή στις επιταγές του δικαίου.

Αντιθέτως, κατά μια μειοψηφούσα άποψη<sup>311</sup>, είτε αδρανήσει ο φορέας της σύγκρουσης είτε κάνει ό,τι μπορεί, σώζοντας μερικές μόνο ζωές κατά το μέτρο του δυνατού, πράττει άδικα και η διερεύνηση τυχόν εγκληματικής πράξης διολισθαίνει στο στάδιο του καταλογισμού.<sup>312</sup> Αυτό που μπορεί να αξιώσει κανείς από το δίκαιο είναι να μη τιμωρήσει το υποκείμενο της επιλογής, συγχωρώντας την αναγκαία προσβολή εννόμου αγαθού που συνεφέλκεται η επιλογή του. Αυτή η συγγνώμη όχι μόνο δεν εδράζεται στην αμάχητα τεκμαιρόμενη σφοδρή και ανυπέρβλητη ψυχική ταραχή που βιώνει ο φορέας ενόψει του τραγικού ηθικού και νομικού διλήμματος που καλείται να αντιμετωπίσει, αλλά και την κατ' ουσίαν αδυναμία αποφυγής του αδίκου από μέρος του, οποιαδήποτε ψυχική δύναμη κι αν καταβάλει.<sup>313</sup> Από την παραδοχή αυτή είναι σαφές γιατί η εν λόγω άποψη θεωρείται ξεπερασμένη και πλέον δεν τυγχάνει ευρείας αποδοχής. Η προσπάθεια διάσωσης στα όρια του κατά δύναμην εξισώνεται με την αδιάφορη στάση αποχής και απραξίας έμπροσθεν του τραγικού εξωτερικού γίνεσθαι. Τούτο συνιστά εξωτερική

---

<sup>309</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 204

<sup>310</sup> *Κοτσαλής*, ο.π., σελ. 361 επ., *Κωστάρας Α.*, Έννοια και θεσμοί, οπ., σελ. 425-426. *Μαγκάκης Γ-Α*, Διάγραμμα, ο.π., 208-211

<sup>311</sup> Το είχε υποστηρίξει ο *Ανδρουλάκης* παλαιότερα στη μονογραφία του *Studien zur Problematik der unechten Unterlassungsdelikte*, 1963, σελ. 127 αλλά μετέπειτα άλλαξε γνώμη, όπως αναλύεται κατωτέρω. Στο εν λόγω έργο, όπου υποστηρίχθηκε η εγκταληφθείσα άποψη παραπέμπει ο *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 204 και η *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 176

<sup>312</sup> Βλ. και *Χωραφάς, Ν.*, Ποινικόν Δίκαιον, Τόμ Α., 1978, σελ. 222 όπου δίνει τη λύση του καταλογισμού καθώς υποστηρίζει πως σε περίπτωση συγκρούσεως δύο ίσης σπουδαιότητας καθηκόντων απόκειται στην εύλογη κρίση του δράστη ποιό από τα δύο καθήκοντα πρέπει να εκπληρωθεί, τότε συντρέχει το άδικο, μπορεί όμως να δοθεί η συγγνώμη αποκλείοντας τον καταλογισμό. Περί της άρσης του καταλογισμού αναλύει σε αυτοτελές κεφάλαιο η *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 178-179 χωρίς ωστόσο να συμφωνεί.

<sup>313</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 2112



αντινομία,<sup>314</sup> παράταιρη και απροσάρμοστη λογική ανακολουθία, κατά τη γνώμη μου, στο πυρήνα ενός συγκροτημένου και δογματικά συνεπούς ποινικού συστήματος.

Ωστόσο, υπάρχει και η άποψη πως η σύγκρουση καθηκόντων δεν αρκεί πάντα να θεμελιώσει λόγο άρσης του αδίκου, παρά μόνο υπό τις προϋποθέσεις και τους περιορισμούς του άρθρου 25 ΠΚ, θεωρούμενη ως μια υποκειμενική κατάσταση ανάγκης και όχι ως έναν ανεξάρτητο, εθιμικό λόγο άρσης του αδίκου. Όταν λοιπόν δεν αρκούν οι προϋποθέσεις της κατάστασης ανάγκης, η σύγκρουση καθηκόντων εκφεύγει του αδίκου και μπορεί να συνιστά περίπτωση που δημιούργησε μια ψυχική πίεση, τέτοια που να αποκλείει τον καταλογισμό. Όταν ας πούμε, η σύγκρουση καθηκόντων συνίσταται στη σύγκρουση αγαθών ίσης ή ανάλογης αξίας διαφορετικών ατόμων εκφεύγει της άρσης του αδίκου. Τούτο διότι κατά το άρθρο 25 παρ. 1 ΠΚ, η διάσωση ενός εννόμου αγαθού θα μπορούσε να οδηγήσει στη δικαιολόγηση της προσβολής του άλλου, όταν το πρώτο υπερτερεί σημαντικά έναντι του απειληθέντος και παράλληλα συντρέχουν οι λοιποί όροι της κατάστασης ανάγκης, όχι όμως όταν τα διακυβευόμενα αγαθά είναι ίσης αξίας.<sup>315</sup> Μια τέτοια προσέγγιση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η σύγκρουση καθηκόντων ακροβατεί σε μια λεπτή γραμμή ανάμεσα στο άδικο και τον καταλογισμό, παλινδρομεί στο μεταίχμιο των δύο αυτών στοιχείων του εγκλήματος. Είναι όμως ορθό κάτι τέτοιο;

Κατά την κρατούσα άποψη στη νομική θεωρία, όπως θα παρατεθεί ενδελεχέστερα κατωτέρω, το αδιέξοδο του φορέα καθηκόντων αποτελεί έναν ιδιαίτερο λόγο άρσης του αδίκου, αυτοτελή και αυθύπαρκτο, που βασίζεται ακριβώς στην αδυναμία του δικαίου να δώσει λύσεις.<sup>316</sup>

Έχει υποστηριχθεί από τον *Βαθιώτη*<sup>317</sup> πως είναι λανθασμένο να συγχέουμε την κατάσταση ανάγκης με τη σύγκρουση καθηκόντων, αφού είναι διαφορετικό πράγμα η σύγκρουση καθηκόντων και διαφορετικό η σύγκρουση εννόμων αγαθών. Η ειδοποιός διαφορά έγκειται στο ότι στην πρώτη περίπτωση ο γιατρός φαίνεται ταυτόχρονα δράστης μιας απαγορευμένης πράξης όσο και υπόχρεος για την τέλεσή της ενώ στη δεύτερη περίπτωση δεν υφίσταται καν

<sup>314</sup> *Ματζακάς, ο.π., σελ. 205*

<sup>315</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.,* Ιατρική ευθύνη, από αμέλεια (αστική-ποινική), 2013, σελ.104-106. Σύνδεση της σύγκρουσης καθηκόντων με την κατάσταση ανάγκης κατά τη λογική αυτή, ώστε να δημιουργείται μια παλινδρόμηση στο μεταίχμιο αδίκου και καταλογισμού γίνεται και στο βούλευμα του ΣυμβΠλημΚαλαμ 50/2015, ΠοινΔνη 12/2015, σελ. 1125 επ., όπου εν τέλει δέχεται ότι στην περίπτωση της υπόθεσης συντρέχει κατάσταση ανάγκης του άρθρου 25 ΠΚ, επειδή, κατά το δικαστήριο υπάρχει διαβάθμιση, δηλαδή καθόσον τα διακυβευόμενα αγαθά (εν προκειμένω της ζωής) είναι ίσης αξίας, πλην όμως με διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά, που βασίζονται σε ιατρικά δεδομένα. Αυτό μας δίνει να καταλάβουμε πως εξ αντιδιαστολής αν ήταν απλώς ίσης αξίας τα αγαθά, χωρίς διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά, η ποινική ευθύνη θα αποκλειόταν με άρση του καταλογισμού αφού το άρθρο 25 ΠΚ δε θα μπορεί πλέον να τύχει εφαρμογής (όλα αυτά πάντοτε υπό το εν λόγω σκεπτικό του δικαστικού συμβουλίου). Βλ και Φραγκούλης, ο.π.

