



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**"Η ΠΟΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ "**

υπό

ΓΕΩΡΓΙΑΣ ΧΡ. ΝΙΤΣΙΑΚΟΥ

Συμβολαιογράφου

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2021

Επιβλέπουσα:

Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Άννα Μαυροφόρου
2. Αθανάσιος Γιαννούκας
3. Γεώργιος Κούβελος

"CRIMINAL AND CIVIL LIABILITY OF RESIDENT DOCTORS IN GREECE"

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή.....	8
1. Ιατρική ευθύνη.....	10
1.1. Σύντομη ιστορική επισκόπηση.....	10
1.2. Οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας ως έρεισμα της ιατρικής ευθύνης στην ελληνική έννομη τάξη.....	11
2. Ιατρικό σφάλμα.....	12
2.1. Εννοιολογική προσέγγιση.....	12
2.2. Κριτήρια εξειδίκευσης του ιατρικού σφάλματος.....	14
2.3. Το μέτρο επιμέλειας του ειδικευόμενου ιατρού.....	13
3. Η ευθύνη των ειδικευόμενων ιατρών.....	17
3.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις.....	17
3.2. Αστική ευθύνη.....	18
3.2.1. Η αστική ιατρική ευθύνη γενικά.....	18
3.2.2. Η αστική ευθύνη των ειδικευόμενων ιατρών.....	19
3.3. Ποινική ευθύνη ειδικευόμενων.....	21
3.4. Η ανάθεση ιατρικών καθηκόντων στους ειδικευόμενους ιατρούς στο πλαίσιο της κατανομής αρμοδιοτήτων.....	24
3.5. Υποχρεώσεις επιμέλειας του ειδικευόμενου ιατρού.....	26
3.6. Οι υποχρεώσεις των ειδικευόμενων στα πλαίσια εφημερία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	27
4. Περιπτωσιολογική παράθεση σφαλμάτων ειδικευόμενων ιατρών.....	28
4.1. Διενέργεια διαγνωστικής ή θεραπευτικής ιατρικής πράξης για την οποία δε διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες.....	28
4.2. Παράλειψη ειδοποίησης ή μη έγκαιρη ειδοποίηση του ειδικού ιατρού.....	29
4.3. Διενέργεια ιατρικών πράξεων κατά παράβαση των υποδείξεων του ειδικού ιατρού.....	31
4.4. Παράλειψη ή πλημμελής διενέργεια στοιχειωδών ιατρικών πράξεων ή παράλειψη παροχής πρώτων βοηθειών.....	31
4.5. Πλημμελής διάγνωση όταν η διάγνωση και η ορθή ερμηνεία των συμπτωμάτων είναι προφανής ακόμη και για έναν μη ειδικό ιατρό.....	32
5. Συμπέρασμα.....	33

Βιβλιογραφία.....35

Περίληψη

Η διενέργεια ιατρικών πράξεων αποτελεί μία περίπλοκη επιστημονική δραστηριότητα στην οποία εμπλέκονται, κατά κανόνα, περισσότερα του ενός πρόσωπα, μεταξύ των οποίων και ειδικευόμενοι ιατροί. Άμεση δε συνέπεια της διεύρυνσης του κύκλου των εμπλεκομένων προσώπων είναι και η διεύρυνση των υποκειμενικών ορίων της ιατρικής ευθύνης. Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται το ζήτημα της αστικής και ποινικής ευθύνης των ειδικευόμενων ιατρών κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων ή τη συμμετοχή τους σε αυτές. Σκοπός της εργασίας είναι η εξέταση της ευθύνης των ειδικευόμενων ιατρών τόσο από την πλευρά της ελληνικής θεωρίας όσο και από την πλευρά της νομολογίας, που αποτελεί ζήτημα μείζονος ενδιαφέροντος, ενόψει του ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί βρίσκονται υπό καθεστώς εποπτείας και καθοδήγησης και οι διενεργούμενες από αυτούς ιατρικές πράξεις αποσκοπούν, πέραν της θεραπείας του ασθενούς, που αναμφίβολα συνιστά το πρωτεύον καθήκον, και στην πρακτική εκπαίδευση τους, η οποία αποτελεί αναγκαίο προαπαιτούμενο για την απόκτηση του τίτλου της ιατρικής ειδικότητας. Στο πλαίσιο αυτό θα προηγηθεί μία αναφορά στους γενεσιουργούς λόγους της αστικής και ποινικής ιατρικής ευθύνης γενικά, ενώ στη συνέχεια η ανάπτυξη θα εστιάσει στην περίπτωση των ειδικευόμενων ιατρών, στο ιδιαίτερο καθεστώς εποπτείας στο οποίο τελούν, ενώ θα επιχειρηθεί και ο εντοπισμός και η περιπτωσιολογική παράθεση των υποχρεώσεων και καθηκόντων των ιατρών αυτών, που οριοθετούν και καθορίζουν και το πλαίσιο ευθύνης τους, το οποίο αποτελεί και το κεντρικό σημείο της παρούσας μελέτης.

Λέξεις- Κλειδιά: Ειδικευόμενοι ιατροί, Αστική ευθύνη ειδικευόμενων ιατρών, Ποινική ευθύνη ειδικευόμενων ιατρών, Σφάλματα ειδικευόμενων ιατρών.

Abstract

The performance of medical acts is a complex scientific activity, which generally involves more than one person, including residents. The expansion of the circle of the people involved directly results in extension of the subjective limits of medical liability. This thesis deals with the civil and criminal liability of the residents during medical acts or their involvement in these. It aims to examine the residents' liability on the basis both of the theoretical analysis and the case-law. This liability is a matter of major importance in view of the fact that residents are under supervision and guidance, and, in addition to the patient's treatment, which undoubtedly constitutes the principal task, the medical acts performed by the doctors are also aimed for the residents' practical training, which is a crucial condition for the award of evidence of formal qualifications in specialised medicine. In this context, a reference to the root causes of the civil and criminal liability in general terms will be made before focusing on the residents and the specific supervisory regime which applies to them. Finally, we will try to identify and to present the residents' duties and tasks on a case-by-case basis, setting the limits of and determining their liability, which constitutes the key issue thereof.

Key words: resident doctors, civil liability of residents, criminal liability of residents, medical errors.

Συντομογραφίες

ΑΚ	Αστικός Κώδικας
αριθμ.	αριθμός
ΑΠ	Άρειος Πάγος
ΔΠρ	Διοικητικό Πρωτοδικείο
ΕισΝΑΚ	Εισαγωγικός Νόμος Αστικού Κώδικα
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΙΔ	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
ν.	νόμος
ν.π.δ.δ.	Νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
ΠΠρ	Πολυμελές Πρωτοδικείο
ΠοινΔνη	Ποινική Δικαιοσύνη (περιοδικό)
ΠοινΧρ	Ποινικά Χρονικά (περιοδικό)
ΣτΕ	Συμβούλιο της Επικρατείας
ΣυμβΠλημ	Συμβούλιο Πλημμελειοδικών
Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΠΝ	Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Ιπποκράτης στο έργο του Έπιδημιαί προτρέπει τον γιατρό «*Ασκέειν, περι τὰ νοσήματα, δύο, ώφελείν, ή μή βλάπτειν*», δηλαδή, κατά την ιατρική του πράξη, να εστιάζει στην ωφέλεια του ασθενούς ή τουλάχιστον να μην του προκαλεί κακό. Η Ιπποκρατική αυτή παραίνεση αποτελεί θεμελιώδες ιατρικό αξίωμα, το οποίο συνοδεύει την άσκηση της ιατρικής από τις απαρχές της μέχρι και σήμερα. Ωστόσο, όπως σε κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα, έτσι και σε κάθε ιατρική πράξη ενυπάρχει το ενδεχόμενο του σφάλματος, που έχει ως συνέπεια τη βλάβη του ασθενούς και τη θεμελίωση ευθύνης του ιατρού για το ζημιογόνο αποτέλεσμα.

Η ιατρική ευθύνη συνιστά το σημαντικότερο πεδίο τομής δύο επιστημών, της Ιατρικής και της Νομικής επιστήμης, ο συγκερασμός των οποίων συχνά αποδεικνύεται δυσχερής, ενόψει του ότι εμφορούνται από εντελώς διαφορετικό τρόπο προσέγγισης των πραγμάτων και αντίληψη περί της υπόστασης του ανθρώπου· από τη μία η ιατρική μεταχειρίζεται τον άνθρωπο ως ασθενή που έχει ανάγκη βοήθειας, το δε δίκαιο από την άλλη ως υποκείμενο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων[1]. Άλλωστε, οι ιδιαιτερότητες του ιατρικού λειτουργήματος και η άμεση σύνδεσή του με το υπέρτατο για τον άνθρωπο έννομο αγαθό της ανθρώπινης ζωής και υγείας προσδίδουν στην ευθύνη των ιατρών και μία ηθικοκοινωνική διάσταση. Υπό το πρίσμα αυτό, η ιατρική ευθύνη είναι η αντίδραση της κοινωνίας απέναντι σε μία στάση του ιατρού που εκτρέπεται από τις βασικές αρχές της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας[2].

Η ιατρική ευθύνη αποτελεί σήμερα ένα θέμα μείζονος νομικού ενδιαφέροντος, που τυγχάνει ενδεδειγμένης θεωρητικής και νομολογιακής επεξεργασίας. Η αλματώδης εξέλιξη των ιατρικών επιστημών, ο αυξανόμενος αριθμός των ιατρικών πράξεων που διενεργούνται καθημερινά, σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα αυτών, αλλά και η βαθιά μεταβολή που έχει υποστεί η σχέση ιατρού – ασθενούς, με την απομάκρυνση από το παρωχημένο μοντέλο του ιατρικού πατερναλισμού και την αντίληψη περί ιατρικής αυθεντίας και την ενδυνάμωση της θέσης του ασθενούς, οδήγησαν σταδιακά σε μία συστηματική αναζήτηση της ευθύνης του ιατρού. Είναι γεγονός, ότι ο γιατρός, στη σημερινή εποχή, ολοένα και συχνότερα, εκτίθεται στη νομική κρίση[1].

Παράλληλα, στο πεδίο της άσκησης της ιατρικής επιστήμης, είναι πολύ συχνή, η εμπλοκή γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων και βαθμών, με αποτέλεσμα, κατά την αναζήτηση της ιατρικής ευθύνης που απορρέει από μία αποτυχημένη ιατρική πράξη, να

εξετάζεται η δράση όλων των μετεχόντων σε αυτή προσώπων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα εκείνο του ειδικού και του ειδικευόμενου γιατρού. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη διαρκώς εντεινόμενη τάση αξιολόγησης και αντιμετώπισης των ιατρικών περιστατικών αποκλειστικά από ειδικευόμενους γιατρούς, ιδίως όταν πραγματοποιούν εφημερίες στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, ενώ οι εφημερεύοντες ειδικοί ιατροί απουσιάζουν, φέρνει τα σχετικά με την ευθύνη του ειδικευόμενου ιατρού ζητήματα ολοένα και περισσότερο στο προσκήνιο.

Αντικείμενο της διπλωματικής εργασίας συνιστά, λοιπόν, η λεπτομερής εξέταση της αστικής και ποινικής ευθύνης του ειδικευόμενου ιατρού. Κατά τη μελέτη των ζητημάτων που άπτονται της ευθύνης των ειδικευομένων ανακύπτουν ποικίλα νομικά προβλήματα, λόγω της ιδιαιτερότητάς τους, που έγκειται στο ότι καλούνται να υπηρετήσουν ένα θεσμό, που αποσκοπεί, πέρα από την προάσπιση του συμφέροντος του ασθενούς, ως πρωτεύον καθήκον, αλλά και στην πρακτική εκπαίδευσή τους, προκειμένου να αποκτήσουν τον τίτλο της ιατρικής ειδικότητας[3].

Βέβαια, η εξέταση των ζητημάτων αυτών, προϋποθέτει την προσέγγιση και οριοθέτηση της θεμελιώδους, στον τομέα της ιατρικής ευθύνης και, κατ' επέκταση, και της ευθύνης των ειδικευομένων, έννοιας του ιατρικού σφάλματος. Έτσι, αφού παρουσιαστεί αδρομερώς, στο πρώτο κεφάλαιο, η ιστορική εξέλιξη της ιατρικής ευθύνης και οι διάφορες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί γι' αυτήν, θα επιχειρηθεί, στο δεύτερο κεφάλαιο, η εννοιολογική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος και θα εκτεθούν τα ειδικότερα κριτήρια που έχουν προταθεί για την εξειδίκευσή του. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στον προσδιορισμό του μέτρου επιμέλειας του ειδικευόμενου ιατρού κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, σύμφωνα με το οποίο αξιολογείται η συμπεριφορά του. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας, θα διερευνηθεί το ζήτημα της ευθύνης των ειδικευομένων ιατρών, από την οπτική γωνία τόσο του αστικού όσο και του ποινικού δικαίου, ενώ επιχειρείται, τέλος, και μία περιπτωσιολογική εξέταση των ιατρικών σφαλμάτων των ειδικευομένων. Η προσέγγιση των θεμάτων γίνεται με αναφορά στη θεωρία και με τη συνδρομή της νομολογίας, όπου είναι δυνατό.

1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

1.1. Σύντομη ιστορική επισκόπηση

Παρότι το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης είχε τεθεί με αξιοσημείωτη ένταση πριν έναν περίπου αιώνα, εντούτοις, ανατρέχοντας στην αρχαιότητα, διαπιστώνουμε ότι ανέκαθεν απασχολούσε τους ανθρώπους και τις κοινωνίες.

