



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ»**

«ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ ΥΓΕΙΑΣ- ΔΙΚΑΙΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ»

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΡΑΦΤΟΥΛΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ
Α.Μ. : 8318062**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ. Ιωάννης Παπαδημόπουλος

**ΛΑΡΙΣΑ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2019 – 2020**

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του ΠΜΣ Πλήρους Φοίτησης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας : «Δημόσια Διοίκηση και Τοπική Αυτοδιοίκηση» έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί, ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό. Η εργασία αυτή έχοντας εκπονηθεί από εμένα, αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος και το κείμενο είναι γραμμένο με τα δικά μου λόγια και δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής από τρίτες πηγές. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο».

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε κατά το χειμερινό εξάμηνο του Ακαδημαϊκού έτους 2019-2020 , ως προαπαιτούμενο για τη λήψη μεταπτυχιακού διπλώματος εξειδίκευσης στη « Δημόσια Διοίκηση και Τοπική Αυτοδιοίκηση» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η εργασία εκπονήθηκε υπό την επίβλεψη του κ. Παπαδημόπουλου Ιωάννη, Καθηγητή του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ενώ στην τριμελή Επιτροπή Αξιολόγησης συμμετείχαν επίσης η κ. Δημολιού Χριστίνα και ο κ. Μπαμπαλιούτας Λάμπρος.

Θέμα της εργασίας είναι το δημόσιο δίκαιο της υγείας , ως ειδικότερος κλάδος του δημοσίου δικαίου. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τη συγκριτική μελέτη , επιχειρείται η εννοιολογική οριοθέτηση των επιμέρους ζητημάτων, η δικαιολογική του προσέγγιση με βάση το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο και τις τρέχουσες νομολογιακές εξελίξεις. Ακόμη, παρουσιάζεται και η βιοηθική διάσταση των συγκεκριμένων θεματικών της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, της ευθανασίας και της απεργίας πείνας στα σωφρονιστικά καταστήματα, θεματικές οι οποίες επιλέχθηκαν ενδεικτικά από την πρόσφατη νομολογία και τα επίκαιρα θέματα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της εργασίας μου. Συγκεκριμένα , θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους καθηγητές μου και ιδιαίτερα στον επιβλέποντα κ. Παπαδημόπουλο Ιωάννη, που με τη συνεχή καθοδήγηση και το ενδιαφέρον του υπήρξε σημαντικός αρωγός στην όλη προσπάθεια.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας, και ιδιαίτερα τη μητέρα μου για τη βοήθεια της , όποτε αυτή χρειάστηκε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το δικαίωμα στην Υγεία κατοχυρώνεται στο Σύνταγμα , τόσο σαν ατομικό , όσο και σαν κοινωνικό δικαίωμα. Γύρω από αυτό, έχει αναπτυχθεί ένας ιδιαίτερος κλάδος δικαίου , το δημόσιο δίκαιο της υγείας, το οποίο αναπτύσσεται και ενισχύεται συνεχώς μέσα από την επιστημονική βιβλιογραφία, τη νομοθεσία, και τις νομολογιακές εξελίξεις, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η οριοθέτηση και η αποσαφήνιση βασικών εννοιών, όπως είναι η « υγεία» , το «δικαίωμα στην υγεία» , το « ιατρικό δίκαιο», «το ιατρικό σφάλμα» και η « ιατρική ευθύνη». Εξετάζονται τόσο θέματα οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων συστημάτων υγείας , όσο και οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερη μνεία, γίνεται σε επίκαιρα ζητήματα ιατρικού δικαίου, όπως είναι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η ευθανασία, η απεργία πείνας στα σωφρονιστικά καταστήματα, τα οποία εξετάζονται τόσο ως προς τη νομική τους αντιμετώπιση , όσο και ως προς τη βιοηθική τους διάσταση.

ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ: δίκαιο υγείας ,συστήματα υγείας, ιατρικό σφάλμα, ιατρική ευθύνη, βιοηθική, ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ευθανασία, απεργία πείνας

ABSTRACT

The right to health is enshrined in the Constitution, both as an individual and as a social right. Around this, a particular area of law has emerged, «public health law», which is continuously developed and reinforced through scientific literature, legislation, and case law developments, at national and international level. In the present thesis are delineated and clarified key concepts such as “health”, “right to health”, “medical law”, “medical malpractice” and “medical liability”. Both the organization and functioning of public health systems and the obligations and rights of health care recipients are addressed. Specifically, there are references to medical issues, such as medically privileged reproduction, euthanasia, the strike at the prison gates, which are examined both for their legal treatment and for their bioethical dimension.

KEYWORDS: medical law, health systems, medical malpractice, medical liability, bioethics, In Vitro Fertilization (IVF), euthanasia, hunger strike

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
ABSTRACT	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	vi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	1
1.1. Το δικαίωμα στην υγεία και η συνταγματική του κατοχύρωση.....	1
1.1.1. Θεωρίες για την υγεία.....	1
1.1.2. Το δικαίωμα στην Υγεία	4
1.2. Το δημόσιο δίκαιο της υγείας	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
2.1. Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας.....	10
2.1.1. Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ.....	10
2.1.2. Το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου	12
2.1.3. Το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	14
2.2. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	15
2.2.1. Πρώτη περίοδος :1833-1922.....	15
2.2.2. Δεύτερη περίοδος :1922-1945	16
2.2.3. Τρίτη περίοδος :1945-1974	17
2.2.4. Τέταρτη περίοδος:1974-1983.....	18
2.2.5. Πέμπτη περίοδος :1980-Σήμερα	19
2.2.5.1. Ο Νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»	19
2.2.5.2. Η Μετά-ΕΣΥ περίοδος.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	27
3.1 Ιστορική αναδρομή.....	27

3.2. Φορείς και αρμόδια όργανα προστασίας δικαιωμάτων	29
3.2.1. Ο σεβασμός της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου.....	31
3.2.2. Η ενημέρωση	33
3.2.3. Ο σεβασμός της αυτονομίας του ανθρώπου	37
3.2.4. Η προστασία της ιδιωτικότητας-Προστασία των δεδομένων υγείας και των ιατρικών δεδομένων (ιατρικό απόρρητο).....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ.....	47
4.1. Ιατρικό σφάλμα και μέτρα επιμέλειας	47
4.2. Η διάκριση των ιατρικών σφαλμάτων	50
4.3. Περίπτωση της “wrongful life” – “wrongful birth”	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	59
5.1. Ιστορική αναδρομή.....	59
5.2. Αστική ευθύνη	61
5.2.1. Συμβατική ιατρική ευθύνη.....	61
5.2.2. Η ιατρική ευθύνη από αδικοπραξία	64
5.2.3. Συρροή συμβατικής κι αδικοπρακτικής ευθύνης.....	68
5.2.4.Υπαγωγή της ιατρικής ευθύνης στη ρύθμιση του άρθρου 8 Ν.2251/94....	70
5.3. Αστική ευθύνη του δημοσίου	72
5.3.1.Προϋποθέσεις του άρθρου 105-106 ΕισΝΑΚ.....	74
5.3.2.Σώρευση αστικής με άλλες μορφές ευθύνης- Προσωπική ευθύνη του γιατρού ως όργανο.....	79
5.4.Ποινική και πειθαρχική ευθύνη ιατρού.....	81
5.4.1.Ποινική ευθύνη	81
5.4.2. Πειθαρχική ευθύνη	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ	86
6.1. Εννοιολογική προσέγγιση βιοηθικής	86

6.2. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	90
6.2.1. Εννοιολογική προσέγγιση	90
6.2.2. Νομικό πλαίσιο.....	93
6.2.3. Βιοηθική Διάσταση	97
6.3. Απεργία πείνας στα σωφρονιστικά ιδρύματα	100
6.3.1. Εννοιολογική προσέγγιση	100
6.3.2. Νομικό πλαίσιο.....	102
6.3.3. Βιοηθική Διάσταση	104
6.4. Ευθανασία.....	108
6.4.1. Εννοιολογική προσέγγιση	108
6.4.2. Νομικό Πλαίσιο.....	110
6.4.3. Βιοηθική Διάσταση	114
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	118
Βιβλιογραφία	121

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της υγείας για πολλά χρόνια αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης των ιατρικών επιστημών σε μια προσπάθεια οριοθέτησης της έκτασης και του ιδιαίτερου περιεχομένου της. Γύρω από αυτή, αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες, άλλες εστιασμένες στην αμιγώς επιστημονική-ιατρική χροιά του όρου, άλλες δίνοντας έμφαση στην κοινωνικο-οικονομική της διάσταση.