<sup>316</sup> *Ματζακάς, ο.π., σελ. 210*

<sup>317</sup> *Βαθιώτης Κ.,* Τραγικά διλήμματα στην εποχή του πολέμου και της τρομοκρατίας-Από τη σανίδα του Καρνεάδη στο ποινικό δίκαιο του εχθρού, 2010, σελ.100. Βλ. και *Φυτράκης, ο.π., σελ. 143 επ.*

αδιέξοδη κατάσταση, αφού κανένα καθήκον δεν υποχρεώνει στην τέλεση μιας πράξης. Άλλως ειπείν, στην κατάσταση ανάγκης, ο φερόμενος ως δράστης μπορεί απλώς να ανεχθεί την προσβολή του ανώτερου έννομου αγαθού και έτσι να μην προβεί ούτε σε κατ' αρχήν άδικη πράξη, σε αντιδιαστολή με τη σύγκρουση καθηκόντων, όπου δεν υπάρχει τέτοια επιλογή. Ο συγγραφέας υπάγει το επίμαχο ζήτημα στο άδικο, με το επιχείρημα ότι εκεί όπου η έννομη τάξη δεν είναι σε θέση να πει τι είναι σωστό, δεν μπορεί να διαπιστωθεί εσφαλμένη συμπεριφορά, το μόνο που μπορεί να αποδοκιμαστεί είναι η μοίρα και όχι ο υποτασσόμενος σε αυτή άνθρωπος, όπου αυτός και μόνο είναι αποδέκτης του δικαίου.<sup>318</sup>

Έτσι και ο *Ανδρουλάκης*,<sup>319</sup> ο οποίος διαχωρίζει την κατάσταση ανάγκης από τη σύγκρουση καθηκόντων και αναδεικνύει την τελευταία σε αυτοτελής και αυθύπαρκτο λόγο άρσης του αδικού επικαλούμενος τη φυσικοδικαϊκή αρχή *impossibilium nulla est obligatio*. Κατά τον συγγραφέα, αν δεν μπορούν να εκπληρωθούν όλα τα καθήκοντα, θα πρέπει να εκπληρωθεί το σημαντικότερο. Αν όμως είναι όλα ισάξια, δεδομένου ότι η αδράνεια απαγορεύεται και το έστω ένα εκπληρώσιμο καθήκον οφείλει, όποιο κι αν είναι αυτό, να εκπληρωθεί, το δίκαιο υποχρεούται εκ φύσεως πραγμάτων να δεχτεί ως επιτρεπτή και δίκαιη όποια επιλογή γίνει. Τούτο δια της ατόπου απαγωγής όπου αν σε μια τέτοια επιλογή δεχτούμε πράξη άδικη, δεχόμαστε ταυτόχρονα πως αν ο φορέας των ισάξιων καθηκόντων μείνει άπρακτος και δεν εκπληρώσει κανένα καθήκον, μπορεί να διαφύγει του αδικού, πράγμα άτοπο.

Ο *Μυλωνόπουλος*<sup>320</sup>, με τον οποίο φαίνεται να συμφωνεί και η *Λιούρδη*<sup>321</sup>, κινείται στο ίδιο μήκος κύματος με τους περισσότερους συγγραφείς, δηλαδή στο άδικο, αλλά δίνει διαφορετική θεμελίωση στο σκεπτικό του. Διατείνεται πως η έννομη τάξη δεν μπορεί να θέτει μη εφαρμόσιμους ή αντιφατικούς κανόνες δικαίου, γιατί τότε οι εν λόγω κανόνες εμφανίζονται κανονιστικώς ασθενείς. *Παράλογοι κανόνες που υπερβαίνουν τις ανθρώπινες δυνατότητες δεν μπορούν να είναι δεσμευτικοί, αφού είναι απρόσφοροι για τη ρύθμιση της κοινωνικής ζωής. Και ναί μεν οι κανόνες της λογικής, βάσει των οποίων κρίνεται το έλλογο ή μη ενός κανόνα δικαίου δεν είναι αυτοί καθεαυτούς κανόνες δικαίου, προηγούνται όμως αυτών λογικώς και χρονικώς, αποτελούν προϋπόθεση αυτών.* Η *Λιούρδη*<sup>322</sup> διατείνεται την άποψη του *Μυλωνόπουλου* ως την πιο ορθολογική προσέγγιση του ζητήματος, παραθέτοντας το επιχείρημα ότι το θέμα σχετίζεται αναπόδραστα με την κανονιστική ποιότητα της επιταγής της Πολιτείας στον αποδέκτη της σύγκρουσης καθηκόντων. Η επιταγή που απευθύνει η Πολιτεία προς τον αποδέκτη της συγκρούσεως δεν είναι ο παραλογισμός “σώσε όλα τα αγαθά” ή “σώσε ένα από τα δύο” αλλά “σώσε όσα περισσότερα μπορείς”. Με τη διατύπωση της τελευταίας συμφωνεί και ο

<sup>318</sup> *Βαθιώτης*, Τραγικά διλήμματα, ο.π., σελ.196

<sup>319</sup> *Ανδρουλάκης Ν.*, Ποινικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, Τομ Α, 2006, σελ. 450 επ.

<sup>320</sup> *Μυλωνόπουλος*, ο.π., σελ. 506 επ.

<sup>321</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 179-181

<sup>322</sup> *Λιούρδη*, ο.π., σελ. 180

*Ματζακάς*,<sup>323</sup> ο οποίος επαναλαμβάνει πως ένας κανόνας που επιτάσσει το αδύνατον δεν έχει λογική και δεν μπορεί να είναι δεσμευτικός. Επομένως, το κλειδί στην επίλυση του ζητήματος είναι η ορθή κατανόηση της κανονιστικότητας και όχι η αντιφατική παραδοχή ότι από τη μια η έννομη τάξη προστατεύει ισοδυνάμως τα σωζόμενα με τα θυσιαζόμενα έννομα αγαθά και από την άλλη αίρει de facto την προστασία στα τελευταία άπαξ και ληφθεί η απόφαση να θυσιαστούν από τον φορέα της σύγκρουσης.