Ο βαβυλωνιακός «Κώδικας του Χαμουραμπί», ένα από τα αρχαιότερα κείμενα νομικών διατάξεων, που χρονολογείται στο 18 π.Χ., θέσπισε διατάξεις που καθιέρωσαν την ευθύνη του γιατρού, επιβάλλοντας ιδιαίτερα σκληρές σωματικές ποινές.

Στην Αίγυπτο της εποχής των Φαραώ, η αρχή της ιατρικής ευθύνης καθιερώθηκε με την περιώνυμη «Ιερά Βίβλο», η οποία απέδιδε πρωταρχική σημασία στην απαρέγκλιτη τήρηση των ιατρικών κανόνων, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την απαλλαγή του γιατρού.

Στο αρχαίο ελληνικό δίκαιο επικρατούσε, αρχικά, μία θεοκρατική αντίληψη για την άσκηση της ιατρικής, η οποία είχε ως συνέπεια την απουσία ειδικών διατάξεων που να καθιερώνουν την ιατρική ευθύνη και την επικράτηση της αντίληψης περί ανεύθυνου των γιατρών. Νόμοι σχετικά με την ιατρική ευθύνη θεσπίστηκαν κατά τον 6^ο και 7^ο π.Χ. αιώνα, επί Δράκοντα και Σόλωνα, αντίστοιχα, οπότε άρχισε να οριοθετείται η ιατρική ως αυτοτελής επιστήμη, ενώ οι επιστημονικές βάσεις της ιατρικής τέθηκαν, ουσιαστικά, τον 5^ο π.Χ. αιώνα από τον Ιπποκράτη, ο οποίος ταξινόμησε συστηματικά τις ασθένειες και τις μεθόδους θεραπείας τους και τόνισε την ανάγκη ορθής εφαρμογής αυτών για την αποφυγή της επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς. Είναι χαρακτηριστικό, μάλιστα, ότι, παρότι γιατρός ο ίδιος, στο έργο του «Νόμος» επέκρινε την απουσία νομοθετικής πρόβλεψης σχετικά με την ιατρική ευθύνη.

Στο ρωμαϊκό δίκαιο, το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης τέθηκε ήδη από την εποχή της Δωδεκαδέλτου (5^ο π.Χ. αιώνας), η οποία καθόριζε ποινικές κυρώσεις σε βάρος των γιατρών, ενώ ακολούθησε η θέσπιση και άλλων σπουδαιών νομοθετημάτων ως προς την ιατρική ευθύνη. Ως λόγος ιατρικής ευθύνης δε θεωρήθηκε η αποτυχία της ιατρικής πράξης, αλλά η αμέλεια και η απειρία των γιατρών. Ωστόσο, στην πράξη, οι γιατροί συνήθως απαλλάσσονταν λόγω της δυσχέρειας απόδειξης του ιατρικού σφάλματος.

Την ποινική ευθύνη των γιατρών προέβλεπε και η βυζαντινή νομοθεσία, υπό την προϋπόθεση, όμως, της απόδειξης ιατρικού σφάλματος κατόπιν σχετικής πραγματογνωμοσύνης.

Ακολούθησε μία περίοδος, από τον 12^ο μέχρι τον 17^ο μ.Χ. αιώνα, κατά την οποία οι γιατροί δρούσαν ανεξέλεγκτοι, ενώ από τη γαλλική επανάσταση και έπειτα, το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης άρχισε να επανεξετάζεται, χωρίς, ωστόσο, να ρυθμιστεί νομοθετικά.

Από την προηγούμενη συνοπτική επισκόπηση καθίσταται αντιληπτό ότι, στη διαδρομή των αιώνων, η ιατρική ευθύνη δεν αντιμετωπίστηκε κατά τρόπο ενιαίο. Ενόψει της πολυγωνμίας που επικράτησε, διαμορφώθηκαν, κατά τον 19^ο αιώνα, τρεις διαφορετικές θεωρίες σχετικά με την ευθύνη των ιατρών, κατά την εκτέλεση ιατρικών πράξεων. Σύμφωνα με την πρώτη, η οποία καθιέρωνε το απολύτως ανεύθυνο των ιατρών, η ευθύνη τους είναι μόνο ηθική, συνειδησέως, ενώ νομική ευθύνη υπέχουν στις περιπτώσεις που ενήργησαν με πρόθεση. Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει την ελαττωμένη ευθύνη των ιατρών, την οποία περιορίζει αποκλειστικά στις περιπτώσεις που ενήργησαν με βαριά αμέλεια. Η απουσία, ωστόσο, πειστικού επιχειρήματος που να δικαιολογεί αυτήν την προνομιακή αντιμετώπιση οδήγησε στην εγκατάλειψη των θεωριών αυτών και στην ανάπτυξη της θεωρίας της πλήρους υπευθυνότητας των ιατρών, την οποία αποδέχονται σήμερα οι έννομες τάξεις ως κρατούσα και σύμφωνα με την οποία ο γιατρός υπάγεται στους κανόνες του κοινού δικαίου, ευθυνόμενος όχι μόνο για δόλο, αλλά και για οποιασδήποτε μορφής αμέλεια. [1],[4]

1.2. Οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας ως έρεισμα της ιατρικής ευθύνης στην ελληνική έννομη τάξη

Στην ελληνική δικαιοσύνη δεν εντοπίζεται ειδική νομοθετική ρύθμιση της ιατρικής ευθύνης. Σχετικοί με την ιατρική ευθύνη πρέπει να θεωρηθούν οι ρυθμιστικοί της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος κανόνες που θεσπίζουν αμέσως ή εμμέσως υποχρεώσεις του γιατρού έναντι του ασθενούς[7]. Τους γενικούς κανόνες άσκησης της ιατρικής επιστήμης διατυπώνει σήμερα ο ισχύων Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος τέθηκε σε εφαρμογή με το Ν. 3418/2005. Η σημασία των κανόνων του έγκειται στο ότι, παρότι πρωτογενώς δε ρυθμίζουν την ιατρική ευθύνη, οι υποχρεώσεις που θεσπίζουν, οριοθετούν τα πλαίσια της συμπεριφοράς του γιατρού, ώστε η παραβίασή τους να επισύρει την αντίστοιχη ευθύνη, η οποία είναι συνήθως πειθαρχική, ενδέχεται, όμως, να είναι και ποινική και αστική, οπότε εφαρμόζονται συνδυαστικά και οι κανόνες του ποινικού και του αστικού δικαίου[7]. Η αντιμετώπιση των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας ως πηγή του δικαίου της ιατρικής ευθύνης επιβεβαιώνεται, άλλωστε, και από την πάγια νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων, που, όταν φέρονται ενώπιόν τους προς κρίση θέματα ιατρικής ευθύνης, παραπέμπουν στις

διατάξεις αυτές, αναφορικά με τις υποχρεώσεις επιμέλειας του γιατρού[7], ιδίως δε στα άρθρα 2 παρ. 3, 3 παρ. 2 και 3 και 10 παρ. 1 και 3.

Όπως επισημαίνεται στην αιτιολογική έκθεση του ΚΙΔ, ο γιατρός, ασκώντας το λειτούργημά του, οφείλει να πράττει με τη δέουσα προσοχή και ικανότητα, αλλά, συγχρόνως, έχοντας κατά νου τις ανάγκες του κάθε ασθενή, εφαρμόζοντας το νομικό και ηθικό πλαίσιο που ισχύει και τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Δεδομένης, μάλιστα, της καθολικότητας της εφαρμογής του ΚΙΔ, οι διατάξεις του και η ευθύνη που απορρέει από αυτές έχουν εφαρμογή στο σύνολο του ιατρικού σώματος[2], καταλαμβάνουν, συνεπώς, και τους ειδικευόμενους γιατρούς, οι οποίοι, εκπαιδευόμενοι στην πράξη, καλούνται, παράλληλα, να ανταποκριθούν σε αυτό τον ευρύ και ιδιαίτερα σημαντικό κοινωνικό και επιστημονικό ρόλο που αποδίδεται στο ιατρικό επάγγελμα[11].

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ζήτημα ιατρικής ευθύνης ενδέχεται να ανακύψει είτε σε περίπτωση αυθαίρετης ιατρικής πράξης, αυτής δηλαδή που διενεργήθηκε δίχως την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, είτε σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος. Ενόψει του ότι από μία σύντομη επισκόπηση της νομολογίας καθίσταται αντιληπτό ότι η ιατρική ευθύνη είναι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, συνυφασμένη με το ιατρικό σφάλμα, κρίνεται σκόπιμο, προτού εισέλθουμε στη διερεύνηση της ευθύνης των ειδικευομένων ιατρών, που συνιστά την κεντρική προβληματική της εν λόγω εργασίας, να προηγηθεί μία συνοπτική αναφορά στη γενικότερη έννοια του ιατρικού σφάλματος.

2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ

2.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Ακρογωνιαίο λίθο και θεμέλιο της ιατρικής ευθύνης -είτε της αστικής, είτε και της ποινικής- είναι, όπως ήδη εκτέθηκε, το ιατρικό σφάλμα, η αποτυχημένη ιατρική πράξη[5]. Αποτελεί τη συνηθέστερη βάση των αγωγών αποζημίωσης που ασκούνται κατά των ιατρών[6],[7]· ακόμα και στις περιπτώσεις που η αγωγή θεμελιώνεται σε παράβαση κάποιας άλλης υποχρέωσης, ιδίως της υποχρέωσης λήψης της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς, συνήθως υπολανθάνει ιατρικό σφάλμα ή σχετική υπόνοια του ζημιωθέντος, ο οποίος διαλέγει την έτερη νομική βάση λόγω των αυξημένων πιθανοτήτων ευδοκίμησης της αγωγής του[7].

Ως ιατρικό σφάλμα (medical malpractice) ορίζεται η συμπεριφορά του γιατρού που υπολείπεται της επιμέλειας που επιβάλλεται στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη

περίπτωση ειδικότερα, κατά κανόνα, επειδή αντιβαίνει στους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, δηλαδή ο γιατρός δεν ενεργεί de lege artis.[7],[8]. Υπό μία ευρύτερη έννοια, ιατρικό σφάλμα συνιστά κάθε αμελής συμπεριφορά του γιατρού, χωρίς απαραίτητα να ανάγεται στους ιατρικούς κανόνες[7].

Ιατρικής φύσης εσφαλμένες ενέργειες που στοιχειοθετούν ιατρικό σφάλμα συνιστούν η εσφαλμένη επιλογή ή εφαρμογή θεραπείας ή η παράλειψη θεραπευτικής αγωγής, καθώς επίσης και η εσφαλμένη διάγνωση, που είχε ως συνέπεια την παράλειψη υπόδειξης της δέουσας θεραπείας[13]. Στο πλαίσιο, ειδικά, της διερεύνησης της ευθύνης των ειδικευομένων, πέραν των ανωτέρω περιπτώσεων, η συχνότερη μορφή ιατρικού σφάλματος που καταλογίζεται σε αυτούς είναι το «ιατρικό σφάλμα περί την ανάληψη», το οποίο συνδέεται, συνήθως, με το «ιατρικό σφάλμα περί την ανάθεση» από την πλευρά του εποπτεύοντος ειδικού γιατρού, για τα οποία θα γίνει λόγος σε επόμενο κεφάλαιο.

Επισημαίνεται, ακόμη, ότι, σε περίπτωση αποτυχημένης ιατρικής πράξης, η οποία συνδέεται εξ ορισμού, είτε άμεσα είτε έμμεσα, με βλάβη του σώματος ή της υγείας ή και με το θάνατο του ασθενούς, η ευθύνη του γιατρού δε συναρτάται με το αρνητικό αποτέλεσμα αυτής, αλλά με την, αιτιακά συνδεόμενη με τη δυσμενή αυτή εξέλιξη, αμελή και μη σύμφωνη με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης συμπεριφορά του. Και τούτο διότι, η βλάβη της υγείας του ασθενούς μπορεί να μη συνδέεται με εσφαλμένη ενέργεια ή παράλειψη του γιατρού, αλλά δύναται να προκύψει και λόγω της κακής κατάστασης του ασθενούς ή ως παρενέργεια της νόσου ή επιπλοκή, στα πλαίσια μίας, κατά τα λοιπά, ορθής ιατρικής πράξης. Ενδεικτική είναι η ΣτΕ 1253/2017[37], η οποία έκρινε ότι η αισθητικοκινητική παραπληγία που εμφάνισε ο ασθενής κατόπιν επέμβασης στη σπονδυλική στήλη «είναι μια πιθανή επιπλοκή, σε κάποιες περιπτώσεις αναπόφευκτη, χωρίς να υπάρχει ίχνος ιατρικής ευθύνης ή αμέλειας». Εξάλλου, ο γιατρός δεν εγγυάται την επίτευξη ορισμένου αποτελέσματος, αλλά μόνο τη σύμφωνη με ορισμένα πρότυπα διενέργεια της ιατρικής πράξης. Η θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης στο αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης, ανεξαρτήτως παρανομίας ή υπαιτιότητας του γιατρού, δηλαδή η θεώρησή της ως ευθύνης από διακινδύνευση, θα κατέληγε στο ανεπιεικές αποτέλεσμα να επιρρίπτεται στο γιατρό το σύνολο του θεραπευτικού κινδύνου και θα οδηγούσε, περεταίρω, στη λεγόμενη «αμυντική ιατρική», η οποία σαφώς είναι ανεπιθύμητη[7]. Υπό τα δεδομένα αυτά, η σημασία του ιατρικού σφάλματος είναι αδιαμφισβήτητη στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης, ενόψει του ότι συνιστά το κριτήριο, μέσω

του οποίου επιτυγχάνεται η κατά το δυνατόν δίκαιη και ορθολογική κατανομή του θεραπευτικού κινδύνου μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς[7],[8].