Στο Σύνταγμα της χώρας μας κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην υγεία, όχι μόνο σαν ατομικό αλλά και σαν κοινωνικό δικαίωμα. Στη βάση αυτού δημιουργείται ένας οργανωμένος μηχανισμός παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο, εμπραγματώνει την αφηρημένη και γενική πρόβλεψη του συντακτικού νομοθέτη για δικαίωμα στην υγεία και κατοχυρώνει τη δημόσια πρόσβαση σε αυτή. Το «Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας» αποτελεί τον ειδικότερο κλάδο του Δημοσίου Δικαίου, που ασχολείται με τα επιμέρους αυτά ζητήματα του δικαιώματος στην Υγεία. Περιλαμβάνει τη δικαιοϋλική ρύθμιση του τρόπου οργάνωσης των δημόσιων συστημάτων υγείας, τις αρχές λειτουργίας τους, καθώς και όλα τα επιμέρους δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τόσο των παρόχων όσο και των ληπτών των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Περιλαμβάνει, ακόμη, κι ένα υποσύνολο δικαιοϋλικών ρυθμίσεων που αφορά τη συγκεκριμένη νομική θέση, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών της υγείας, όπως είναι οι γιατροί και οι νοσηλευτές, το λεγόμενο «ιατρικό δίκαιο», ενώ είναι άμεσα συνυφασμένο και με το «Δίκαιο της Κοινωνικής Ασφάλισης».

Με την παρούσα εργασία επιδιώκεται μέσω της μεθόδου της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της συγκριτικής μελέτης των διάφορων θεωρητικών, μέσα από την ερμηνευτική προσέγγιση των νομοθετικών ρυθμίσεων αλλά και την παρακολούθηση των σύγχρονων νομολογιακών τάσεων, η οριοθέτηση του «Δημοσίου Δικαίου Υγείας» από τους λοιπούς κλάδους του δημοσίου δικαίου και η ανάλυση των ιδιαίτερων ζητημάτων του. Έμφαση δίνεται στις τρέχουσες εξελίξεις και στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, ενώ παράλληλα με τη δικαιοπολιτική προσέγγιση επιχειρείται και η ανάδειξη των επιμέρους ζητημάτων μέσα από τη βιοηθική τους διάσταση.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας προσδιορίζεται εννοιολογικά ο όρος «υγεία» μέσα από την παρουσίαση των διάφορων θεωριών που έχουν προ-

ταθεί. Ακόμη, αναλύεται η νομική διάσταση του δικαιώματος στην υγεία , όπως αυτό κατοχυρώνεται στο Σύνταγμα και εξειδικεύεται το περιεχόμενο και η έκτασή του. Τέλος, οριοθετείται το «Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας» ως υποκλάδος του ευρύτερου δημοσίου δικαίου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια συνοπτική παρουσίαση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και των επιμέρους ρυθμίσεών τους . Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην παρουσίαση του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας , στην ιστορική εξέλιξη των νομοθετικών ρυθμίσεων και στις γενικές αρχές που διέπουν το ΕΣΥ.

Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στα δικαιώματα των χρηστών της δημόσιας υπηρεσίας υγείας .Επιχειρείται ιδιαίτερη προσέγγιση στους φορείς προστασίας των δικαιωμάτων, στο σεβασμό της αυτονομίας των ανθρώπων και στην προστασία της ιδιωτικότητας με βάση τη νομική κατοχύρωσή τους .