---

<sup>323</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 208

### Γ3. Η νομολογιακή προσέγγιση: πως αντιμετωπίστηκε η σύγκρουση καθηκόντων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Το ζήτημα της σύγκρουσης καθηκόντων στην εντατικολογία, το οποίο παρουσιάζει αντίστοιχο ενδιαφέρον και στην περίπτωση του Triage, ταλάνισε τη δικαστική σκέψη μέσω του βουλεύματος του Συμβουλίου Πλημ/ κών Καλαμάτας 50/ 2015.<sup>324</sup> Το εν λόγω απαλλακτικό βούλευμα, αποτελεί, ίσως, τη μοναδική δημοσιευμένη υπόθεση γνήσιας σύγκρουσης ιατρικών καθηκόντων που έχει απασχολήσει την ελληνική νομολογία. Να σημειωθεί πως σε προηγούμενο κεφάλαιο μας απασχόλησε και η τοποθέτηση του υπ' αριθ. 3654/92 βουλεύματος του ΣυμβΠλημΑθηνών,<sup>325</sup> όπου όμως η περίπτωση δεν αφορούσε ξεκάθαρη σύγκρουση καθηκόντων, παρά την απόφαση του Συμβουλίου, γι' αυτό και δεν αναλύεται εδώ.

Κατά το ιστορικό της υπόθεσης, οι κατηγορούμενες ιατροί αφαίρεσαν από κοινού την ειδική συσκευή υποστήριξης αναπνοής από τον ασθενή στη ΜΕΘ, χωρίς να έχουν προηγουμένως βεβαιωθεί για την εξασφάλιση επαρκούς υποστήριξης της αναπνοής του. Αποτέλεσμα της ως άνω εγκληματικής ενέργειας ήταν η άμεση αποσταθεροποίηση και μετ' ολίγον κατάρρευση του οργανισμού του, με αποτέλεσμα τη σταδιακά κλιμακούμενη επιδείνωση της υγείας του και εν τέλει το θάνατό του 2-3 ώρες ύστερα από την αφαίρεση της ειδικής συσκευής, που μέχρι τότε χρησιμοποιούσε. Επίμαχο στοιχείο στην υπόθεση συνιστούσε το ότι η κίνηση της αφαίρεσης της συσκευής έγινε με σκοπό να τοποθετηθεί σε άλλη ασθενή, η οποία νοσηλευόταν με βαρύτατο αναπνευστικό νόσημα επί εδάφους χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), βαρέως πνευμονικού εμφυσήματος και χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας. Η μια γιατρός ζήτησε τη συσκευή και η άλλη δέχτηκε να την αφαιρέσει καθώς έκρινε εκείνη τη στιγμή, ότι μπορούσε προσωρινά να την παραχωρήσει χωρίς το κόστος της επιβάρυνσης της υγείας κανενός από τους δύο ασθενείς, δεδομένου ότι άλλη εξίσου αποτελεσματική συσκευή δεν υπήρχε στο νοσοκομείο και με την προϋπόθεση ότι σε δεδομένη στιγμή ανάγκης θα της την επέστρεφαν.

Σημαντική πτυχή των πραγματικών περιστατικών και δη της υπερασπιστικής γραμμής συνιστά η διαφοροποίηση στην κατάσταση της υγείας των δύο ασθενών και στην προοπτική τους να επιβιώσουν. Η δεύτερη, σωθείσα ασθενής δεν βρισκόταν σε αναπότρεπτη μελλοθανάτια κατάσταση, συγκεκριμένα χειροτέρευσε αιφνιδίως, με άμεση και επιτακτική ανάγκη να τοποθετηθεί σε τέτοιου τύπου συσκευή ονόματι «BIPAP». Η εν λόγω ανάγκη δεν επιδεχόταν παράταση, δεδομένου ότι εάν επιδεινωνόταν η κατάσταση της, κάτι που ήτο προβλέψιμο να γίνει, το μηχάνημα θα της ήταν πλέον άχρηστο. Η προοπτική επιβίωσης έγκειτο στο ότι ο οργανισμός της ασθενούς είχε ικανότητα συνεργασίας με το μηχάνημα, καθώς είχε εισπνοή που

<sup>324</sup> ΣυμβΠλημΚαλαμ 50/2015, ΠοινΔνη 12/2015, σελ. 1125 επ., Βλ και λεπτομερή ανάλυση της απόφασης σε Φραγκούλης, ο.π.,

<sup>325</sup> ΣυμβΠλημ. Αθ.3654/1992, ΠοινΧρ 1992, σελ.1118

αυτοματοποιούσε τη συσκευή, συγκεκριμένα, πράγμα το οποίο έλειπε από τον έτερο ασθενή Π.Ν., στον οποίο το μηχάνημα δεν προσέφερε πρακτική ωφέλεια. Η γιατρός που έλαβε το μηχάνημα υποστήριξε ότι εάν τη στιγμή εκείνη δεν το εφήρμοζε στην παραπάνω ασθενή, θα ήταν αναπόφευκτη η διασωλήνωσή της, πράγμα που συνεπαγόταν βέβαιο θάνατο. Από την άλλη πλευρά, με εκτεταμένη επιχειρηματολογία υποστηρίχθηκε από τις δύο κατηγορούμενες ότι ο άλλος ασθενής με την μη αναστρέψιμη παθολογική του κατάσταση είχε μια σταθερή πλέον πορεία προς το θάνατο, καθώς παρά τη φαρμακευτική και υποστηρικτική αγωγή που του παρείχαν οι γιατροί, όχι μόνο δεν βελτιωνόταν, αλλά εμφάνιζε συνεχή επιβάρυνση της κλινικής του κατάστασης.

Στην ανωτέρω γραμμή πλεύσης συμπορεύτηκε και ο πνευμονολόγος της κλινικής, που νοσηλευόταν ο ασθενής, ο οποίος υποστήριξε ότι ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της αναπνευστικής του λειτουργίας, με αποτέλεσμα να υπάρχει μηδενικό προσδόκιμο επιβίωσης. Το ίδιο μάλιστα παραδέχτηκε και ο γιός του θανόντος αναφέροντας ότι οι γιατροί του εξήγησαν ότι οι πιθανότητες επιβίωσης του ασθενούς ήταν σχεδόν ανύπαρκτες αλλά ο ίδιος μαζί με τους λοιπούς οικείους αποφάσισαν να παραμείνει ο ασθενής στο θάλαμο, ελπίζοντας σε κάποιο θαύμα.

Το δικαστικό Συμβούλιο έκρινε ότι οι δύο γιατροί ευρέθησαν ενώπιον του "ηθικού διλήμματος" να αφαιρέσουν τη συσκευή από τον ασθενή - θανόντα Π.Ν. και να την τοποθετήσουν στην άλλη ασθενή ενεργώντας πάντως υπό το πρίσμα της διατάξεως του άρθρου 15 του Ν 3418/2005 (Κώδ.ΙατρΔ), δηλαδή ευρισκόμενες μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων, νοούμενη, ως εκείνη η σχέση ανάμεσα σε δύο καθήκοντα του ίδιου φορέα, που συνίστατο στην πραγματική κατάσταση ότι η εκπλήρωση του ενός δεν είναι δυνατή, παρά μόνο με την προσβολή του άλλου. Τούτο καθώς η υποχρέωση των ανωτέρω κατηγορουμένων-ιατρών να διατηρήσουν στη ζωή αμφοτέρους τους ασθενείς, με την υποστήριξη ενός και μόνο μηχανήματος, που διέθετε το Γ.Ν. Καλαμάτας ήταν αδύνατη και εφόσον η διάσωση της ζωής της μιας ασθενούς δεν έγινε άκριτα, αλλά ύστερα από ενδελεχή έρευνα, ως προς την πραγματική κατάσταση της υγείας των δύο ασθενών και της εξορθολογισμένης αξιολόγησης - πιθανολόγησης ποιο από τα δύο πρόσωπα θα επιζούσε. Όπως όμως μνημονεύτηκε στην ανάλυση της σύγκρουσης καθηκόντων, το άρθρο 15 του Κώδ.ΙατρΔ δεν είναι αρκετό για να επιλύσει την πρόκληση της παλινδρόμησης ανάμεσα σε δύο ανθρώπινες ζωές, επομένως η επίκληση του άρθρου από το συμβούλιο φαίνεται άστοχη.