2.2. Κριτήρια εξειδίκευσης του ιατρικού σφάλματος

Για την κρίση σχετικά με την ύπαρξη ή μη ιατρικού σφάλματος, η νομολογία σχεδόν στερεότυπα θέτει ως μέτρο σύγκρισης τον μέσο συνετό γιατρό της ίδιας ειδικότητας, που πράττει κατά τους κανόνες και τις αρχές της ιατρικής (lege artis)[7], ακολουθώντας την κρατούσα άποψη για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του ζημιώσαντος με βάση το πρότυπο του τυπικού (μέσου) εκπροσώπου του επαγγελματικού κύκλου στον οποίο ανήκει[12]. Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι η διάκριση μεταξύ της επιβαλλόμενης επιμέλειας, με την οποία ταυτίζεται η de lege artis συμπεριφορά, και της συνήθους επαγγελματικής πρακτικής δεν είναι πάντα εύκολη. Η προσέγγιση αυτή τείνει να εγκαταλειφθεί από τη θεωρία, και λόγω των εγγενών αδυναμιών που παρουσιάζει, εξαιτίας της συνεχούς εξειδίκευσης της ιατρικής επιστήμης που καθιστά, περαιτέρω, δυσχερή τον προσδιορισμό του τι είναι και τι όχι κανόνας της ιατρικής επιστήμης.

Υπό τα ανωτέρω δεδομένα, η σύγχρονη θεωρία προτείνει την εξειδίκευση του ιατρικού σφάλματος με αναγωγή στα standards του ιατρικού επαγγέλματος, δηλαδή στα πρότυπα ή στις προδιαγραφές ποιότητας που πρέπει να ακολουθεί η παροχή ιατρικών υπηρεσιών, όπως αυτά διαμορφώνονται με βάση το επίπεδο της επιστημονικής γνώσης και την πρακτική εμπειρία κατά το χρόνο που διενεργείται η πράξη[7],[9]. Κατά το εν λόγω κριτήριο, αμελής είναι η συμπεριφορά του γιατρού που δεν ανταποκρίνεται στα συγκεκριμένα πρότυπα[10]. Προς την κατεύθυνση αυτή κινούνται και οι κατευθυντήριες γραμμές που εφαρμόζονται σε ορισμένες κλινικές και νοσοκομεία.

Μία τρίτη, τέλος, προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος, η οποία δεν αναιρεί τις δύο προηγούμενες, αλλά αποτελεί το αναγκαίο συμπλήρωμα αυτών, θέτει ως αφετηρία το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς, με βάση το οποίο θα διαπιστωθεί αν ο γιατρός ήταν αμελής ή επιμελής. Η προσέγγιση αυτή βρίσκει νομοθετικό έρεισμα στο άρθρο 3 παρ. 3 ΚΙΔ, που αναφέρει ότι ο γιατρός «έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης για τον συγκεκριμένο ασθενή (...)».

2.3. Το μέτρο επιμέλειας του ειδικευόμενου ιατρού

Κατά την προηγηθείσα προσέγγιση της έννοιας του ιατρικού σφάλματος, κατέστη σαφές ότι αυτό συναρτάται με την έννοια του προτύπου ή μέτρου επιμέλειας, στο οποίο

καλείται να ανταποκριθεί ο γιατρός[11]. Σε σχέση, ειδικά με τους ειδικευόμενους ιατρούς, ερευνητέο, στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, είναι το ζήτημα αν προσδιοριστικά στοιχεία του μέτρου της ιατρικής επιμέλειας πρέπει να θεωρηθούν οι μειωμένες γνώσεις και η περιορισμένη εμπειρία τους, που οδηγούν στη διαμόρφωση ενός χαμηλότερου προτύπου επιμέλειας, ή αν κριτήριο αποτελεί σε κάθε περίπτωση η επιμέλεια που αναμένεται από έναν ειδικό γιατρό.

Η αποκλίνουσα από ορισμένο πρότυπο ιατρικής επιμέλειας συμπεριφορά ενέχει αμέλεια και ανάγεται σε παράνομη πράξη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, το πρότυπο αυτό, σύμφωνα με τη νομολογία, είναι του μέσου συνετού ιατρού, στις υποχρεώσεις επιμέλειας του οποίου περιλαμβάνεται η τήρηση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, ως προϋπόθεση για τη νομιμότητα της συμπεριφοράς του. Η αμέλεια, συνεπώς, ως στοιχείο παρανομίας, θα κριθεί με αναγωγή στο πρότυπο του μέσου συνετού (ειδικού) ιατρού της ίδιας ειδικότητας.

Εντούτοις, στο πεδίο του αστικού δικαίου, η αμέλεια αξιολογείται εις διπλούν, τόσο ως παρανομία όσο και ως μορφή υπαιτιότητας, η οποία συνδέεται με το «δύνασθαι», δηλαδή τη δυνατότητα τήρησης της αντικειμενικά οφειλόμενης επιμέλειας[11]. Η δυνατότητα αυτή, σύμφωνα με τη θεωρία της αντικειμενικοποιημένης αμέλειας, που είναι και η κρατούσα στο αστικό δίκαιο, θα κριθεί με σημείο αναφοράς τον μέσο συνετό εκπρόσωπο του επαγγελματικού, κοινωνικού και οικονομικού κύκλου του δράστη, χωρίς να συνεκτιμώνται τυχόν υποκειμενικοί παράγοντες που τον εμπόδισαν να τηρήσει την απαιτούμενη επιμέλεια [11],[12]. Οποιαδήποτε απόκλιση από αυτό το μέτρο επιμέλειας είναι ικανή να στοιχειοθετήσει υπαιτιότητα με τη μορφή της αμέλειας. Η αντίληψη αυτή βρίσκει έρεισμα στη διάταξη της ΑΚ 330 εδ. β, που ορίζει την αμέλεια ως την μη καταβολή της «επιμέλειας που απαιτείται στις συναλλαγές», δεν την εξαρτά, συνεπώς, από το υποκειμενικό «δύνασθαι» του δράστη, αλλά από το «δύνασθαι» του μέσου εκπροσώπου. Τα ίδια, λοιπόν, κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την κατάφαση της αμέλειας ως μορφής παρανομίας, θεωρούνται κρίσιμα και για την αμέλεια ως μορφή υπαιτιότητας[14].

Την άποψη αυτή ακολουθούν πάγια τόσο η νομική θεωρία [7],[11],[15],[16] όσο και η νομολογία[17] και ως προς την ιατρική ευθύνη, λαμβάνοντας ως μέτρο της επιμέλειας του ιατρού τον μέσο συνετό και επιμελή ιατρό. Μέτρο και κριτήριο της ιατρικής αμέλειας αποτελεί η συμπεριφορά του μέσου συνετού και επιμελούς ιατρού της ίδιας ειδικότητας με αυτόν που διενήργησε την ιατρική πράξη, υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες και με τα μέσα που βρέθηκε ο ιατρός που κρίνεται, ενώ οι υποκειμενικές δυνατότητες ή μειονεξίες του δεν

ασκούν επιρροή[13]. Η προς τα κάτω διαβάθμιση του προτύπου επιμέλειας εντός της ίδιας ειδικότητας και η διαμόρφωση ενός διαφορετικού προτύπου, αυτού του μέσου ειδικευόμενου ιατρού, καταλήγει στη συνεκτίμηση ορισμένων ιδιοτήτων, δηλαδή της περιορισμένης σε σχέση με τους ειδικούς γνώσης και εμπειρίας τους, που είναι μεν κοινές στον κύκλο των ειδικευόμενων, δεν παύουν, όμως, να είναι υποκειμενικά στοιχεία, και ως εκ τούτου δε μπορεί να γίνουν αποδεκτά στο πλαίσιο της θεωρίας της αντικειμενικοποιημένης αμέλειας[11]. Κατ' ακολουθία των ανωτέρω, στην περίπτωση διενέργειας ιατρικής πράξης από ειδικευόμενο ιατρό, ορθώς τονίζεται ότι αυτός δεν αρκεί να ανταποκριθεί σε κάποιο ειδικότερο πρότυπο επιμέλειας, να ενεργήσει, δηλαδή, όπως ο μέσος συνετός ειδικευόμενος, αλλά οφείλει να ανταποκριθεί στο γενικό πρότυπο επιμέλειας, ήτοι αυτό του μέσου έμπειρου γιατρού της αυτής ειδικότητας[7]. Άλλωστε, στις υποχρεώσεις επιμέλειας του ειδικευόμενου ιατρού περιλαμβάνεται και η επίγνωση του ότι στερείται επαρκούς εμπειρίας και, συνεπώς, η επίδειξη ιδιαίτερης επιμέλειας προκειμένου να επαληθεύσει τις επιλογές του, προσφεύγοντας στη συνδρομή εμπειρότερων γιατρών[7]. Για το συγκεκριμένο ζήτημα διατυπώνεται, ωστόσο, και αντίθετη άποψη[18],[19], σύμφωνα με την οποία ο ειδικευόμενος θα κριθεί με τα κριτήρια του μέσου μη ειδικευμένου ιατρού.

Αντιθέτως, το υποκειμενικό στοιχείο είναι σημαντικό προκειμένου να προσδιοριστεί το μέτρο της προσήκουσας επιμέλειας στο πεδίο του ποινικού δικαίου. Επισημαίνεται, καταρχήν, ότι η ποινική ευθύνη των ιατρών δεν ρυθμίζεται αυτοτελώς και, επομένως, εφαρμόζονται, ομοίως και γι' αυτήν, τα γενικώς ισχύοντα για την κατάφαση των εγκλημάτων αμελείας, ιδίως δε της ανθρωποκτονίας και της σωματικής βλάβης από αμέλεια, κατ' άρθρα 302 και 304 ΠΚ, αντίστοιχα, τα οποία κατεξοχήν στοιχειοθετούν ποινικά το ιατρικό σφάλμα.

Για την κατάφαση της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων αυτών απαιτείται, ειδικότερα, μία εξωτερικά αμελής συμπεριφορά, που συνιστά παραβίαση των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης ή, γενικότερα, του αντικειμενικώς επιβαλλόμενου καθήκοντος επιμέλειας[3]. Η διερεύνηση, συνεπώς, της συνδρομής της εξωτερικής αμέλειας, ως στοιχείο του αδίκου, γίνεται με τα ίδια αντικειμενικά κριτήρια τόσο για τον ειδικό όσο και τον ειδικευόμενο ιατρό, ανεξάρτητα από το επίπεδο των ιατρικών γνώσεων και ικανοτήτων του[3]. Η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά δύναται να εκδηλωθεί με πράξη ή, όπως συμβαίνει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, με παράλειψη. Το πεδίο της ιατρικής ευθύνης ενδιαφέρουν κυρίως τα μη γνήσια εγκλήματα παραλείψεως, δεδομένου ότι η ανθρωποκτονία και η σωματική βλάβη από αμέλεια είναι εγκλήματα αποτελέσματος ή

ουσιαστικά, μπορούν, επομένως να τελεστούν με παράλειψη, εφόσον συντρέχουν οι όροι του άρθρου 15 ΠΚ, μεταξύ των οποίων η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του δράστη για παροχή υπηρεσιών στον ασθενή[20], η οποία θεμελιώνεται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπου εμφανίζεται και αρκετά διευρυμένη, ενώ απορρέει και από την εγγυητική θέση αυτού απέναντι στην ασφάλεια της ζωής και της υγείας του ασθενούς, που δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, ως εκ της ιδιότητάς του ως ιατρού[18].

Για να καταφαθεί, ωστόσο, η ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια απαιτείται να συντρέχει και το στοιχείο της εσωτερικής αμέλειας, ως μορφής υπαιτιότητας, η οποία ορίζεται, στο άρθρο 28 ΠΚ, ως έλλειψη προσοχής την οποία ο δράστης, αφενός μεν όφειλε, κατά τις περιστάσεις, αφετέρου δε μπορούσε, να καταβάλει. Από το νομοθετικό αυτό ορισμό της αμέλειας, γίνεται αντιληπτό ότι τα κριτήρια προσδιορισμού της οφειλόμενης επιμέλειας είναι δύο. Το πρώτο είναι αντικειμενικό και αναφέρεται στις κατ' ιδίαν αντικειμενικές συνθήκες της συγκεκριμένης περίπτωσης. Ενόψει, εξάλλου, της γενικά παραδεκτής θέσης στην ιατρική επιστήμη ότι «δεν υπάρχουν ασθένειες, αλλά ασθενείς», η οφειλόμενη προσοχή που καλείται να επιδείξει ο ιατρός προσδιορίζεται, κατ' ανάγκη, πάντοτε σε συνάρτηση με τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη, τις ιδιαίτερες συνθήκες και περιστάσεις της συγκεκριμένης ασθένειας και του συγκεκριμένου ασθενούς[3]. Η οφειλόμενη προσοχή διαφοροποιείται, αναπόφευκτα, ανάλογα με τις περιστάσεις που κλήθηκε ο γιατρός να αντιμετωπίσει. Το δεύτερο κριτήριο είναι υποκειμενικό και ανάγεται στις ατομικές ιδιότητες και ικανότητες του δράστη, δηλαδή του γιατρού, στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, και οδηγεί, κατ' αποτέλεσμα, στην αποδοχή ενός χαμηλότερου μέτρου επιμέλειας για τον ειδικευόμενο ιατρό, του οποίου οι προσωπικές ικανότητες, λόγω της απειρίας του, υπολείπονται έναντι του ειδικευμένου ιατρού. Εντούτοις, και σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ενδεχόμενο να θεμελιώνεται ευθύνη του ιατρού, ο οποίος ανέλαβε τη διεξαγωγή μιας ιατρικής πράξης, χωρίς να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες, υπέπεσε, με άλλα λόγια, σε σφάλμα «ανάληψης»[3].

3. Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

3.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Όπως προαναφέρθηκε, η ιδιαιτερότητα που παρατηρείται σε σχέση με την ευθύνη των ευρισκομένων στο στάδιο της ειδικότητας ιατρών εντοπίζεται στο γεγονός ότι αυτοί καλούνται να υπηρετήσουν έναν θεσμό, στόχος του οποίου είναι αφενός μεν στην πρακτική εξάσκησή τους, αφετέρου δε η ίαση του ασθενούς. Και στην περίπτωση τους, εντούτοις,

ισχύει απαρέγκλιτα ο κανόνας ότι η ίαση του ασθενούς αποτελεί το υπέρτατο καθήκον τους, κατά την επιταγή του άρθρου 2 ΚΙΔ, και, μάλιστα, έχει βαρύνουσα σημασία σε σχέση με την εκπαίδευσή τους, με αποτέλεσμα, όπως ορθά επισημαίνεται, «η αναγκαιότητα εξυπηρέτησης του εκπαιδευτικού έργου να υποχωρεί, χωρίς εξαίρεση, ενόψει του συμφέροντος του ασθενούς»[3],[21]. Συνακόλουθα, όπως έγινε ήδη αντιληπτό, η έλλειψη πείρας του γιατρού που βρίσκεται στο στάδιο της ειδικότητας δε μπορεί να αποτελέσει λόγο απαλλαγής του από την ευθύνη, ή να δικαιολογήσει μικρότερη απαξία στο ιατρικό του σφάλμα. Εκείνο που θα πρέπει εξαρχής να επισημανθεί σε σχέση με την ευθύνη των ειδικευομένων είναι ότι αυτή αναζητείται μόνο στα πλαίσια του ποινικού δικαίου, ανακύπτει, δηλαδή, προεχόντως ποινική ευθύνη και όχι αστική[6],[22]. Τα σχετικά ζητήματα αποτελούν αντικείμενο των αναπτύξεων που ακολουθούν.

3.2. Αστική ευθύνη

3.2.1. Η αστική ιατρική ευθύνη γενικά

Η αστική ιατρική ευθύνη συνίσταται στην υποχρέωση αποζημίωσης που υπέχει ο ιατρός απέναντι στον ασθενή ή σε άλλα πρόσωπα, όταν, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, υποπέσει σε ιατρικό σφάλμα, που έχει ως αποτέλεσμα την προσβολή εννόμων αγαθών του ασθενούς. Ευθεία αναφορά στο ζήτημα της αποζημίωσης γίνεται στο άρθρο 24 της Σύμβασης του Οβιέδο, που κυρώθηκε στην Ελλάδα με το ν. 2619/1998. Ωστόσο, ενόψει της απουσίας ολοκληρωμένης ειδικής νομοθετικής ρύθμισης της ιατρικής ευθύνης στην ελληνική έννομη τάξη, τα σχετικά ζητήματα αντιμετωπίζονται με προσφυγή στις γενικές διατάξεις για την αστική ευθύνη από αθέτηση σύμβασης ή από αδικοπραξία[7].

Η ευθύνη του ιατρού δύναται, έτσι, να είναι είτε ενδοσυμβατική, όταν μεταξύ αυτού και του ασθενούς υφίσταται συμβατική σχέση παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οπότε η αμελής συμπεριφορά του ιατρού αξιολογείται ως πλημμελής εκπλήρωση ή ολική μη εκπλήρωση των συμβατικών του υποχρεώσεων, είτε αδικοπρακτική, ενόψει του ότι η εκ μέρους του ιατρού παραβίαση της υποχρέωσης να λαμβάνει μέτρα επιμέλειας για την αποτροπή της βλάβης των εννόμων αγαθών του ασθενούς, συνιστά, κατά πάγια, όπως φαίνεται, νομολογία[28], παρανομία, κατά την έννοια της ΑΚ 914. Η υπαιτιότητα, συνιστάμενη συνήθως σε αμέλεια, που τίθεται επίσης ως προϋπόθεση της αδικοπρακτικής ευθύνης, συντρέχει όταν ο ιατρός δεν κατέβαλε την επιμέλεια που θα μπορούσε για την αποτροπή του ζημιογόνου αποτελέσματος, του οποίου την επέλευση αυτός είτε δεν προέβλεψε είτε προέβλεψε μεν, ήλπιζε εντούτοις ότι

θα αποφύγει[29]. Βέβαια, λόγω της διπλής λειτουργίας της αμέλειας, η ίδια συμπεριφορά είναι, όπως ήδη αναφέρθηκε, ταυτόχρονα παράνομη και υπαίτια. Αναφορικά, τέλος, με την προϋπόθεση του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς και της επελθούσας ζημίας, σχεδόν ομόφωνα υιοθετείται από την ελληνική θεωρία και νομολογία η θεωρία της πρόσφορης αιτίας, που δέχεται την ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου, όταν η συμπεριφορά αυτή ήταν, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, ικανή να επιφέρει το επιζήμιο αποτέλεσμα, το οποίο και πράγματι επέφερε[12]. Πέρα από αυτούς τους δύο νόμιμους λόγους ευθύνης, αδιαμφισβήτητη είναι πλέον η ένταξη της ιατρικής ευθύνης στη ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 ν. 2251/1994, που ρυθμίζει την ευθύνη του παρέχοντος ανεξάρτητες υπηρεσίες. Με το εν λόγω άρθρο, η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες αποκτά μία εξειδικευμένη αδικοπρακτική ρύθμιση, η οποία δύναται να συρρέει με την κοινή αδικοπρακτική ή την τυχόν ενδοσυμβατική ευθύνη[30]. Το σημαντικότερο ζήτημα της ρύθμισης αυτής εντοπίζεται στην κατανομή του βάρους απόδειξης, διότι η ευθύνη, εν προκειμένω, ρυθμίζεται ως νόθος αντικειμενική[5], οπότε ο ζημιωθείς, δηλαδή ο ασθενής, φέρει το βάρος απόδειξης της παροχής υπηρεσίας, της ζημίας και της αιτιώδους συνάφειας, ο δε γιατρός, προκειμένου να απαλλαγεί, πρέπει να αποδείξει είτε την έλλειψη παράνομης και υπαίτιας πράξης του είτε τη μη συνδρομή της προϋπόθεσης της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της ζημίας του ασθενούς και της παράνομης και υπαίτιας πράξης του[7].

3.2.2. Η αστική ευθύνη των ειδικευομένων ιατρών

Μετά την ως άνω συνοπτική αναφορά στα γενικώς ισχύοντα επί αστικής ιατρικής ευθύνης, ερευνητέο το ειδικότερο ζήτημα της αστικής ευθύνης των ειδικευομένων ιατρών. Ενόψει του ότι η εκπαίδευση των ειδικευομένων λαμβάνει χώρα, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία[23], εντός δημοσίων νοσοκομείων, τα οποία συνιστούν ν.π.δ.δ., ανακύπτει, ειδικότερα, το ζήτημα κατά πόσο για τη βλάβη του ασθενούς που επήλθε εξαιτίας πράξης ή παράλειψης του ειδικευόμενου, που συνιστά ιατρικό σφάλμα, θα ευθύνεται ο ίδιος ατομικά, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, ή το νοσοκομείο, κατ' εφαρμογή των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ.

Το συγκεκριμένο ζήτημα εντάσσεται στη γενικότερη προβληματική της ευθύνης των ιατρών των δημοσίων νοσοκομείων, για την οποία έχουν αναπτυχθεί δύο αντίθετες κατευθύνσεις: κατά μία εκδοχή, η οποία κρατεί στο γερμανικό δίκαιο, η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι, σε κάθε περίπτωση, σχέση ιδιωτικού δικαίου, ακόμα, δηλαδή, και

όταν οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από ν.π.δ.δ. Κατά συνέπεια, και ο ιατρός που εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο, άρα και ο ειδικευόμενος ιατρός, θα ευθύνεται προσωπικά έναντι του ασθενούς, όπως κάθε ιατρός, η δε ευθύνη του ν.π.δ.δ. του νοσοκομείου, εφόσον οι πράξεις του ιατρού αναφέρονται σε έννομες σχέσεις ιδιωτικού δικαίου, θα ρυθμίζεται, κατά το άρθρο 104 ΕισΝΑΚ, από τις ΑΚ 71 και 922, ο ιατρός δηλαδή θεωρείται ως προστηθείς του νοσοκομείου[4],[11].

Κατά την κρατούσα στη νομολογία άποψη, ωστόσο, οι εργαζόμενοι σε δημόσια νοσοκομεία ειδικοί ιατροί, αν και απολαμβάνουν επιστημονικής αυτονομίας, θεωρούνται «όργανα» αυτών με την έννοια του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ, που ρυθμίζει την εξωσυμβατική ευθύνη του Δημοσίου και των ν.π.δ.δ., αφού είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί επιφορτισμένοι με «τη διενέργεια υλικών πράξεων για την πραγμάτωση των επιδιωκόμενων από το δημόσιο νομικό πρόσωπο σκοπών»[31]. Ως όργανα του ν.π.δ.δ. στο οποίο εργάζονται πρέπει να θεωρηθούν και οι ειδικευόμενοι ιατροί, παρότι η μεταξύ αυτών και του νοσοκομείου σχέση είναι σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, δεδομένου ότι στην ευρεία έννοια των οργάνων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων εντάσσονται όλα τα φυσικά πρόσωπα που, ευρισκόμενα σε μία ειδική έννομη σχέση προς αυτά, παρέχουν την εργασία τους στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας[11]. Το γεγονός δε ότι η ιατρική πράξη λαμβάνει χώρα κατά την άσκηση των καθηκόντων του ιατρού, αρκεί ώστε να κριθεί ότι πληρούται και η προϋπόθεση της «πράξης κατά την άσκηση δημόσιας εξουσίας»[7]. Εξάλλου, σύμφωνα με την υπ'αριθμ. 5/1995 απόφαση του Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου, στη δημόσια εξουσία αποδίδεται ευρεία έννοια, ώστε αυτή ταυτίζεται με τη δημόσια υπηρεσία. Η μη νόμιμη υλική ενέργεια, δηλαδή, ή η παράλειψη νόμιμης υλικής ενέργειας του δημόσιου οργάνου, που συναρτάται με την οργάνωση και λειτουργία δημόσιας υπηρεσίας μπορεί να οδηγήσει σε αστική ευθύνη του δημοσίου. Έτσι, εύλογα θεωρείται ότι οι γιατροί ασκούν δημόσια εξουσία με τις υλικές τους ενέργειες[32]. Κατά συνέπεια, οι ιατρικές πράξεις που διενεργούν οι ειδικευόμενοι ιατροί κατά την εκτέλεση των καθηκόντων που τους έχουν ανατεθεί, καθιστούν αστικώς υπεύθυνο το νοσοκομείο, εφόσον συντρέχουν και οι λοιπές προϋποθέσεις του άρθρου αυτού 105 ΕισΝΑΚ, ήτοι οι προϋποθέσεις της παρανομίας και της αιτιώδους συνάφειας, η δε ευθύνη του διαπλάθεται ως αντικειμενική, ανεξαρτήτως, δηλαδή, της υπαιτιότητας του ιατρού.

Σε περίπτωση, ωστόσο, υπαιτιότητας του οργάνου, αυτό, κατά το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ, θα ευθύνεται εις ολόκληρον με το ν.π.δ.δ. Επειδή, όμως, στα πλαίσια της ανωτέρω

διατυπωθείσας άποψης, γίνεται, παραπέρα, δεκτό, ότι και οι ειδικευόμενοι ιατροί φέρουν την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου[7], το καθεστώς ευθύνης τους, σε περίπτωση υπαιτιότητάς τους, εξειδικεύεται με τις διατάξεις του άρθρου 38 του Κώδικα Δημοσίων Υπαλλήλων και των άρθρων 68 και 69 ν. 4129/2013, με τον οποίο κυρώθηκε ο Κώδικας Νόμων για το Ελεγκτικό Συνέδριο. Από το συνδυασμό των διατάξεων αυτών, που τυγχάνουν εφαρμογής και επί ειδικευομένων ιατρών, συνάγεται ότι αυτοί δεν ευθύνονται μεν έναντι του ζημιωθέντος ασθενούς, ευθύνονται όμως έναντι του νοσοκομείου, υπό την έννοια ότι καταλογίζεται σε αυτούς η αποζημίωση που κλήθηκε να καταβάλει το δημόσιο ή το ν.π.δ.δ. Εκείνο το οποίο ρυθμίζει διαφορετικά το άρθρο 68 ν. 4129/2013 σε σχέση με τον Κώδικα Δημοσίων Υπαλλήλων, είναι ότι διευρύνει την ευθύνη των δημοσίων υπαλλήλων, προβλέποντας τη δυνατότητα να καταλογίζεται σε αυτούς η ζημία του Δημοσίου ή του ν.π.δ.δ., ακόμα και στις περιπτώσεις ελαφράς αμέλειας. Συνοψίζοντας, λοιπόν, ο ειδικευόμενος ιατρός δεν υπέχει προσωπική ευθύνη έναντι του ζημιωθέντος ασθενούς, αφού, αστικώς υπεύθυνο είναι το νοσοκομείο, ως ν.π.δ.δ. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η νομολογία, εφαρμόζοντας τις διατάξεις του άρθρου 38 του Υπαλληλικού Κώδικα και στους ειδικευόμενους [24]. Εντούτοις, έχει υποστηριχθεί εκτεταμένα και η αντίθετη άποψη για τους ειδικευόμενους, ενόψει του ότι η αποζημίωση που λαμβάνουν δε θεωρείται μισθός και η τοποθέτησή τους στα νοσοκομεία δε συνιστά διορισμό, ώστε να θεωρηθούν δημόσιοι υπάλληλοι[7].