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια του ιατρικού σφάλματος προσεγγίζοντας τη διάκριση των ιατρικών σφαλμάτων κατά την ιατρική αγωγή .Γίνεται ιδιαίτερη μνεία στις περιπτώσεις γέννησης παιδιών με σοβαρά θέματα υγείας από ιατρικό σφάλμα και στοιχειοθετείται η αστική ευθύνη με βάση την οικεία νομολογία.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ιατρική ευθύνη κι επιχειρείται μια προσέγγιση όλων των νομικών ζητημάτων που προκύπτουν από το ιατρικό σφάλμα. Ιδιαίτερα επικεντρώνεται στην αστική ευθύνη των ιατρών ,στην αστική ευθύνη του Δημοσίου αλλά και στην ποινική και πειθαρχική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται σύγχρονοι προβληματισμοί ιατρικού δικαίου μέσω της βιοηθικής προσέγγισής τους. Ειδικότερα ,προσδιορίζεται το νομικό πλαίσιο και η βιοηθική διάσταση των ζητημάτων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, της απεργίας πείνας σε σωφρονιστικά ιδρύματα και της ευθανασίας .

Τέλος, επιχειρείται μια συνολική ανασκόπηση του θέματος και εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τη λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας, την κατάφαση της ιατρικής αμέλειες, τη διάσταση και τις συνέπειες της ιατρικής ευθύνης καθώς και τη συμβολή της βιοηθικής στην επίλυση ηθικών διλημάτων στον τομέα της ιατρικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ

1.1.1. Θεωρίες για την υγεία

Αδιαμφισβήτητα , η υγεία θεωρείται ως ο πυλώνας μια ευτυχισμένης και ισορροπημένης ζωής. Γύρω από την έννοια της υγείας έχει οικοδομηθεί από την αρχαιότητα ακόμη, μία ολόκληρη επιστήμη , η επιστήμη της ιατρικής. Παρ' όλα αυτά είναι ιδιαίτερα δύσκολο να βρεθεί ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός για την υγεία, καθ' ότι πρόκειται για μια έννοια σύνθετη, δυναμική και εξελισσόμενη στο ρου της ιστορίας , επηρεαζόμενη από τις εκάστοτε κοινωνικές και τεχνολογικές συνθήκες. Στα Ηθικά Νικομάχεια ο Αριστοτέλης διατείνεται ότι η υγεία είναι πεπερασμένη, παρά το γεγονός ότι μπορεί να αναγνωριστούν διάφορες βαθμίδες της. (Aristotle, 2000). Από την άλλη ο Kass θεωρεί ότι η υγεία δεν περιγράφει μια απόλυτη κατάσταση , όπως για παράδειγμα, μπορεί να ειπωθεί για μια γυναίκα αν είναι έγκυος ή όχι. (Kass , 1975). Ο Boorse αντιμετωπίζει την υγεία και τη νόσο ως τις δύο όψεις τους ίδιου νομίσματος. Η κατάσταση ενός οργανισμού είναι θεωρητικά υγιής , δηλαδή , ελεύθερη νόσου , αν ο τρόπος λειτουργίας του συμμορφώνεται με το φυσικό σχεδιασμό οργανισμών αυτού του είδους. (Boorse, 1975)Συνεπώς, για τον Boorse η υγεία δεν αποτελεί αξιολογική έννοια και η επιστήμη της υγείας δύναται να απαγκιστρωθεί από αξίες και να λειτουργεί με αντικειμενικά μέτρα. (Πουλής & Βλάχου , 2016)

➤ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Από τις αρχές του 17^{ου} αιώνα, η ιατρική κοινότητα προσεγγίζει την έννοια της υγείας με έναν αρνητικό ορισμό σε αντιδιαστολή με την νόσο, την οποία και αντιλαμβάνεται ως καθαρά βιολογικό φαινόμενο, που προκαλείται από ιούς , μικρόβια κ.α. που προκαλούν δυσλειτουργία και διαταραχή στο ανθρώπινο σώμα. (Mechanic, 1978). Τους παράγοντες αυτούς που προκαλούν τη νόσο , ο γιατρός οφείλει να τους αντιμετωπίσει , επιδιορθώνοντας τη βλάβη και επαναφέροντας έτσι

την ισορροπία στο ανθρώπινο σώμα. Η αμιγώς βιολογική διάσταση αυτή της υγείας που αντιλαμβάνεται την υγεία ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, προσανατόλισε την ιατρική κοινότητα στη θεραπεία (cure) και οδήγησε στην εξειδίκευση και τη συστηματοποίηση των γνώσεων, με την καθιέρωση των ιατρικών ειδικοτήτων.