Το Συμβούλιο ευθαρσώς θεώρησε τη σύγκρουση αυτή μια μορφή κατάστασης ανάγκης ή άλλως είδος «υποκειμενικής κατάστασης ανάγκης» που καθιστά την ως άνω σύγκρουση καθηκόντων λόγο άρσης του αδικού του διωκόμενου εγκλήματος της «θανατηφόρας έκθεσης κατά συναυτουργία». Έδωσε δηλαδή έναν χαρακτηρισμό, από πολλές απόψεις προβληματικό,

κατά την κρατούσα γνώμη στην ελληνική ποινική επιστήμη, όπως αναλύθηκε εκτενώς ανωτέρω.

Η ατέλεια της νομολογιακής απόφασης δεν σταματά εδώ, καθώς το συμβούλιο, δεχόμενο την κατάσταση ανάγκης που αίρει το άδικο, βρέθηκε μετά αντιμέτωπο με την ανάγκη να δικαιολογήσει την ύπαρξη των προϋποθέσεων που θέτει η περί ου ο λόγος κατάσταση ανάγκης. Και μεταξύ άλλων, το άρθρο 25 ΠΚ προϋποθέτει σημαντική διαφοροποίηση των εννόμων αγαθών, καθώς προβλέπει ότι η βλάβη που προκλήθηκε στον άλλον πρέπει να είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε. Εδώ όμως καλούμαστε να αποφασίσουμε ανάμεσα σε δύο ανθρώπινες ζωές. Θα τις διαφοροποιήσουμε δίδοντας άλλο πρόσημο στην καθεμία; Ενώπιον αυτής της πρόκλησης, το συμβούλιο απάντησε πως ναι μεν τα διακυβευόμενα αγαθά (εν προκειμένω της ζωής) είναι ίσης αξίας, πλην όμως με διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά, που βασίζονται σε ιατρικά δεδομένα, που δικαιολογούν την απαιτούμενη ιατρική ενέργεια μόνο στο πρόσωπο, στο οποίο η επενέργεια της πιθανολογείται βάσιμα ότι θα είναι πιο αποτελεσματική, ώστε να διατηρηθεί στη ζωή<sup>326</sup>

Στο σημείο αυτό της νομολογιακής τοποθέτησης μπορεί να τεθεί ισχυρός αντίλογος.

Προηγουμένως παρατέθηκε η τεκμηριωμένη επιχειρηματολογία της νομικής θεωρίας για το ότι δεν πρέπει να συγχέεται η σύγκρουση καθηκόντων με την κατάσταση ανάγκης. Εδώ το βούλευμα κάνει λόγο για ισοδύναμη αξία της ζωής αλλά για διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά, αλλά η κατάσταση ανάγκης του άρθρου 25 ΠΚ απαιτεί σημαντική διαφορά μεταξύ αποτρεπόμενης και προκαλούμενης βλάβης, ενώ στην υπό διερεύνηση περίπτωση, τα δύο αγαθά, το διασωζόμενο και το θυσιαζόμενο, συμπίπτουν στο ανεπίδεκτο σταθμίσεως μέγεθος της ανθρώπινης ζωής.<sup>327</sup> Η ποινική προστασία της ζωής χωρεί υπό οποιαδήποτε μορφή κι αν απαντά αυτή και υπό οποιοσδήποτε συνθήκες, ακόμη κι αν ο άνθρωπος είναι σε φυτική κατάσταση ή ετοιμοθάνατος. Η αρχή αυτή, κατά την αντίληψη της γράφουσας, εκπορευόμενη από το Σύνταγμα, διαχέεται σε κάθε πτυχή της κοινής νομοθεσίας. Για παράδειγμα, ο ν.3984/2011 μέσα από ένα πλέγμα διατάξεων, απαγορεύει τη στόχευση της αποβίωσης ή άλλως “θυσία” ενός μελλοθάνατου ή ενός ανθρώπου σε κόμα, ακόμη και για τον ευγενή σκοπό να δοθεί όργανό του σε άνθρωπο που βρίσκεται στη διπλανή κλίνη και κινδυνεύει, ακόμα κι αν ο ίδιος είναι “ξοφλημένος”, ενώ ο άλλος άνθρωπος έχει ελπίδα να επιβιώσει. Τούτο ακόμη κι αν ο θυσιαζόμενος είχε δηλώσει εκ των προτέρων ότι το επιθυμεί. Θα μπορούσαμε τότε να επικαλεστούμε κατάσταση ανάγκης του άρθρου 25; Φυσικά οι δύο περιπτώσεις διαφέρουν, καθώς στην υπό εξέταση υπόθεση του βουλεύματος δεν πρόκειται για κάποια επεμβατική ανθρωποκτονία αλλά για παύση της ιατρικής βοήθειας μέσω του μηχανήματος, αλλά το ανωτέρω παράδειγμα μας βοηθά να αντιληφθούμε το άτοπο της σχετικοποίησης της ζωής

<sup>326</sup> Βλ και ΑΠ 1436/2007 ΠοινΔικ 2008, 380, όπου παραπέμπει το βούλευμα και *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, Ιατρική ευθύνη, ο.π., σελ. 119

<sup>327</sup> *Ματζακάς*, ο.π., σελ. 205

(ακόμη κι όταν συντρέχουν διαφορετικά “ποιοτικά χαρακτηριστικά”) και κατά συνέπεια την δικαιοκρατικά λανθασμένη δικαιολόγηση του δικαστικού συμβουλίου που δέχτηκε την κατάσταση ανάγκης που αίρει το άδικο, επομένως και την ανισότητα των έννομων αγαθών.

Πέρα από το ζήτημα της συσχέτισης της σύγκρουσης καθηκόντων με την κατάσταση ανάγκης, το βούλευμα εγείρει προβληματισμό και στο ζήτημα της σχετικοποίησης της ανθρώπινης ζωής. Μπορούμε και πρέπει να κάνουμε τα πάντα για να σώσουμε μια ανθρώπινη ζωή;

Η *Συμεωνίδου-Καστανίδου*<sup>328</sup>, πραγματευόμενη την αξία του ανθρώπου και την ανθρώπινη ζωή ως έννομο αγαθό, δέχεται ότι η απολυτότητα της προστασίας της ανθρώπινης ζωής ως εννόμου αγαθού<sup>329</sup> έγκειται στην μη προσβολή της γιατί δεν υπάρχει ζωή χωρίς αξία και γιατί η αξία της ζωής δεν εξαρτάται από την αξία που αποδίδει ο ίδιος ο άνθρωπος στη ζωή του ή από την εκτίμηση του κοινωνικού συνόλου γι' αυτήν, δεν είναι όμως η ανθρώπινη ζωή υπέρτατος σκοπός που δικαιολογεί το οποιοδήποτε τίμημα. Τούτο συνεπάγεται την σχετικότητα των εννόμων αγαθών, ακόμη και αυτού της ανθρώπινης ζωής η οποία έγκειται στην κατανόηση των συνεπειών συνύπαρξής τους σε ένα κοινωνικό περιβάλλον και στην «ανοχή» της έννομης τάξης όσον αφορά στην προσβολή τους.