Καταληκτικά, η υποχρέωση αποζημίωσης του ασθενούς βαρύνει αποκλειστικά το νοσοκομείο, ως ν.π.δ.δ., το οποίο δύναται, σε περίπτωση υπαιτιότητας του ιατρού, να στραφεί αναγωγικά κατ' αυτού και να αναζητήσει το ποσό που κατέβαλε ως αποζημίωση στον ασθενή. Η διαφορά που προκύπτει μεταξύ ιατρού και νοσοκομείου υπάγεται στην αρμοδιότητα του Ελεγκτικού Συνεδρίου, σύμφωνα με το άρθρο 98 παρ.1 περίπτωση ζ' του Συντάγματος, χωρίς, ωστόσο, να εντοπίζεται στη νομολογία, τουλάχιστον ως προς τον ειδικευόμενο, αντίστοιχο προηγούμενο. Γίνεται, επομένως, αντιληπτό ότι ο ειδικευόμενος ιατρός πρακτικά δεν υπέχει προσωπική αστική ευθύνη έναντι του ασθενούς[22].

3.3. Ποινική ευθύνη ειδικευομένων

Σε αντίθεση με την αστική ευθύνη των ειδικευομένων, για την οποία ελάχιστες καταγραφές υπάρχουν στη νομολογία[25], δεδομένης της κρατούσας άποψης ότι αυτοί καλύπτονται από το ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων, η νομολογία των ποινικών

δικαστηρίων, τα τελευταία χρόνια, επιδεικνύει ένα αξιοσημείωτο αριθμό αποφάσεων, στις οποίες παραπέμφθηκαν ή, κάποιες φορές, και καταδικάστηκαν ιατροί που βρίσκονταν στη χρονική περίοδο που ασκούσαν την ειδικότητα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ποινική ευθύνη των ιατρών αναφέρεται, ιδίως, σε εγκλήματα τελούμενα εξ αμελείας (άρθρο 28 ΠΚ) και, ειδικότερα απορρέει, συνήθως, από ιατρικά λάθη, που έχουν ως αποτέλεσμα σωματικές βλάβες ή απώλεια ανθρώπινης ζωής, οπότε διερευνάται η ιατρική ευθύνη για σωματική βλάβη ή ανθρωποκτονία από αμέλεια, κατά τα άρθρα 314 και 302 ΠΚ[33]. Η ιατρική ποινική ευθύνη απορρέει από μία αντικειμενικά εξωτερικά αμελή συμπεριφορά του ιατρού, είτε εσφαλμένη ενέργεια είτε παράλειψη, η οποία προκάλεσε αιτιωδώς σωματική βλάβη ή ακόμη και θάνατο[33]. Για την κατάφαση του αιτιώδους συνδέσμου δεν αρκεί να διαπιστώνεται ότι η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά του ιατρού ήταν ικανή να δημιουργήσει κίνδυνο για τα έννομα αγαθά της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, αλλά θα πρέπει, κατά την ορθότερη άποψη, να αποδεικνύεται ότι ήταν αυτή που προκάλεσε τελικώς το αποτέλεσμα[20]. Στη νομολογία, ωστόσο, συχνά ακολουθείται η θεωρία του ισοδυνάμου των όρων, σύμφωνα με την οποία για τη θεμελίωση της ευθύνης φτάνει η κρινόμενη συμπεριφορά να ήταν ένας από τους όρους του αποτελέσματος, δίχως τον οποίο δεν θα επερχόταν αυτό, ανεξαρτήτως αν συνετέλεσαν και άλλοι όροι[13].

Προκειμένου να αποδοθεί ποινική ευθύνη στον ιατρό απαιτείται επιπλέον να αποδειχθεί, ότι την εξωτερικά αμελή συμπεριφορά την κάλυπτε και υποκειμενικά με αμέλεια. Τα γενικώς ισχύοντα για την κατάφαση εγκλήματος αμέλειας, τυγχάνουν εφαρμογής στις ιατρικής φύσεως υποθέσεις. Απαιτείται, ειδικότερα α) ο δράστης να μην κατέβαλε την απαιτούμενη αντικειμενικώς προσοχή, την οποία ο μέσος συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος οφείλει υπό τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις να καταβάλει, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν στις συναλλαγές και την κοινή, κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων, πείρα και λογική, β) να μπορούσε αυτός, βάσει των προσωπικών του περιστάσεων, ιδιοτήτων, γνώσεων και ικανοτήτων και κυρίως εξαιτίας της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματός του, να προβλέψει και αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο από έλλειψη της προσοχής είτε δεν προέβλεψε καθόλου (μη συνειδητή αμέλεια), είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ότι δεν θα επερχόταν (ενσυνείδητη αμέλεια)[6],[13]. Για την κατάφαση, επομένως της αμέλειας, ως στοιχείου της υποκειμενικής υπόστασης, λαμβάνονται υπόψη δύο κριτήρια, ένα αντικειμενικό και ένα υποκειμενικό. Από

τα όσα αναφέρθηκαν αμέσως προηγουμένως, καθίσταται αντιληπτό, ότι, κατά τη διερεύνηση της ποινικής ευθύνης του ειδικευόμενου ιατρού, η διαφορά, σε σχέση με τον ειδικό ιατρό, εντοπίζεται, όπως έχει ήδη επισημανθεί, στο υποκειμενικό στοιχείο της εσωτερικής αμέλειας, δηλαδή στις προσωπικές ιδιότητες και ικανότητές του. Η ιδιαίτερη σημασία που δίνεται στην πείρα και τις δεξιότητες του ειδικευόμενου ιατρού, με βάση το στάδιο της ειδικότητας στο οποίο βρίσκεται, αποτυπώνεται, άλλωστε, και στο άρθρο 3 παρ. 2 ΚΙΔ, το οποίο ορίζει, μεταξύ άλλων, ότι ο ιατρός ενεργεί με βάση: την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί στις προπτυχιακές σπουδές, κατά την ειδικότητα και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή του, την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής[33]. Εκείνο που πρέπει, βέβαια, να επισημανθεί είναι ότι στο ποινικό δίκαιο η αμέλεια καταφάσκει όχι μόνο για τον τρόπο διενέργειας μιας πράξης αλλά και για την ανάληψη της πράξης καθεαυτήν. Αυτό σημαίνει ότι οι προσωπικές ικανότητες και λοιπές προσωπικές περιστάσεις που λαμβάνονται υπόψη προς όφελος του ειδικευόμενου ιατρού, δε μπορούν να οδηγήσουν σε απαλλαγή του από την ευθύνη αν ανέλαβε εγχείρημα μη έχοντας την απαιτούμενη εμπειρία και τις γνώσεις, ώστε να ανταποκριθεί επαρκώς[33].

Πέραν των ανωτέρω, δεν έχουν καθορισθεί ειδικά κριτήρια ή προϋποθέσεις για τη θεμελίωση της ευθύνης των ειδικευομένων. Έτσι, ο τομέας ευθύνης των ιατρών αυτών διαμορφώνεται, ειδικότερα, με βάση τα ανατιθέμενα σ' αυτούς καθήκοντα, στα πλαίσια της άσκησης και της εκπαίδευσής τους, τα οποία πρέπει να συμβαδίζουν με τις γνώσεις και την μειωμένη εμπειρία τους. Η οριοθέτηση των καθηκόντων των ειδικευομένων αποκτά, λοιπόν, προεξέχουσα σημασία, στο πλαίσιο της αναζήτησης τυχόν ευθύνης τους, δεδομένου ότι, για να καταλογιστεί στον ειδικευόμενο ιατρό το αρνητικό αποτέλεσμα κάποιας ιατρικής πράξης ή παραλείψεως, πρέπει στον τελευταίο να έχει ανατεθεί το καθήκον επίβλεψης του ασθενούς και η αποτροπή αρνητικών αποτελεσμάτων. Μόνο σ' αυτήν την περίπτωση ο γιατρός υπέχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση απέναντι στη ζωή και την υγεία του συγκεκριμένου ασθενούς, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την κατάφαση της ποινικής ευθύνης του ειδικευομένου, σε περίπτωση βλάβης του ασθενούς διά παραλείψεως[3]. Περαιτέρω, εξαιτίας ακριβώς της περιορισμένης εμπειρίας τους, οι ειδικευόμενοι έχουν συγκεκριμένες υποχρεώσεις επιμέλειας, η παραβίαση των οποίων είναι ικανή να θεμελιώσει ευθύνη τους, σε περίπτωση αρνητικής έκβασης της υγείας τους ασθενούς.

3.4. Η ανάθεση ιατρικών καθηκόντων στους ειδικευόμενους ιατρούς στο πλαίσιο της κατανομής αρμοδιοτήτων

Η απόκτηση των απαραίτητων για την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος γνώσεων και ικανοτήτων προϋποθέτει αναμφίβολα την πρακτική εξάσκηση των ειδικευομένων. Η συμμετοχή ή η διενέργεια ιατρικών πράξεων από αυτούς επιτυγχάνεται μέσω της κατανομής αρμοδιοτήτων εντός των δημοσίων νοσοκομείων, στα οποία πραγματοποιούν την ειδικότητά τους. Η κατανομή των αρμοδιοτήτων διακρίνεται σε οριζόντια, δηλαδή κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ περισσότερων ειδικών, ομοιόβαθμων ιατρών, και κάθετη, δηλαδή μεταξύ ιατρών που δεν είναι ιεραρχικά ομοιόβαθμοι, όπως είναι ο ειδικός και ο ειδικευόμενος[26].

Στο πλαίσιο της κάθετης κατανομής αρμοδιοτήτων, ο ιατρός που ασκεί ειδικότητα πρέπει να ακολουθεί τις οδηγίες και υποδείξεις του ειδικού, υπό την εποπτεία του οποίου τελεί, ο δε ειδικός ιατρός είναι επιφορτισμένος με το καθήκον της εκπαίδευσης αλλά και επίβλεψης του ειδικευόμενου, το οποίο απορρέει από τη μεταξύ τους ιεραρχική σχέση και πλέον καθιερώνεται και ρητά στον ΚΙΔ, στο άρθρο 23[26]. Το άρθρο αυτό, το οποίο τιτλοφορείται «Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία», προβλέπει ότι «1. Ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει στην εκπαίδευση άλλων ιατρών, φοιτητών της ιατρικής και λοιπών συναδέλφων του. 2. Κάθε ιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να εποπτεύει λιγότερο έμπειρους συναδέλφους του. 3.(...)Εάν είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση νεότερων συναδέλφων του, πρέπει να είναι βέβαιος ότι αυτοί εποπτεύονται κατάλληλα...». Ορθώς επισημαίνεται[11] ότι η εποπτεία πρέπει ασκείται όχι μόνο κατά τη διενέργεια επεμβατικών πράξεων, αλλά και μη επεμβατικών, είτε στο πεδίο της διάγνωσης είτε της θεραπείας. Επίσης, η υποχρέωση επίβλεψης των ειδικευομένων ισχύει όχι μόνο κατά το τακτικό ωράριο εργασίας τους, αλλά και κατά τη συμμετοχή τους σε εφημερίες[3]. Δεδομένου ότι η εκπαίδευση των ειδικευομένων δε θα πρέπει, επ' ουδενί, να θέτει σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς, η ανάθεση σε αυτούς της διενέργειας ιατρικών πράξεων θα πρέπει να γίνεται με κριτήρια, αφενός μεν τις γνώσεις, τις ικανότητες και την εμπειρία του ειδικευομένου, που βαίνουν αυξανόμενες, όσο προχωρά η ειδικότητα, αφετέρου δε τη δυσκολία των ανατιθέμενων ιατρικών πράξεων, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η *lege artis* διεξαγωγή τους[11]. Στο πλαίσιο αυτό, γίνεται δεκτό ότι η υποχρέωση εποπτείας, που καταρχήν αποτελεί τον κανόνα, εκλείπει και, ως εκ τούτου, επιτρέπεται στον ειδικευόμενο να ενεργεί αυτοδύναμα, όταν πρόκειται για απλές ιατρικές πράξεις, οι οποίες μπορούν να

διενεργηθούν και από έναν μέσο απόφοιτο ιατρικής, όπως είναι η αιμοληψία ή παροχή πρώτων βοηθειών στον ασθενή,[27]. Η περίπτωση αυτή δεν παρουσιάζει δυσχέρειες σε ό,τι αφορά την ιατρική ευθύνη, καθώς τυχόν εσφαλμένη διενέργεια τέτοιων πράξεων ή παράλειψη διενέργειάς τους θεμελιώνει αποκλειστικά ευθύνη του ειδικευομένου[34].

Σε κάθε περίπτωση πάντως, η συμμετοχή ή διενέργεια ιατρικών πράξεων από τον ειδικευόμενο, παρότι δεν του προσδίδει την ιδιότητα του θεράποντος ιατρού, η οποία αποδίδεται πάντοτε σε ειδικό, τον καθιστά εγγυητή ή συνεγγυητή της υγείας και της ασφάλειας του ασθενούς, με αποτέλεσμα να φέρει αντίστοιχη ευθύνη, σε περίπτωση επιβάρυνσης της υγείας του, οφειλόμενη σε δική του ενέργεια.