➤ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Με το πέρασμα του χρόνου, αρχίζει να εγκαταλείπεται η προσήλωση στη θεραπεία (cure) και να υιοθετείται ο όρος της φροντίδας (care). (Θεοδώρου, Σαρρής, & Σούλης, Συστήματα Υγείας, 2001). Μία πρώτη προσπάθεια κοινώς αποδεκτού ορισμού της υγείας γίνεται το 1946, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος στην ιδρυτική του διακήρυξη ορίζει την υγεία «όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, αλλά ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». (WHO, 1958). Ο ορισμός αυτός απαγκιστρώνει την υγεία από το αμιγώς βιολογικό της υπόβαθρο και αποτελεί το έναυσμα ανάπτυξης της ολιστικής θεώρησης. Η θεώρηση αυτή επισημαίνει τον πολυσχιδή και ετερόκλητο χαρακτήρα της υγείας, καθώς εκτιμά ότι η υγεία συσχετίζεται άμεσα με το περιβάλλον (φυσικό και κοινωνικό) και επηρεάζεται σαφώς και από τη βιολογική βάση του ανθρώπου (κληρονομικότητα). Πρόκειται για μια θεώρηση η οποία συνεκτιμά και την ιπποκρατική αντίληψη περί υγείας, όπως αυτή διατυπώνεται στο έργο του «Περί αέρων, υδάτων και τόπων». Η ανθρώπινη υγεία κατά τον Ιπποκράτη δεν εξαρτάται μόνο από τη φυσιολογία, αλλά το ανθρώπινο σώμα βρίσκεται σε στενή αλληλεπίδραση με τον περιβάλλον όπου ζει. (Καλαχάνης, Πάνου, Κωστίκας, & Μανιμάνης, 2014). Με την ολιστική αυτή θεώρηση περί υγείας καθίσταται σαφές ότι η αντιμετώπιση του ασθενούς δεν απαιτεί μόνο τη θεραπεία του ιατρού αλλά καθιστά αναγκαία τη γενικότερή του φροντίδα από ένα ευρύτερο επιστημονικό προσωπικό όπως οι νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί. Με τον τρόπο αυτό θεσπίζεται η διεπιστημονική ομάδα υγείας που στοχεύει όχι μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου, αλλά και στην πρόληψή της καθώς και στη φυσική και κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Ενσαρκώνει με άλλα λόγια την ιπποκρατική ρήση «κάλλιον εστί προλαμβάνειν ή θεραπεύειν». Η ολιστική θεώρηση περί υγείας φαίνεται να αντιλαμβάνεται την υγεία όχι σαν μια έννοια στατική, αλλά ως μια συνισταμένη δύναμη επιχειρώντας να αναλύσει κάθε επιμέ-

ρους συνιστώσα της , όπως είναι το φυσικό περιβάλλον, οι κοινωνικές συνθήκες και μεταβολές, το κληρονομικό υπόβαθρο του ατόμου .