Η απάντηση είναι αρνητική, και πάλι μέσω του άρθρου 2 παρ.1, γιατί δεν πρόκειται για έννομο αγαθό που για την προστασία του μπορεί να δικαιολογηθεί το οτιδήποτε. Το παράδειγμα που μνημονεύεται<sup>330</sup> για την ανάπτυξη της σχετικής προβληματικής αφορά την αιμοδοσία. Ο γιατρός με τη βία παίρνει αίμα από ανυποψίαστο διαβάτη προκειμένου να σώσει τη ζωή ενός τραυματία που δεν μπορούσε να σωθεί διαφορετικά. Αν δεχόμασταν ότι η ανθρώπινη ζωή είναι απολύτως προστατευόμενο έννομο αγαθό, θα έπρεπε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οποιαδήποτε προσβολή της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας ή της ελευθερίας άλλου, προκειμένου να σωθεί η ζωή, θεωρείται δικαιολογημένη. Επιχείρημα προς αυτή την παραπλανητική, εσφαλμένη κατεύθυνση προσφέρει και το άρθρο 25 ΠΚ (άρση του αδικού λόγω κατάστασης ανάγκης), εφόσον μπορεί να πει κανείς ότι υπάρχει στη συγκεκριμένη περίπτωση άμεσος και διαφορετικά αναπότρεπτος κίνδυνος που απειλεί ένα έννομο αγαθό σημαντικά υπέρτερο στην αφηρημένη του όψη από εκείνο το οποίο θίγεται. Τα πράγματα όμως δεν είναι έτσι όπως προκύπτουν με την ανωτέρω απλοποιημένη, επιδερμική προσέγγιση.<sup>331</sup>

<sup>328</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, *Εγκλήματα ο.π.*, σελ 143-144

<sup>329</sup> Ως προς τη σύνδεση των εννόμων αγαθών με τις συνταγματικές αξίες: Ο *Σπινέλλης* υποστηρίζει πως τα έννομα αγαθά τα οποία προστατεύονται από τις διατάξεις του ποινικού δικαίου αποτελούν λειτουργικές ενότητες που συνδέουν ορισμένες καταστάσεις με τον άνθρωπο ή την ανθρώπινη κοινότητα και ανταποκρίνονται σε αξίες, οι οποίες άμεσα ή έμμεσα σχετίζονται με τις βασικές συνταγματικές αξίες. *Σπινέλλης Δ.*, *Το έννομο αγαθόν και η σημασία του εις την σύγχρονον διδασκαλίαν του ποινικού δικαίου*, ΠοινΧρ, 1971, σελ. 721 επ.

<sup>330</sup> *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, *Εγκλήματα ο.π.*, σελ 143-144

<sup>331</sup> Με την αναγωγή των αγαθών σε έννομα το κράτος προσδιορίζει κατά λογική αναγκαιότητα τα όρια της προστασίας τους. Η ζωή ως έννομο αγαθό δεν πρέπει να συγχέεται με το φυσικό δικαίωμα κάθε προσώπου στη ζωή του. Βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, *ο.π.*, σελ. 143 επ.

Κατά το Μανωλεδάκη<sup>332</sup> απόλυτη νομική αξία έχει μόνο η έννομη τάξη και το υπέρτατο έννομο αγαθό έννομο είναι αυτό της υπόστασης του κράτους που παρέχουν νομική προστασία στα υπόλοιπα έννομα αγαθά. Η σχετικότητα του εννόμου αγαθού της ζωής στηρίζεται στο ότι έρχεται σε δεύτερη μοίρα από νομική άποψη τόσο απέναντι στην έννομη τάξη, στην οποία άλλωστε οφείλει την αναγνώρισή του (ως έννομο) όσο και στην κρατική εξουσία, δεδομένου ότι δεν υφίσταται έννομη τάξη έξω από την κρατική εξουσία. Επομένως δεν μπορούμε να υπερκεράσουμε τα πάντα για να σώσουμε τον άνθρωπο και αν το κάνουμε, δεν υπάρχει απαλλαγή ευθύνης σε επίπεδο αδίκου.

Τα ανωτέρω δημιουργούν το ερώτημα του αν μια τέτοια περίπτωση όπως του βουλεύματος όντως προσομοιάζει σε μια περίπτωση διαλογής ή παραλληλίζεται περισσότερο με το ανωτέρω παράδειγμα της αιμοδοσίας. Τούτο διότι αναλόγως με το σκέλος το οποίο θα δεχτούμε, θα καταλήξουμε σε εκ διαμέτρου αντίθετο πόρισμα για την κρίση του αδίκου.

---

<sup>332</sup> Μανωλεδάκης Ι., Η σχετικότητα της ποινικής προστασίας, 1980, σελ. 24



## Συμπεράσματα και προτάσεις

Η διαδικασία υπαγωγής ιατρικών περιστατικών στην ποινική υπόσταση αξιόποινων πράξεων είναι μια “λεπτή υπόθεση”, τόσο λεπτή που ενδέχεται να δημιουργήσει το κινδυνώδες έδαφος να χρεώνεται αβίαστα και αφιltrάριστα κάθε δυσμενές επακόλουθο σε θεράποντες ιατρούς, ακόμα και αν δεν ευθύνονται γι' αυτό ή από την άλλη να απαλλάσσονται αδίκως. Τούτο επιτείνεται σε πολύπλοκες και εριζόμενες καταστάσεις, ακόμη και εντός της ιατρικής επιστημονικής κοινότητας.

Επιβάλλεται να υπομνησθεί ότι μια από τις προβληματικές πτυχές του ζητήματος συνιστά το δυσχερές αποδείξιμο των εκάστοτε βιοτικών περιστάσεων. Πράγματι είναι αρκετά δύσκολο να γνωρίζει κανείς πότε ο ιατρός προέβη σε επιστημονικά ενδεδειγμένες μεθόδους και πότε όχι, ειδικά μέσα στο χειρουργείο ή στη ΜΕΘ πότε η ενημέρωση του ασθενούς ήταν πλήρης και η συναίνεσή του ελεύθερη και απαλλαγμένη από ελαττώματα, πότε υφίσταται, ιδίως στις παραλείψεις, η κατάφαση του αιτιώδους συνδέσμου μέσα από μια υποθετική ερώτηση του τι θα γινότανε αν..., ειδικά ενόψει της πολυπλοκότητας του ανθρώπινου οργανισμού που κινείται στη δίνη του ρευστού και του απρόβλεπτου.