Αυτόδηλο είναι, λοιπόν, ότι η κατανομή καθηκόντων αποτελεί ένα ζήτημα μείζονος σημασίας, η οποία δεν εξαντλείται ασφαλώς μόνο σε θεωρητικά πλαίσια, αλλά συνοδεύεται και από πρακτικές διαστάσεις, ιδίως αναφορικά με την οριοθέτηση της ευθύνης ειδικών και ειδικευομένων, στις περιπτώσεις που υπάρχει συγκλίνουσα δράση τους κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας. Αυτό συμβαίνει όταν ειδικός και ειδικευόμενος ιατρός είναι μέλη μίας ιατρικής ομάδας ή όταν ο ειδικευόμενος χειρίζεται το περιστατικό μέχρι ενός σημείου και η ιατρική πράξη ολοκληρώνεται από τον ειδικό ιατρό[6]. Στην περίπτωση αυτή, οι συμπεριφορές των εμπλεκόμενων προσώπων διατηρούν την αυτοτέλειά τους και αξιολογούνται χωριστά[26]. Αυτό, πρακτικά, σημαίνει ότι, αν μέχρι την ανάληψη του περιστατικού από τον ειδικό, η συμπεριφορά του ειδικευόμενου δεν ήταν εξωτερικά αμελής σε ό,τι αφορά το δικό του πεδίο αρμοδιοτήτων, δε στοιχειοθετείται ευθύνη του[6]. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, άλλωστε, συγκατηγορούμενος με τον ειδικευόμενο είναι και ο ειδικός ιατρός, που του είχε ανατεθεί η επίβλεψή του. Όπως επισημαίνεται, «εάν στην επέλευση του αποτελέσματος συνετέλεσαν περισσότερες πράξεις ή παραλείψεις διαφόρων προσώπων, για τον προσδιορισμό της ευθύνης καθενός, κάθε ξεχωριστή ενέργεια ή παράλειψη συνδέεται αιτιωδώς με το αποτέλεσμα εάν αυτή κατά την κοινή αντίληψη τελεί μόνη ή μαζί με άλλου προσώπου σε σχέση άμεσης αιτιότητας με το αποτέλεσμα»[43]. Ενδεικτική είναι η ΑΠ 1659/2003[3], η οποία αφορούσε συγκλίνουσα δράση ειδικού καρδιοχειρουργού, αναπληρωτή καθηγητή, ιατρικής και ειδικευομένων στην χειρουργική θώρακος ιατρών, σε επέμβαση ανοιχτής καρδιάς σε ασθενή που έπασχε από στεφανιαία νόσο. Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, παρέμεινε στη βάση της αορτής η βελόνη την οποία ο ειδικός ιατρός χρησιμοποίησε για την έγχυση αδρεναλίνης στην αορτή, για την αντιμετώπιση της κοιλιακής μαρμαρυγής που εμφάνισε ο ασθενής. Εν προκειμένω, κρίθηκε ότι η βλάβη της

υγείας του ασθενούς επήλθε συνεπεία συντρέχουσας αμέλειας του ειδικού ιατρού και της εργαλειοδότριας, επειδή παρέλειψαν να καταβάλουν ιδιαίτερη επιμέλεια και προσοχή, ως όφειλαν και μπορούσαν, ώστε ο μιν πρώτος να αφαιρέσει τη βελόνη, η δε δεύτερη να προβεί σε καταμέτρηση των εργαλείων. Αντιθέτως, οι ειδικευόμενοι ιατροί αθώωθηκαν, επειδή ασχολούνταν με άλλα καθήκοντα που τους είχε ορίσει ο ειδικός, υπό τη διεύθυνση του οποίου πραγματοποιήθηκε η εγχείρηση, συνεπώς δε μπορούσαν αντικειμενικά να γνωρίζουν ότι παρέμεινε η βελόνη στο σώμα του ασθενούς και ούτε ήταν στο δικό τους πεδίο των αρμοδιοτήτων ο έλεγχος του τραύματος πριν τη σύγκλιση.

3.5. Υποχρεώσεις επιμέλειας του ειδικευόμενου ιατρού

Εκτός από τις γενικές υποχρεώσεις επιμέλειας, που απορρέουν από τον ΚΙΔ, και, όπως ήδη εκτέθηκε, έχουν καθολική ισχύ, καταλαμβάνουν, άρα, και τους ειδικευόμενους ιατρούς, οι τελευταίοι οφείλουν, ως αρχάριοι, να τηρούν ορισμένες ειδικές υποχρεώσεις επιμέλειας, μέσω των οποίων επιδιώκεται η διασφάλιση του συμφέροντος του ασθενούς, χωρίς να τίθεται εκ ποδών η αναγκαία για την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος πρακτική εκπαίδευση τους. Οι υποχρεώσεις αυτές διαπλάθονται καταρχήν μέσα από τη νομολογία και συμπληρώνονται από τη θεωρία. Ειδικότερα, ο ειδικευόμενος οφείλει, όπως κάθε ιατρός, να μην ενεργεί ιατρικές πράξεις, όταν στερείται, προσωπικά, των αναγκαίων για τη διεξαγωγή τους γνώσεων και ικανοτήτων και της απαιτούμενης εμπειρίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, έχει υποχρέωση να προσφεύγει στον ειδικό ιατρό για την παραπέρα διαχείριση του περιστατικού[3]. Αυτό συνάγεται και από το άρθρο 10 παρ. 3 ΚΙΔ, σύμφωνα με το οποίο «Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευτεί τους συναδέλφους του». Εάν, αντίθετα, αναλάβει τη διενέργεια ιατρικής πράξης που υπερβαίνει τα όρια των ικανοτήτων του, υποπίπτει σε σφάλμα ανάληψης. Ο ειδικευόμενος ιατρός, άλλωστε, όπως ήδη αναφέρθηκε, δε δρά αυτοδύναμα, αλλά διενεργεί ιατρικές πράξεις ακολουθώντας τις οδηγίες και τις υπόδειξης του ειδικού ιατρού, υπό την εποπτεία και καθοδήγηση του οποίου τελεί. Για το λόγο αυτό, οφείλει, για κάθε περιστατικό που καλείται να αντιμετωπίσει, να ειδοποιεί εγκαίρως τον ειδικό ιατρό και να τον διαφωτίζει για τη φύση και τη βαρύτητα του περιστατικού, προκειμένου να τον καθοδηγήσει για τις περαιτέρω ενέργειες. Επί της ουσίας, η υποχρέωση αυτή συμπληρώνει την υποχρέωση του ειδικευόμενου να μην αναλαμβάνει ιατρικά εγχειρήματα, για τα οποία δε διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες.

3.6. Οι υποχρεώσεις των ειδικευομένων στα πλαίσια εφημερία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Σε κατεπείγουσες περιπτώσεις, που ενδέχεται να συντρέχουν στα πλαίσια εφημερίας, ιδίως στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), οι ανωτέρω υποχρεώσεις είναι δυνατόν να περιορίζονται. Παρότι στον αριθμό 9 της Υπουργικής Απόφασης Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869/6-3-2012 που ρυθμίζει την οργάνωση, λειτουργία και στελέχωση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., προβλέπεται ότι, στους χώρους διαλογής, πρέπει να αξιολογούν τα περιστατικά ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλεύτριες, οι οποίοι φέρουν τη σχετική ευθύνη, εφόσον, ενόψει της εμπειρίας που διαθέτουν, είναι σε θέση να εκτιμήσουν και να διαγνώσουν ορθά τα περιστατικά, είναι σύνηθες το φαινόμενο, λόγω του φόρτου εργασίας, στην πράξη, η πρώτη εκτίμηση των περιστατικών («διαλογή των ασθενών») να διενεργείται από ιατρούς ευρισκόμενους στο στάδιο της ειδικότητας. Αυτοί είναι ενδεχόμενο, σε περίπτωση απουσίας 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 και ζήτημα ευθύνης τους. Στην περίπτωση αυτή, η κατάφαση της ευθύνης του ειδικευομένου θα εξαρτηθεί από τις συνθήκες που αυτός κλήθηκε να αντιμετωπίσει. Εάν για την αντιμετώπιση του περιστατικού απαιτούνται γνώσεις και εμπειρία που ο ειδικευόμενος δεν διαθέτει, υφίσταται υποχρέωσή του να ειδοποιήσει και να ενημερώσει αμέσως τον ειδικό ιατρό, εξαντλώντας όλες τις δυνατότητες αναζήτησής του, προκειμένου να τον βρει, σε περίπτωση που απουσιάζει. Εάν αυτό δεν καταστεί δυνατό, οφείλει, ανάλογα και με την οργάνωση της κλινικής, να παραπέμψει το περιστατικό στον αρχαιότερο ειδικευόμενο ή σε ειδικό ιατρό άλλης ειδικότητας. Σε περίπτωση που και αυτό είναι αδύνατο ο ειδικευόμενος ιατρός, του οποίου οι γνώσεις και ικανότητες είναι κατώτερες των απαιτούμενων στη συγκεκριμένη περίπτωση, οφείλει, εφόσον πρόκειται για κατεπείγουσα, απειλητική για τη ζωή του ασθενούς, κατάσταση, να παράσχει τις υπηρεσίες του, προς αποφυγή σοβαρής βλάβης της υγείας ή απώλειας της ζωής του, χωρίς να αναμείνει τη συνδρομή ειδικού ιατρού[13]. Υφίσταται, δηλαδή, υποχρέωση ανάληψης της ιατρικής πράξης, όταν συντρέχουν κατεπείγουσες περιπτώσεις και η προσφυγή στον ειδικό καθίσταται αδύνατη, με αποτέλεσμα η αδράνειά τους, σε περίπτωση ζημίας του ασθενούς, να στοιχειοθετεί ευθύνη τους[6]. Η ως άνω υποχρέωση συνάγεται, εξάλλου, και από το άρθρο 9 παρ. 3 ΚΙΔ, που ορίζει ότι «ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών

ανεξάρτητα από την ειδικότητά του». Στις περιπτώσεις της ανάληψης του περιστατικού, για τον προσδιορισμό του μέτρου της επιβαλλόμενη και της δυνάμενης να καταβληθεί επιμέλειας, προκειμένου να κρίνει το δικαστήριο αν συντρέχει ή όχι αμέλεια, θα ληφθούν υπόψη οι ατομικές ικανότητες και γνώσεις του ειδικευόμενου και οι ειδικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ο ειδικευόμενος κλήθηκε να αντιμετωπίσει το περιστατικό, ιδίως το γεγονός ότι, κατά τη διάρκεια γενικής εφημερίας, επιβαρύνεται με την αντιμετώπιση πολλαπλών, επείγουσας φύσης, περιστατικών. Επί της ουσίας, ευθύνη του ειδικευόμενου θα πρέπει να στοιχειοθετείται όταν πρόκειται για περιστατικά που αυτοί, ακόμα και στα πλαίσια του επείγοντος, θα μπορούσαν να εκτιμήσουν ορθά και για ιατρικές πράξεις που μπορούσαν να διενεργήσουν, ακόμα και χωρίς εποπτεία, με τις γνώσεις που απέκτησαν κατά τη φοίτησή τους στην ιατρική σχολή και μέχρι το στάδιο της ειδικότητας στο οποίο βρίσκονται.

4. ΠΕΡΙΠΤΩΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Βάσει των προαναφερθέντων, θα ακολουθήσει μία περιπτωσιολογική καταγραφή των συνηθέστερων λαθών και παραλείψεων των ειδικευόμενων ιατρών.

4.1. Διενέργεια διαγνωστικής ή θεραπευτικής ιατρικής πράξης για την οποία δε διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο ειδικευόμενος ιατρός έχει υποχρέωση να αξιολογεί αυστηρά τις ικανότητες και την κατάρτισή του, ώστε να εκτιμά, σε κάθε επιμέρους περιστατικό, αν δύναται να το αντιμετωπίσει ή αν η ανάληψή απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις που δε διαθέτει, οπότε οφείλει να αρνηθεί και είτε να το παραπέμψει σε ειδικό ιατρό είτε να ζητήσει τη συνδρομή του. Αντίστοιχη υποχρέωση υπέχει και όταν βρίσκεται σε πρόσκαιρη ελάττωση των προσωπικών του δυνατοτήτων, συνήθως λόγω φυσικής εξάντλησης, συνεπεία της οποίας αδυνατεί να ανταποκριθεί στο αντικειμενικά οφειλόμενο πρότυπο επιμέλειας. Διαφορετικά, ο ειδικευόμενος που προβαίνει στη διεξαγωγή του ιατρικού εγχειρήματος, βαρύνεται με σφάλμα περί την ανάληψη. Ευνόητο είναι δε ότι η ζημία του ασθενούς δεν είναι συνέπεια του ίδιου το γεγονός της ανάληψης, αλλά κάποιας ειδικότερης πλημμέλειας, στην οποία υπέπεσε, λόγω της ανάληψης[7]. Από την άλλη πλευρά, στις περιπτώσεις αυτές, συνήθως, υπάρχει συντρέχουσα ευθύνη του ειδικευόμενου ιατρού, στον οποίο αποδίδεται σφάλμα ανάθεσης, επειδή ανέθεσε τη διενέργεια της ιατρικής πράξης, εξ ολοκλήρου ή κατά ένα

μέρος, στον ειδικευόμενο ιατρό, χωρίς την αναγκαία εποπτεία, γνωρίζοντας ότι αυτή υπερβαίνει τα όρια των δυνατοτήτων του[6].