➤ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Σήμερα βέβαια έχουν αναπτυχθεί ποικίλες θεωρίες περί υγείας . Μεταξύ άλλων η κοινωνικοοικονομική προσέγγιση της υγείας , εντάσσει την υγεία δυναμικά ως οικονομικό μέγεθος στην αγορά. Συγκεκριμένα, η εργασία ,ως παραγωγικός συντελεστής , έγκειται στο ανθρώπινο κεφάλαιο, σε όλες δηλαδή τις ανθρώπινες προσπάθειες, πνευματικές και σωματικές , που καταβάλλονται για την παραγωγή των αγαθών και των υπηρεσιών. Η υγεία επιδρά καθοριστικά τόσο στην παραγωγικότητα ,όσο και στην αποδοτικότητα της εργασίας καθώς και στην ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών. (Θεοδώρου , Σαρρής , & Σούλης , Συστήματα Υγείας, 2001). Σύμφωνα , λοιπόν, με την οικονομική θεώρηση , η νόσος δεν επιτρέπει στο ανθρώπινο δυναμικό να συμμετάσχει στη διαδικασία παραγωγής κι αποτελεί κόστος για το κοινωνικό σύνολο. Η επιτυχής αντιμετώπιση της νόσου και η βελτίωση της υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο συνδράμει καταλυτικά στην αύξηση της εργασιακής αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας . Η υγεία αποτελεί προϋπόθεση για την αποτελεσματική συμμετοχή του ανθρωπίνου κεφαλαίου στην παραγωγή και εχέγγυο για την ανάπτυξη της επιχειρηματικής δραστηριότητας. Οι δαπάνες , επομένως, για τη βελτίωση της υγείας δεν έχουν μόνο άμεσο ατομικό όφελος αλλά δημιουργούν σημαντικές εξωτερικές επιδράσεις στην παραγωγή κι ως εκ τούτου ορθά έχει υποστηριχθεί ότι έχουν έναν άμεσο καταναλωτικό κι έναν έμμεσο επενδυτικό χαρακτήρα (Cullis & West, 1979). Ακόμη , έχει υποστηριχθεί ότι η υγεία και η νόσος έρχονται ως αποτελέσματα (θετικό ή αρνητικό αντίστοιχα) των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία. Το άτομο πέραν των ατομικών γνωρισμάτων που φέρει κατά τη γέννησή του με βάση το γονιδιακό και κληρονομικό του υπόβαθρο , φέρει και κάποια επίκτητα χαρακτηριστικά όπως αυτά διαμορφώνονται μέσα από το οικογενειακό , φιλικό , επαγγελματικό κι ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που ζει. Έχει διαπιστωθεί με βάση έρευνες ότι η κοινωνική προσαρμογή και ζωή του ατόμου επηρεάζουν άμεσα το επίπεδο υγείας του και το αντίστροφο, η προσαρμοστικότητα δηλαδή του ατόμου μεταβάλλεται με βάση την υγεία του. Σ' ένα άτομο που νοσεί η δυνατότητα κοινωνικής προσαρμο-

γής μειώνεται σημαντικά, η προσωπικότητά του αποδιοργανώνεται και η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται ως αποκλίνουσα. (Αγραφιώτης, 1988). Ακόμη, άτομα που βιώνουν συνθήκες έντονης κοινωνικής αποδιοργάνωσης και αστάθειας, ανομίας και φτώχειας παρουσιάζουν έντονη ροπή προς τη νόσο, σωματική ή ψυχική. Η πληθώρα ερευνών που έχουν διενεργηθεί, αποδεικνύουν ότι οι υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις προάγουν την υγεία και προστατεύουν τα άτομα από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην υγεία τους. (Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, 1986).

1.1.2. Το δικαίωμα στην Υγεία

Το άρθρο 21 παρ.3 Συντ. προβλέπει πως «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.» Στο συγκεκριμένο άρθρο ο συντακτικός νομοθέτης κατοχυρώνει το δικαίωμα στην υγεία ως κοινωνικό *erga omnes* δικαίωμα, καθιερώνει δηλαδή την υποχρέωση του Κράτους για παρέμβαση με θετικές ενέργειες (*status positivus*) και παροχή αγαθών ή υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, υποχρεώνει το κράτος να δραστηριοποιηθεί και να δημιουργήσει την κατάλληλη υποδομή παροχής υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης γενικά και μάλιστα όχι μόνο σε επίπεδο θεραπείας, αλλά και σε εκείνο της πρόληψης, ενώ επιπλέον οφείλει να ασκεί εποπτεία στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. (Χρυσόγονος, 2006). Αξίζει, ακόμη, να επισημανθεί, ότι το κοινωνικό δικαίωμα στην προστασία της υγείας είναι ευρύτατο, καθώς ο συντακτικός νομοθέτης επικεντρώνεται στο αποτέλεσμα της κρατικής μέριμνας και όχι στα ειδικά μέτρα της πραγμάτωσης του αποτελέσματος αυτού.