Στο χαώδες και πολυφασματικό πεδίο της ιατρικής επιστήμης, που σπάνια ανέχεται στους κόλπους της δύο μέτρα και δύο σταθμά, η εκάστοτε περίπτωση χρήζει εμβριθούς αναλύσεως της εκάστοτε πραγματογνωμοσύνης και ad hoc εξειδίκευσης της κάθε πτυχής των κρίσιμων συμβάντων. Τούτο επιτάσσει η αντιτιθέμενη ροπή συμφερόντων, τα δύο πρόσημα που αντιτάσσονται αλλά θα πρέπει να συνυπάρξουν και να εναρμονιστούν: από τη μία το συμφέρον του ιατρού επιστήμονα στο να μην είναι εκτεθειμένος σε κάθε αστήρικτη κατηγορία που τον ενοχοποιεί και από την άλλη τα έννομα αγαθά της υγείας και ζωής του ασθενούς από τα σφάλματα ενός επιστήμονα – “αυθεντία” που κατά κανόνα θα διστάσει να τον αμφισβητήσει, πολλώ δε μάλλον την κρίσιμη στιγμή που κινδυνεύει η υγεία του. Τα άνωθεν προβλήματα επιτείνονται σε αύξοντα βαθμό από το γεγονός ότι επί επειγόντων περιστατικών ο χρόνος ενέργειας και αντιμετώπισής τους διαδραματίζει καίριο ρόλο για την ίδια την ποινική ευθύνη, δεδομένου ότι σε πολλές αποφάσεις ον γιατρός καταδικάστηκε, όχι επειδή δεν έδρασε καθόλου ή δε έδρασε ορθά ή δεν έδρασε εγκαίρως.

Η συνολική επισκόπηση αυτής της προβληματικής καταλήγει πως είναι επικίνδυνο να δοθούν μονοσήμαντες και ακλόνητες απαντήσεις ή αποκρυσταλλωμένες λύσεις σε ένα τόσο πολύπλοκο ζήτημα. Τουλάχιστον, θα ήταν σημαντική μια επιστάμενη προσπάθεια για την πρόληψη των ιατρικών λαθών και όχι μόνο για την καταστολή τους, ώστε να αποφευχθεί η υπεισέλευση της εφαρμογής του ποινικού δικαίου. Ήδη από την εκτενή ανάλυση της νομολογίας συνάγεται ευθαρσώς ότι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στα Τ.Ε.Π. και στη ΜΕΘ παρουσιάζει

μειονεκτήματα σχετιζόμενα κυρίως με την έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής, κατευθυντήριων οδηγιών προς τους ιατρούς και την αδυναμία λήψης του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς. Είναι στενάχωρο πως η τόσο εκτεταμένη νομολογία της παρούσας επιδεικνύει μια τραγική πραγματικότητα.

Γι' αυτό, υπό την έποψη της γενικοπροληπτικής λειτουργίας του ποινικού δικαίου, αλλά και της αρχής της αναλογικότητας μεταξύ πράξης και ποινής, μια πρόταση θα ήταν, σε περιπτώσεις χονδροειδών ιατρικών παραλείψεων επί σοβαρού κινδύνου ενός ανθρώπου να υφίσταται μια διαφορετική ποινική μεταχείριση. Για παράδειγμα, όταν ο γιατρός, ενώ γνωρίζει και αποδέχεται την διακινδύνευση των ασθενών, αδιαφορεί επιδεικτικά, η ηθικοκοινωνική απαξία διαβαθμίζεται κατά άλλο τρόπο και είναι μεγαλύτερη από ότι, όταν αυτός απλά σφάλει. Γι' αυτό, τέτοιες περιπτώσεις μείζονος ηθικοκοινωνικής απαξίας, θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται μέσω της εν ευρεία εννοία έκθεσης του άρθρου 306 (απλή ή θανατηφόρα) και όχι μέσω της ανθρωποκτονίας από αμέλεια του άρθρου 302 ΠΚ.

Περαιτέρω, όπως διαφαίνεται από την παρούσα, η συχνά χασματώδης απόκλιση ανάμεσα σε νομολογία και επιστήμη, οι αντιφάσεις και διακύμανση στην ίδια τη νομολογία με χρήση συγκεκριμένων κριτηρίων και ασαφή αιτιολογία, δημιουργεί δύο μέτρα και σταθμά σε ένα αχανές πεδίο, στην ουσία το αντίθετο από αυτό που το ποινικό δίκαιο χρειάζεται. Ποιες ακριβώς είναι οι ευθύνες των ειδικευόμενων που παραβιάζονται; Ποιο είναι το σαφέστερο διατυπωμένο κριτήριο για την κατάφαση της υποθετικής αιτιότητας; Πρέπει ή όχι να γίνεται διάκριση στην αμέλεια; Όχι σπάνια, οι διαφορές και οι συγχύσεις αυτές επιτείνουν τη ρευστότητα και την ανασφάλεια δικαίου αντί της σαφούς οριοθέτησης και της προβλεψιμότητας της ποινικής ευθύνης. Η (επι)κριτική στάση της θεωρίας απέναντι στη δικαστηριακή πρακτική και δη του ΑΠ υποδεικνύει δεόντως την ανάγκη επίτευξης μιας σύγκλισης, ιδίως την αποφυγή των συνεχών δογματικών σφαλμάτων και λογικών κενών από τη νομολογία.

Όμως προς το δρόμο μιας πολύπλευρης εξυγίανσης της έννομης τάξης, δεν αναμένεται μόνο η καθοριστική συμβολή του δικαστή, αλλά και του νομοθέτη. Θα συνέβαλε πράγματι στη βελτίωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών στο Τ.Ε.Π. η νομοθετική θέσπιση λεπτομερών κατευθυντήριων οδηγιών αναφορικά με την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, όπως πχ η υποχρέωση των ανειδίκευτων/ειδικευόμενων ιατρών να ενημερώνουν πάραυτα τους ειδικευμένους. Επίσης ιδιαίτερα σημαντική καθίσταται η ορθή λήψη και διαβίβαση του «ιατρικού φακέλου» του ασθενούς, η οποία θα μπορούσε να επιτευχθεί αποτελεσματικά μέσω της ηλεκτρονικής διαβίβασης των ιατρικών δεδομένων. Φαντάζει, τέλος αυτονόητο πως για την πλέον τελέσφορη αντιμετώπιση επειγόντων ιατρικών περιστατικών, διαφαίνεται η ανάγκη επαρκούς στελέχωσης των νοσοκομείων με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και εκσυγχρονισμού και βελτίωσης των υλικοτεχνικών υποδομών.<sup>333</sup>

<sup>333</sup> Τα της παραγράφου αποτελούν πρόταση της Φραγκουδάκη, ο.π.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ-ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΙ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ**