Ενδεικτική είναι η παλαιότερη απόφαση ΑΠ 235/1975[35], η οποία έκρινε ορθή την απόφαση του Εφετείου που καταδίκασε, πρώτον, τη Διευθύντρια του αναισθησιολογικού τμήματος, που ανέθεσε τη νάρκωση του ασθενούς σε ειδικευόμενο, που δε διέθετε την απαιτούμενη εμπειρία, χωρίς να τον εποπτεύει, και δεύτερον, τον ειδικευόμενο, που ανέλαβε τη διασωλήνωση του ασθενούς, με αποτέλεσμα, λόγω της μειωμένης εμπειρίας του και της έλλειψης εποπτείας, να την εκτελέσει πλημμελώς και να επέλθει ο θάνατος του ασθενούς. Σε αυτήν την κατεύθυνση είναι προσανατολισμένη και η απόφαση με αριθμ. 3016/2003 του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου Ρόδου[36], η οποία καταδίκασε ειδικευόμενο ιατρό για ανθρωποκτονία εξ αμελείας, επειδή δε διέγνωσε περιστατικό εσωτερικής αιμορραγίας, το οποίο όφειλε και μπορούσε να μην αναλάβει. Προβληματισμό προκαλεί, ωστόσο, το αιτιολογικό της εν λόγω απόφασης, στο οποίο, μεταξύ άλλων, αναφέρεται ότι «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». Ορθώς επισημαίνεται, ότι πρόκειται για ατυχή διατύπωση, διότι το σφάλμα ανάληψης αναφέρεται σε συγκεκριμένη ιατρική πράξη, και όχι γενικά στην ανάληψη ιατρικών καθηκόντων[3].

4.2. Παράλειψη ειδοποίησης ή μη έγκαιρη ειδοποίηση του ειδικού ιατρού

Η υποχρέωση ειδοποίησης και ενημέρωσης του ειδικού ιατρού συνιστά, όπως αναφέρθηκε, πρωταρχική υποχρέωση του ειδικευόμενου ιατρού, όταν αυτός καλείται να αντιμετωπίσει ένα ιατρικό συμβάν που υπερβαίνει τις δυνατότητές του. Τυχόν παράλειψη ή καθυστέρηση ειδοποίησης γεννά ευθύνη του ειδικευόμενου ιατρού για την επελθούσα σωματική βλάβη ή του θανάτου του ασθενούς, εφόσον η παράλειψη τελεί σε αιτιώδη συνάφεια με το ζημιογόνο αποτέλεσμα.

Ενδεικτικά, η ΑΠ 607/2010[37] επικύρωσε την εφετειακή απόφαση που κήρυξε ένοχη ειδικευόμενη ιατρό, που εφημέρευε στα εξωτερικά ιατρεία του καρδιολογικού τμήματος, επειδή δεν ενημέρωσε και δε ζήτησε τη βοήθεια του ειδικού ιατρού καρδιολόγου που εκτελούσε εφημερία, ως όφειλε, λόγω της σοβαρότητας του περιστατικού, αλλά αντ' αυτού εκτίμησε μόνη της το περιστατικό και προέβη σε εσφαλμένη διάγνωση, παρότι έγιναν γνωστά σ' αυτή όλα τα συμπτώματα του ασθενούς, επιτρέποντάς του να εξέλθει και να μεταβεί στην οικία του, με αποτέλεσμα να αποβιώσει, λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου. Αντίστοιχα, η

ΑΠ 1308/2011[37] έκρινε ορθή την προσβαλλόμενη εφετειακή απόφαση που καταδίκασε δύο εφημερεύοντες ειδικευόμενους χειρουργικής για ανθρωποκτονία από αμέλεια, τελεσθείσα διά παραλείψεως, λόγω εσφαλμένης εκτίμησης του ιστορικού και των συμπτωμάτων του ασθενούς, με αποτέλεσμα τη μη διάγνωση της γενικευμένης περιτονίτιδας, και λόγω παράλειψης ενημέρωσης και παραπομπής του περιστατικού στον εφημερεύοντα ειδικό χειρουργό. Αντίθετα η απόφαση ήταν απαλλακτική όσον αφορά τον τρίτο ειδικευόμενο, λόγω του ότι αυτός απευθύνθηκε σε ειδικευόμενο, που βρισκόταν σε πιο προχωρημένο στάδιο ειδικότητας και συνεπώς είχε μεγαλύτερη εμπειρία. Επίσης, τη μη έγκαιρη ειδοποίηση του ειδικού ιατρού, επικαλείται και το υπ' αριθμ. 2/1998 παραπεμπτικό βούλευμα του ΣυμβΠλημ Καβάλας[38], το οποίο παρέπεμψε, εκτός από τον εφημερεύοντα ειδικό χειρουργό, και τον ειδικευόμενο στη χειρουργική ιατρό για ανθρωποκτονία από αμέλεια, ο οποίος δεν ειδοποίησε εγκαίρως τον ειδικό, με αποτέλεσμα, λόγω της καθυστέρησης αυτής να μη χειρουργηθεί εγκαίρως η ασθενής, με αποτέλεσμα να καταλήξει από βαριά σηπτική κατάσταση λόγω ειλεού. Αντίθετα, η απόφαση 241/1999 του Εφετείου Ιωαννίνων έκρινε μη αξιολογήσιμο το σφάλμα διάγνωσης της ειδικευόμενης ιατρού (εμπύρετος σπληνομεγαλία αντί σηπτική ενδομητρίτιδα) και την αθώωσε και καταδίκασε τον ειδικό, ο οποίος παρότι ειδοποιήθηκε δεν προσέτρεξε[26].

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ζήτημα του τι ακριβώς θεωρείται «έγκαιρη ειδοποίηση» και που εξαντλείται αυτή η υποχρέωση του ειδικευόμενου. Η ΑΠ 1648/2007 έκρινε ότι ο ειδικευόμενος ιατρός επέδειξε αμέλεια ως προς την ειδοποίηση του ειδικού ιατρού, τον οποίο αναζήτησε μέσω συστήματος ενδοεπικοινωνίας, ενώ όφειλε να τον αναζητήσει και «διά παντός άλλου μέσου εντός ή εκτός νοσοκομείου». Όπως ορθά επισημαίνεται[42], η απαίτηση αναζήτησης του ειδικευμένου ιατρού με κάθε άλλο μέσο εντός ή εκτός του νοσοκομείου είναι υπερβολική και δε μπορεί να συνιστά την οφειλόμενη και αναμενόμενη από έναν ειδικευόμενο ιατρό συμπεριφορά, γιατί αντιβαίνει στην κοινή λογική και ενδέχεται να είναι εις βάρος του ασθενούς, λόγω του χρόνου που θα πρέπει να αναλωθεί στην προσπάθεια εντοπισμού, αντί να καταβληθεί προσπάθεια για την άμεση αντιμετώπιση του περιστατικού.

Αναφορικά με τις περιπτώσεις μη έγκαιρης ειδοποίησης του ειδικού ιατρού, επισημαίνεται[34] ότι, η παράλειψη αυτή ενδέχεται να οφείλεται στις μειωμένες γνώσεις του ειδικευόμενου, εξαιτίας των οποίων δε δύναται να διαγνώσει την ανάγκη αυτή, οπότε, αν αυτός βρεθεί μόνος του, χωρίς να ευθύνεται προσωπικώς γι' αυτό, ενδέχεται να μη βαρύνεται με υπαιτιότητα ως προς την μη κλήση του ειδικού. Ωστόσο, όπως παρατηρείται στις ανωτέρω

αποφάσεις, τα δικαστήρια για την κρίση σχετικά με την ύπαρξη ευθύνης του ειδικευομένου αναλύουν την υπαιτιότητά του, όχι σε σχέση με την παράλειψη ενημέρωσης του ειδικού ή το σφάλμα ανάληψης, αλλά σε σχέση με το σφάλμα διάγνωσης που προκάλεσε αιτιωδώς τη βλάβη του ασθενούς. Εκείνο το οποίο προβληματίζει, περαιτέρω, είναι το γεγονός δε διευκρινίζουν αν για την κατάφαση της αμέλειας, ως μορφή υπαιτιότητας, που καλύπτει το σφάλμα αυτό, έλαβαν υπόψη τις ατομικές ικανότητες του ειδικευομένου, που οριοθετούν το ατομικό του δύνασθαι, και είναι σαφώς περιορισμένες σε σχέση με τον ειδικό ιατρό.

4.3. Διενέργεια ιατρικών πράξεων κατά παράβαση των υποδείξεων του ειδικού ιατρού

Ο ειδικευόμενος ιατρός έχει υποχρέωση να ενεργεί σύμφωνα με τις εντολές και τις υποδείξεις του ειδικού, αφού αυτός, ως θεράπων ιατρός, είναι υπεύθυνος για τον ασθενή. Αν ενεργήσει αυτόνομα, αντίθετα προς τις οδηγίες του ειδικού, σε περίπτωση βλάβης του ασθενούς, θα φέρει ο ίδιος ακέραιη την ευθύνη. Στην περίπτωση που δε συμφωνεί με τις υποδείξεις του ειδικού, οφείλει να δηλώσει την αντίθεσή του ενώπιον τρίτων[6]. Εάν προχώρησε στην ιατρική πράξη, ακολουθώντας τις υποδείξεις αυτές, που αποδείχθηκαν λανθασμένες και επήλθε βλάβη στην υγεία του ασθενούς, δε θεμελιώνεται καταρχήν δική του ευθύνη, ενόψει του ότι δε μπορεί να θεωρηθεί ότι ενήργησε αμελώς εκτελώντας τις εντολές του πιο πεπειραμένου από αυτόν ειδικού ιατρού.

4.4. Παράλειψη ή πλημμελής διενέργεια στοιχειωδών ιατρικών πράξεων ή παράλειψη παροχής πρώτων βοηθειών

Υπάρχουν ιατρικές πράξεις, η διεξαγωγή των οποίων δεν απαιτεί γνώσεις ορισμένης ειδικότητας. Πρόκειται για στοιχειώδεις πράξεις για τη διενέργεια των οποίων αρκούν οι βασικές γνώσεις της ιατρικής επιστήμης που διαθέτει ο μέσος απόφοιτος της ιατρικής σχολής. Για τις πράξεις αυτές, όπως είναι φυσικό, δεν υφίσταται υποχρέωση εποπτείας του ειδικευομένου, ο οποίος φέρει ακέραιη την ευθύνη σε περίπτωση παράλειψης ή πλημμελούς διενέργειάς τους.

Χαρακτηριστικό είναι, εν προκειμένω, το υπ' αριθμ. 19/2001[39] παραπεμπτικό βούλευμα του ΣυμβΠλημ Σάμου για το έγκλημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, το οποίο εκδόθηκε εις βάρος τόσο της ειδικής όσο και της ειδικευόμενης ιατρού, επειδή δεν υπολόγισαν σωστά, τη δόση αντιδότη που έπρεπε να χορηγηθεί σε ανήλικο ασθενή που είχε δηλητηριαστεί από *depon*, παραλείποντας να κοιτάζουν επιμελώς, ως όφειλαν, την ετικέτα

και τις οδηγίες χρήσης του, με αποτέλεσμα να χορηγηθεί πολλαπλάσια δόση, που επέφερε το θάνατό του. Όσον αφορά την ειδικευόμενη ιατρό, το Συμβούλιο κατέληξε στην παραπεμπτική κρίση με την αιτιολογία ότι επρόκειτο για πράξη που δεν απαιτούσε εξειδικευμένες γνώσεις συγκεκριμένης ειδικότητας.

4.5. Πλημμελής διάγνωση όταν η διάγνωση και η ορθή ερμηνεία των συμπτωμάτων είναι προφανής ακόμη και για έναν μη ειδικό ιατρό

Ως πλημμελής διάγνωση, που μπορεί να θεμελιώσει ευθύνη του ειδικευομένου, αν οδηγήσει σε θάνατο ή βλάβη της υγείας του ασθενούς, θεωρούνται, ειδικότερα, η μη λήψη ή η πλημμελής λήψη του ιατρικού ιστορικού, η παράλειψη κλινικής εξέτασης ή η πλημμελής κλινική εξέταση, η παράλειψη παραγγελίας αναγκαίων εργαστηριακών εξετάσεων, η εσφαλμένη αξιολόγηση των ευρημάτων που προέκυψαν από την κλινική και εργαστηριακή εξέταση, εφόσον η διάγνωση και η σωστή ερμηνεία αυτών είναι πρόδηλη ακόμη και για έναν ιατρό ειδικευόμενο[40].