### **Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία-Γνώμες**

- Αναστασόπουλος Δ.*, Ο Αιτιώδης Σύνδεσμος στην Ποινική Ιατρική Ευθύνη, Εισαγωγή, δημοσιευμένο σε Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική, 2014
- Ανδρουλάκης Ν.Κ.*, Η εξωτερική αμέλεια, Ποιν. Χρον. 1970
- Ανδρουλάκης Ν.Κ.*, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2000
- Ανδρουλάκης Ν.*, Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος, 1974
- Ανδρουλάκης Ν.*, Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο; Υπερ 1974, σελ.. 523 επ.
- Αποστολίδου Α.*, παρατηρήσεις σε ΣυμβΠλημΚοζ, Υπερ 1996, σελ. 868 επ.
- Βαθιώτης Κ.*, Στοιχεία Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος, 2007, σελ. 274
- Βαθιώτης Κ.*, Τραγικά διλήμματα στην εποχή του πολέμου και της τρομοκρατίας-Από τη σανίδα του Καρνεάδη στο ποινικό δίκαιο του εχθρού, 2010
- Δαγτόγλου Π. Δ.*, Ατομικά Δικαιώματα, 2010
- Καϊάφα – Γκμπάντι Μ.*, Η αντιμετώπιση των αυτοπροσβολών του θύματος στο “έγκλημα αμέλειας”, Υπερ 1991 σελ. 288 επ.
- Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*, Εξωτερική και εσωτερική αμέλεια στο ποινικό δίκαιο, 1994, σελ.104 επ.
- Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*, Εμβάθυνση στην ποινική νομολογία, 2009
- Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*, Παρατηρήσεις σε ΣυμβΠλημΚαβ 2/1998, Υπερ, σελ.1116-1123
- Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*, Παρατηρήσεις σε ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, Ποιν Δικ, 2001, σελ.1124
- Κανελλοπούλου – Μπότη Μ.* σε Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν.3418/2005) κατά επιμέλεια Λασκαριδής Εμ., 2013, άρθρο 1 παρ.. 4
- Καραγεώργος Κ.*, Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, 1996
- Κοτσαλής Α.*, Γενικό Μέρος Ποινικού Κώδικα, 2013
- Κοτσιανός Σ. Αθ.*, Η ιατρική ευθύνη, 1976
- Κριάρη-Κατράνη Ι.*, Βιοϊατρικές Εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο, 1994
- Κουνουγέρη Μανωλεδάκη Δ.*, Οικογενειακό Δίκαιο, Τόμος ΙΙ, 2012
- Κωστάρας Α.*, Έννοια και θεσμοί του Ποινικού Δικαίου, 2004
- Κωστάρας Α.*, Η εξ αμελείας δια παραλείψεως τέλεση, 2010
- Κωστάρας Α.Π.* Ποινικό Δίκαιο, Επιτομή Ειδικού Μέρους (Άρθρα 134-410 ΠΚ), 2014
- Κωστάρας Α.*, Θεμελιώνει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση μόνη η ιδιότητα του ιατρού; Υπερ 1994, σελ. 1211
- Λιούρδη Α.*, Ιατρική ποινική ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, 2014
- Μαγκάκης*, Ποινικόν Δίκαιον, Διάγραμμα Γενικού Μέρους, 1984, 208-211
- Μαγκάκης Γ.-Α.*, Η σύγκρουση καθηκόντων ως οριακή κατάσταση του ποινικού δικαίου, 1980, σελ. 31 επ.
- Μανωλεδάκης Ι.*, Η σχετικότητα της ποινικής προστασίας, 1980
- Μανωλεδάκης Ι.*, Παρατηρήσεις στο Βουλ.ΣυμβΕφΑθ 2742/1994, Υπερ1995.329.
- Μανωλεδάκης Ι.*, Ποινικό Δίκαιο, Άρθρα 1-19 ΠΚ, Επιτομή Γενικού Μέρους, 2005
- Μαργαρίτης Μ.*, Ο ανθρώπινος στοχασμός και η ελευθερία βούλησης στο ποινικό δίκαιο, σε Ελευθερία της Βούλησης, Επιμέλεια Κοτσαλή Λ., 2005
- Μαργαρίτης, Α.*, Σωματικές βλάβες, 2000
- Ματζακάς Α.*, Ποινική Ιατρική Ευθύνη επί Επειγόντων Περιστατικών, 2016,
- Μπέκας Γ.*, Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, 200
- Μυλωνόπουλος Χ.*, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2007

- Παρασκευόπουλος Ν.*, Τα θεμέλια του ποινικού δικαίου, Γενικό Μέρος: Το έγκλημα, 2008, σελ 250
- Παπαδοπούλου Α. και Παντελής Α.*, Ζητήματα Συνταγματικών Επιφυλάξεων, 1984
- Παπαδοπούλου Α.*, Προγενέστερες Οδηγίες για το Τέλος της Ζωής, Βιοηθική και Συνταγματική Αξιολόγηση, σε Βιοηθικοί Προβληματισμοί, 2014, σελ.235 επ.
- Πελένη-Παπαγεωργίου Α.*, Πραγματείες Αστικού Δικαίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, ο.π., σελ 14, όπου παραπέμπει περαιτέρω σε *Ράβδα Π.*, Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 1 απ.3
- Σακελλαροπούλου Β.*, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, 2011
- Σακελλαροπούλου Β., Λάλα Δ., Σακελλαροπούλου Θ.*, Ιατρικό σφάλμα και guidelines στην ποινική δίκη, ΠοινΔικ 2013, σελ. 177-178
- Σατλάνης Ν.Χ.*, Μεθοδολογικά προλεγόμενα για τον αποκλεισμό και τον περιορισμό του αξιοποίνου. Συγχρόνως μια εισαγωγή στην ερμηνευτική του ποινικού δικαίου, 1999
- Σιδέρης Δ.*, Νομικά προβλήματα από πλαστικές ιατροχειρουργικές επεμβάσεις στο πρόσωπο, ΠοινΧρ ΜΑ/1991, σ. 947.
- Σπινέλλης Δ.*, Το έννομον αγαθόν και η σημασία του εις την σύγχρονον διδασκαλίαν του ποινικού δικαίου, ΠοινΧρ, 1971, σελ. 721 επ.
- Σπινέλλης Δ.*, Συστηματική Ερμηνεία του Ποινικού Κώδικα, 1993
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, Άρνηση γιατρών να χειρουργήσουν ασθενή του AIDS, Υπερ 1993, σελ. 1205 επ.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, Εγκλήματα κατά της Ζωής, 2001
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική - ποινική), 2013
- Τακούδας Δ. Τ.*, Μεταμοσχεύσεις Οργάνων: Από το μύθο στην πραγματικότητα, Μεταμοσχεύσεις, σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Διεύθυνση: Καϊάφα Γκμπάντι Μ, Κουνουγέρι - Μανωλεδάκη Ε, Συμεωνίδου Καντανίδου Ε, 2008, σελ.6,
- Τασόπουλος Γ.Α.*, Το ηθικοπολιτικό θεμέλιο του Συντάγματος, σε Δημοσιεύματα Συνταγματικού Δικαίου, 2001, σελ. 204 επ.
- Τάχος, Α.Ι.*, Διοικητικό Δίκαιο, 2005
- Τόπαλης Σ.*, Η ποινική ευθύνη του ειδικευόμενου γιατρού, ΠοινΔικ, 2004, σελ. 1253 επ
- Τόπαλης Σ., Χοβάρδα Χ.*, Ποινική Ιατρική Ευθύνη, σε Η Ιατρική Ευθύνη στην Πράξη, Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Επιμ. *Γώγος Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παπαδοπούλου Α., Φουντεδάκη Κ.*, 2010
- Τσίτουρα Α.*, παρατηρήσεις στην ΑΠ 1063/2000, Ποιν. Δικ 2001, σελ. 120 επ.
- Φράγκος Κ.* Ιατρική Ευθύνη, Αστική-Ποινική-Πειθαρχική, Ποινικά Αδικήματα Ιατρών, 2018
- Φραγκουδάκη Ε.*, Ιατρική ευθύνη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Προδημοσίευση του άρθρου από τον τόμο που πρόκειται να δημοσιευτεί με τα Πρακτικά των Εισηγήσεων του Συνεδρίου του Αγίου Σάββα “Τα νέα φάρμακα στην τεχνολογία” Προς το παρόν δημοσίευση στο διαδίκτυο <https://www.iatrikodikaio.com/ιατρική-ευθύνη-στο-τμήμα-επειγόντων-π/>
- Φραγκούλης Γ.Ε.*, Έκθεση, ιατρική ευθύνη, κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, σύγκρουση καθηκόντων, ενδεχόμενος δόλος, 2017, [http://gefragoulis.blogspot.com/2017/08/blog-post\\_9.html](http://gefragoulis.blogspot.com/2017/08/blog-post_9.html)
- Φουντεδάκη Κ.*, Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση), σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, 2006, Κεφ 2ο
- Φυτράκης Ευ.*, Η σύγκρουση καθηκόντων στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σε Ιατρική Δεοντολογία, επιμ. Παπαχρίστου Θ. Και Βιδάλη Τ., 2013, σελ. 143 επ.
- Χαραλαμπάκης Α.*, Διάγραμμα Ποινικού Δικαίου, 2003,
- Χαραλαμπάκης Α.*, Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία, 1993
- Χαραλαμπάκης Α.*, Ιατρική Ευθύνη, Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, 2016

Χρυσόγονος Χ., Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, 2006

Χωραφάς Ν., Ποινικόν Δίκαιον, 1978

Ψαρούλης Δ- Βούλτσος Π., Ιατρικό Δίκαιο, Στοιχεία Βιοηθικής, 2010

### **Δικαστικές αποφάσεις που παρατέθηκαν κατά χρονολογική σειρά**

#### **Ακυρωτικό**

ΑΠ 235/1975, ΠοινΧρ. 1975, σελ. 628

ΑΠ 1135/1993 ΠοινΧρ 1993, σελ. 855

ΑΠ 1282/1994 ΠοινΧρ 1994, σελ. 1138

Α.Π. 555/1997 Ποιν.Χρ. 1998 σελ. 126

ΑΠ 1416/1997, Υπερ 1998, σελ.1049 επ. με παρατηρήσεις Καϊάφα-Γκμπάντι.

Α.Π. 1492/1998 Ποιν. Χρ. 1999 σελ. 895

Α.Π. 419/2000, Ποιν. Χρ. 2000 σελ. 910

ΑΠ 1063/2000, ΠοινΔικ 2001, σελ. 120 επ. με παρατηρήσεις Τσίτουρα

ΑΠ 1384/2001, ΠοινΔικ 2004, σελ. 1260.

ΑΠ 797/2002 σε ΠοινΔικ 2004, σελ. 1235, παρατηρήσεις Αδάμου Ο.

ΑΠ 2451/2003, Ποιν.Λογ 2003, σελ. 2608

ΑΠ 1671/2003 Ποιν. Λογ 2003, σελ.1887

ΑΠ 1659/2003, ΠοινΔικ 2004. σελ.386 και ΠοινΛογ2003 σελ. 1869 επ.

ΑΠ 76/2004, ΠοινΧρ. 2004, σελ.775-777

ΑΠ 290/2004 ΠοινΧρον 2005, σελ.54

ΑΠ 290/2004, Ποιν Δικ 2004, σελ. 737

ΑΠ 1415/2005, ΠοινΧρον 2006 σελ.244

ΑΠ 1206/2006, ΠοινΛογ 2006, σ. 1170 και <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

ΑΠ 1010/ 2007 ΝΟΜΟΣ και <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

ΑΠ 1211/2007, Ποιν.Λογ. 2007, σελ. 857

ΑΠ 1436/2007 ΠοινΔικ 2008, 380

ΑΠ 1709/2007, ΠοινΧρ 2008, σελ. 544

ΑΠ 1484/2008 δημοσ. ΝΟΜΟΣ και <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

ΑΠ 1220/2008, με παρατηρήσεις Αναστασόπουλου Δ. στην ΠοινΔικ 2009, σελ. 1196

ΑΠ 2183/2008, <http://www.areiospagos.gr>,

ΑΠ 1609/2009 ΠοινΧρον 2010, σελ.555

ΑΠ 830/2009, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 1721/2010, ΠοινΧρον 2011, σελ. 682

ΑΠ 607/2010, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 1108/2011 δημοσ. ΝΟΜΟΣ και <http://www.areiospagos.gr>

ΑΠ 1308/2011, δημοσ. ΝΟΜΟΣ.

ΑΠ 669/2011, ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 640/2011, <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

ΑΠ 670/2011, <http://www.areiospagos.gr>

ΑΠ 436/2012, ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 1311/2012 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

ΑΠ 1069/2013 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

ΑΠ 1034/2013 δημοσ. ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 880/2013 <http://www.areiospagos.gr/nomologia/apofaseis>

ΑΠ 1217/2014, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 675/2014, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 230/2015 ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 750/2015, δημοσ. ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 809/2015, ΠοινΔνη 2016, σελ.1176

ΑΠ 782/2015 δημοσ.ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 785/2015, ΝΟΜΟΣ

ΑΠ 35/2016 <http://www.areiospagos.gr>,

ΑΠ 1114/2016, ΝΟΜΟΣ

### **Δικαστήρια ουσίας**

ΣυμβΠλημΒόλ 119/1985, ΠοινΧρ 1985, σελ.738 επ.

Συμβ.Πλημ.Θεσ. 69/1991, Υπερ. 1991, σελ. 460

Συμβ.Εφ.Αιγ 48/1992, ΠοινΧρ. 1993, σελ.58

ΣυμβΠλημ. Αθ.3654/1992, ΠοινΧρ. 1992, σελ.1118

Συμβ. Πλημ.Καβ 2/1995 Υπερ, 1998, σελ.1116 επ. με παρατηρήσεις *Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.*,

ΤριμΕφετΑθ 4549/2000, ΠοινΔικ, 2002, σελ. 130

ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001, Εισαγγελική πρόταση *Σατλάνη Χ.*, ΠοινΔικ 11/2001, σελ.1114 επ.

Συμβ.Πλημ.Αιγ 46/2001, Ποιν.Χρ 2001, σελ. 940

Τριμ.Πλημ.Ρόδ 3016/2003, ΠοινΔικ 2004, σελ.1258

Συμβ.Πλημ.Ιωανν. 181/2004, ΠοινΔικ, 2004, σελ.1245

ΣυμβΠλημΘεσ 546/2005, ΠοινΔικ 2005, σελ.1133 επ., εισαγγελική πρόταση *Νικολοπούλου Ν.*

Συμβ. Πλημ. Χίου 45/2006, ΠοινΔικ 2006 σελ.1376

ΔιοικΕφΘεσ 1786/2005, Αρμ 2007 Β, σελ. 1781

ΤρΠλημΑθ 21422/2010, ΠοινΔικ 2010, σελ.1270

Συμβ.Πλημ.Δραμ. 1191/2010, ΠοινΧρ. 2011, σελ.383

Συμβ.Πλ.Καλαμ. 996/2015, ΠοινΧρ 2016, σελ. 465