Ενδεικτική είναι, εδώ, η ΑΠ 797/2002[37], με την οποία καταδικάστηκε ανειδίκευτος στρατιωτικός ιατρός για το έγκλημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, επειδή, εξετάζοντας τον ασθενή αρχικά κλινικά και μόνο διά ψηλαφήσεως και, στη συνέχεια, με τη χρήση στηθοσκοπίου, δεν διέγνωσε, παρότι όφειλε και μπορούσε υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις λόγω της ιδιότητας και της θέσης του, έμφραγμα του μυοκαρδίου, ώστε να διατάξει μεταγωγή του στο πλησιέστερο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να αποβιώσει. Μάλιστα, το δικαστήριο δεν έλαβε υπόψη τον ισχυρισμό του ιατρού ότι στηριζόμενος στο ιστορικό του ασθενούς, και στην μη ύπαρξη της συνήθους συμπτωματολογίας του εμφράγματος, ήταν ανέφικτο, με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις του ανειδίκευτου ιατρού που διέθετε τότε, να διαγνώσει την πάθησή του και να πράξει τα δέοντα. Αντίστοιχα, η ΑΠ 2183/2008[41] επικύρωσε την καταδικαστική εφετειακή απόφαση σε βάρος ειδικού και ειδικευόμενου ιατρού για το έγκλημα της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας. Συγκεκριμένα, επρόκειτο για περιστατικό δηλητηρίασης, λόγω κατανάλωσης οκτώ κουτιών ασπιρίνης. Το σφάλμα της ειδικευόμενης ιατρού συνίστατο στην πλημμελή λήψη του ιστορικού της ασθενούς, αναγράφοντας στον ιατρικό της φάκελο εσφαλμένη ποσότητα ασπιρίνης που είχε καταναλώσει, οκτώ δισκία αντί του ορθού οκτώ κουτιά, παρότι η λήψη του ιατρικού ιστορικού δεν απαιτεί εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την παράλειψη του ειδικού ιατρού, που επίσης κρίθηκε ένοχος, να εξετάσει και ο ίδιος την

ασθενή, ως όφειλε, προκάλεσε αιτιακά το θάνατό της. Αξιοσημείωτη είναι και η ΑΠ 1648/2007, η οποία αναίρεσε την εφευαική απόφαση, με την οποία είχαν αθωωθεί οι κατηγορούμενοι ιατροί για το έγκλημα της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας ασθενούς, κρίνοντας, μεταξύ άλλων, ότι τον κατηγορούμενο ειδικευόμενο ιατρό βαρύνει αμέλεια για πλημμελή διάγνωση, δεδομένου ότι «...τα ίχνη επί του σώματός του ήταν προδήλως εμφανή και μπορούσαν να διαγνωσθούν εύκολα από οποιοδήποτε ιατρό»[42].

Στις εδώ εξεταζόμενες περιπτώσεις ευθύνης του ειδικευόμενου εντάσσονται και εκείνες που αυτός παραλείπει εντελώς να προβεί σε διενέργεια εξετάσεων, προκειμένου να διαγνώσει την ανάγκη ενημέρωσης του εφημερεύοντος ειδικού ιατρού[22]. Τέτοια περίπτωση έκρινε η ΑΠ 669/2011[37], που κήρυξε ένοχο για ανθρωποκτονία εξ αμελείας ειδικευόμενο ιατρό, επειδή παρέλειψε να διενεργήσει τις απαιτούμενες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, ώστε να οδηγηθεί σε ορθή διάγνωση και να εκτιμήσει την ανάγκη ειδοποίησης του ειδικού ιατρού, παράλειψη η οποία οδήγησε στο θάνατο του ασθενούς.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ανάπτυξη που προηγήθηκε είχε σκοπό την ενδελεχή προσέγγιση των ζητημάτων που ανακύπτουν στο πλαίσιο της διερεύνησης της ευθύνης των ειδικευομένων ιατρών από τη σκοπιά τόσο του αστικού όσο και του ποινικού δικαίου. Εκείνο το οποίο εξαρχής κατέστη σαφές είναι ότι, το γεγονός ότι διενεργούν ή συμμετέχουν σε ιατρικές πράξεις, ευρισκόμενοι στο στάδιο εκπαίδευσης, δεν τους απαλλάσσει από την ευθύνη σε περίπτωση εσφαλμένης ενέργειας ή παράλειψης. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη νομολογία των ποινικών, ιδίως, δικαστηρίων, η οποία έχει να επιδείξει αξιοσημείωτο αριθμό αποφάσεων στις οποίες υπήρχε παραπομπή ή καταδίκη ειδικευομένων. Αντίθετα, το ζήτημα της αστικής ευθύνης δεν έχει τύχει εκτεταμένης νομολογιακής επεξεργασίας, καθώς ο ειδικευόμενος υπηρετεί σε δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο, ως ν.π.δ.δ., καθίσταται αστικώς υπεύθυνο έναντι του ασθενούς για τις εσφαλμένες ενέργειες ή παραλείψεις του. Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει ότι τα σχετικά ζητήματα δεν παρουσιάζουν ενδιαφέρον. Η βασική διαφορά που εντοπίζεται κατά τη διερεύνηση της ευθύνης των ειδικευομένων στους δύο αυτούς κλάδους του δικαίου, συνίσταται, όπως έγινε αντιληπτό, στα κριτήρια προσδιορισμού του μέτρου της προσήκουσας επιμέλειας του ειδικευόμενου. Στο ποινικό δίκαιο, ειδικότερα, για την κατάφαση της υπαιτιότητας λαμβάνεται υπόψη το προσωπικό του δύνασθαι, κάτι που δεν ισχύει στο χώρο του αστικού δικαίου. Έγινε επίσης προσπάθεια προσδιορισμού των υποχρεώσεων επιμέλειας με τις οποίες

βαρύνονται οι ειδικευόμενοι, λόγω της μειωμένης εμπειρίας τους, η παραβίαση των οποίων θεμελιώνει ευθύνη τους, εφόσον συνδέεται αιτιακά με τη βλάβη του ασθενούς, και κωδικοποίησης των συνηθέστερων ιατρικών σφαλμάτων τους, με αναφορές στη νομολογία. Η οριοθέτηση, ωστόσο, της ευθύνης τους, όπως καταδείχθηκε, δεν είναι πάντα ευχερής, επειδή δεν ενεργούν αυτόνομα, αλλά υπό την εποπτεία και καθοδήγηση των ειδικών ιατρών, με αποτέλεσμα, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, να εμφανίζονται ως συγκατηγορούμενοι. Αυτό που εν κατακλείδι πρέπει να τονίσουμε και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και από τα δικαστήρια είναι ότι η πραγματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων έχει ως αποτέλεσμα οι ειδικευόμενοι να καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν περιστατικά, τα οποία υπερβαίνουν τα όρια των ατομικών τους δυνατοτήτων, και χωρίς να είναι πάντα δυνατή η συνδρομή των ειδικών ιατρών, ιδίως στα πλαίσια της εφημερίας τους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, γεγονός που τους εκθέτει ολοένα και περισσότερο στον κίνδυνο διάπραξης σφάλματος. Μέριμνα του εφαρμοστή του δικαίου θα πρέπει να είναι η ορθή διερεύνηση της κάθε επιμέρους υπόθεσης και η δίκαιη απόδοση των ευθυνών, διότι, σε αντίθετη περίπτωση, θα καταλήξουμε να υφίσταται ο ειδικευόμενος όλες τις δυσμενείς συνέπειες των παθογενειών του συστήματος υγείας και, εν τέλει, θα οδηγηθούμε στην απευκαταία και επικίνδυνη, τόσο για τους ειδικευόμενους ιατρούς όσο και για τους ασθενείς, αμυντική ιατρική.

Βιβλιογραφία

- [1] Λιούρδη Α., Ιατρική ποινική ευθύνη, Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2014.
- [2] Πέτρου Ε., Καραλή Β., Ντάνος Α., Παντελίδης Π., Το νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης, Συγκριτική διάσταση Ελλάδας και Ελβετίας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2015, 32(I): 85-91.
- [3] Τοπάλης Σ., Η ποινική ευθύνη του ειδικευόμενου ιατρού για σωματική βλάβη ή ανθρωποκτονία από αμέλεια, Ποινική Δικαιοσύνη, 2004(11): 1253-1257.
- [4] Κότσιανος Σ., Η ιατρική ευθύνη, Αστική – Ποινική, Β΄ Έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1976.
- [5] Τσιριγώτη Κ.- Α., Η ιατρική ευθύνη στην ελληνική έννομη τάξη – μία εισαγωγή, 2017, 1: 109-115: <http://ejournals.lib.auth.gr/XVLaw/article/view/5901/5647>.
- [6] Μαυροφόρου – Γιαννούκα Α., Ιατρική ευθύνη και ηθική, Βόλος, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, 2012.
- [7] Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη: γενική εισαγωγή- δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση – θεμελιώδεις έννοιες, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2003.
- [8] Φουντεδάκη Κ., Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2007.
- [9] Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2016.
- [10] Τροκάνας Θ., Ιατρικό Σφάλμα και Ευθύνη για αλλότριες πράξεις, σε: Η ιατρική ευθύνη στην πράξη (επιμ. Γώγου / Καϊάφα – Γκμπάντι / Παπαδοπούλου / Φουντεδάκη), Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2010: 133-158.
- [11] Κοκολιού Ε., Η αστική ευθύνη του ειδικευόμενου ιατρού, Νομικά Μελετήματα (Διεύθυνση Καθηγητής Ι. Σπυριδάκης), Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2019.
- [12] Γεωργιάδης Αστ., Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, Ε΄ Έκδοση, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2007.
- [13] Φραγκουδάκη Ε., Ιατρική Ευθύνη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: <https://www.iatrikodikaio.com>
- [14] Δωρή Α., Η συμβολή της έμμεσης απόδειξης στη θεμελίωση της παρανομίας, Digesta (2005): 475-510.

- [15] Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη Ισμ., Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Αθήνα - Κομοτηνή, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1993.
- [16] Φουντεδάκη Κ., Θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία (wrongful life), Digesta (2004): 471-483.
- [17] Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 427/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 1067/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΣτΕ 1123/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.
- [18] Φράγκος Κ., Ιατρική Ευθύνη: Αστική- Ποινική- Πειθαρχική, Αθήνα- Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2018.
- [19] Πολίτης Χ., Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη. Είναι αντισυνταγματική η διεύρυνση της πειθαρχικής ευθύνης του γιατρού, ταυτίζοντάς την (σχεδόν) με τη ραθυμία και την ατελή εκπλήρωση καθήκοντος, Ενημέρωση ΙΣΑ, τ. 193 (Οκτ.-Νοέμ. 2006): 53-59.
- [20] Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., Η ποινική ευθύνη των γιατρών για ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από αμέλεια: <https://qualityinhealth.gr>
- [21] ΣτΕ 72/2003 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.
- [22] Τοπάλης Σ., Η ευθύνη του ειδικευόμενου ιατρού, Επιθεώρηση Υγείας, 2004, 15(89)· βλ. ενδεικτικά και ΔΠρΑθ 5532/2019 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, όπου ενάγεται το νοσοκομείο για εσφαλμένη εκτίμηση και πλημμελή αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού από ειδικευόμενους ιατρούς.
- [23] Βλ. άρθρο 38 Ν. 1397/1983.
- [24] Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1010/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, που εφαρμόζοντας τα προβλεπόμενα στο άρθρο 38 του Υπαλληλικού Κώδικα και το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ τόσο για τον ειδικό όσο και για τον ειδικευόμενο ιατρό, αναίρεσε την προσβαλλόμενη εφετειακή απόφαση που τους υποχρέωνε να καταβάλουν στους πολιτικώς ενάγοντες χρηματική ικανοποίηση λόγω ψυχικής οδύνης.
- [25] Βλ. ΠΠρΑθ 669/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, που δέχθηκε ότι ο ειδικευόμενος ιατρός δεν υπάγεται στις διατάξεις του άρθρου 38 του Υπαλληλικού Κώδικα και δύναται να εναχθεί για αποζημίωση και χρηματική ικανοποίηση κατά τις διατάξεις περί αδικοπραξιών, αφού αυτός «πέχει αστική ευθύνη εκ του νόμου προσωπικώς για την από αυτόν προκληθείσα σε τρίτο ζημία».
- [26] Κανελλοπούλου – Μπότη Μ., Ιατρική ευθύνη και συμμετοχή πλειόνων στην ιατρική πράξη και μετάδοση της ιατρικής πληροφορίας, σε: Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική (επιμ.

Κανελλοπούλου – Μπότη Μ., Παναγοπούλου – Κουτνατζή Φ.), Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2014: 75-95.

[27] ΠλημΒολου 589/2018 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

[28] Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1067/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 687/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 1009/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ· ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

[29] Τρούλη Ε., Η ευθύνη του ιατρού στην ιατρική ομάδα: Ειδικότερα τα όρια ευθύνης χειρουργού και αναισθησιολόγου, <https://www.iatrikodikaio.com>.

[30] Δέλλιος Γ., Το τεκμήριο υπαιτιότητας του παρέχοντος υπηρεσίες, Αρμενόπουλος (Φεβρουάριος 2004): 189-194.

[31] Σπηλιωτόπουλος Ε., Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, 11^η έκδοση, 2001.

[32] Εμμανουηλίδης Δ.- Παπαγιάννης Ι., Αστική ευθύνη από παράνομες ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σχόλιο στην ΣτΕ 2463/1998, ΕΔΔΔΔ (2000): 502 επ.

[33] Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Ο Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και η ποινική ευθύνη των ιατρών για προσβολές εννόμων αγαθών των ασθενών από αμέλεια, Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση, 107 (2015): 175-183.

[34] Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Ποινική Ιατρική Ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, σε: Ιατρική Ευθύνη από αμέλεια (αστική- ποινική), Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου (επιμ. Καϊάφα- Γκμπάντι, Παπαγεωργίου, Συμεωνίδου- Καστανίδου, Ταρλαντζής, Τάσκος, Φουντεδάκη), Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2013: 57-80.

[35] ΠοινΧρ, ΚΕ (1975).

[36] ΠοινΔνη, 11(2004): 1258-1260.

[37] ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

[38] Υπεράσπιση, 1998.

[39] ΠοινΔνη, (11) 2001: 1114-1124.

[40] Τσίτουρα Α., Ιατρική αμέλεια και ποινική ευθύνη, ΠοινΔνη, (11)2004: 1231-1233.

[41] ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

[42] Μηλαπίδου Μ., ΑΠ 1648/2007: Ανθρωποκτονία από αμέλεια – Ποινική ευθύνη ειδικευόμενου ιατρού – Ευθύνη απόντων εν εφημερία ειδικών ιατρών, Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, 2008 (3): 2-3.

[43] ΑΠ 183/2006 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