Μια χρόνια προβληματική στους νομικούς κύκλους γύρω από την ερμηνεία των κοινωνικών δικαιωμάτων κι ως εκ τούτου και του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία (άρθρο 21 παρ. 3 Συντ.) είναι το κανονιστικό περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων. Από τα κοινωνικά δικαιώματα δεν προκύπτουν καταρχήν αγώγιμες αξιώσεις συγκεκριμένων φορέων τους έναντι του κράτους για κοινωνικές παροχές. « Αν από όλα τα κοινωνικά δικαιώματα απέρρεαν αγώγιμες αξιώσεις, τότε η κατανομή των πόρων αυτών θα γινόταν αποκλειστικά σχεδόν με δικαστικές αποφάσεις, με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατο να χρηματοδοτηθούν νέες πολιτικές ή να προωθηθούν κατά προτεραιότητα ορισμένες από τις παλιές. Την άσκηση πολιτι-

κής από τους αντιπροσώπους του κυρίαρχου λαού θα υποκαθιστούσε η εκτέλεση των δικαστικών αποφάσεων και τη λαϊκή κυριαρχία το κράτος των δικαστών» . (Χρυσόγονος , 2006). Ως εκ τούτου η απορρέουσα από τα κοινωνικά δικαιώματα «υποχρέωση του Κράτους είναι προς την κοινωνία ως σύνολο , όπου σε περίπτωση μη εκπλήρωσής της , η επανόρθωση εναπόκειται στο κοινοβούλιο» (Marshall & Bottomore, 2001) .Η άποψη αυτή φαίνεται επικρατεί τόσο στη θεωρία , όσο και στη νομολογία , παρά την ύπαρξη μεμονωμένης αναφοράς σε μια απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας , σύμφωνα με την οποία « το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντ. ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του Κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν από την πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρεώσεώς της».(ΣτΕ 400/1986, Ολ. ΤοΣ 1986,433) . Αξίζει να επισημανθεί μάλιστα ότι το κρίσιμο ζήτημα εν προκειμένω ήταν η συνταγματικότητα ή μη των διατάξεων του ν.1397/83 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» χωρίς το ανώτατο δικαστήριο να προβεί στον προσδιορισμό της εν λόγου αξιώσεως και στον τρόπο πραγμάτωσης της.

Σε κάθε περίπτωση, ανεξάρτητα από το αν θεμελιώνεται στο άρθρο 21 § 3 Συντ. δικαστικά επιδιώξιμη αξίωση πριν από την παρέμβαση του κοινού νομοθέτη, δεν χωρεί αμφιβολία ότι ο Ν. 1397/83 που θέσπισε το ΕΣΥ δημιούργησε ένα «δημόσιο υποκειμενικό δικαίωμα» των πολιτών στις παροχές υπηρεσιών υγείας που προβλέπονται από τις διατάξεις του. Ο χρήστης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας έχει απέναντί του τους γιατρούς του ΕΣΥ ,δεσμευμένους με την υποχρέωση παροχής των προβλεπόμενων από το Ν. 1397/83 και τους άλλους σχετικούς νόμους (ιδίως το Ν. 1579/85 και το Ν. 2071/92) υγειονομικών φροντίδων σύμφωνα με τις επιστημονικά αποδεκτές μεθόδους και πρακτικές. Το δικαίωμα του χρήστη των δημοσίων υπηρεσιών υγείας αναλύεται κατά περίπτωση , είτε σε αξίωση κατά συγκεκριμένου υγειονομικού σχηματισμού για αυτούσιες υγειονομικές φροντίδες, είτε σε απαίτηση κατά του Κράτους, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ, για αποζημίωση λόγω παράνομων πράξεων ή παραλείψεων των γιατρών του ΕΣΥ, που περιλαμβάνουν και ζημίες ή βλάβες που υφίσταται ο ασθενής από ιατρικό σφάλμα. (Παπαδάτου , 2004)

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί , ότι «η συνταγματική επιταγή για κρατική μέριμνα δεν αποκλείει την παράλληλη δραστηριοποίηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας

προς την ίδια κατεύθυνση π.χ. για την παροχή υπηρεσιών υγείας» (Χρυσόγονος , 2006). Το Σύνταγμα όπου θέλει να αποκλείσει την ιδιωτική πρωτοβουλία, το προβλέπει ρητά (άρθρο 16 παρ. 8).

Το δικαίωμα στην υγεία όμως δεν περιορίζεται μόνο με τη διαπίστωση της κοινωνικής φύσης του στο άρθρο 21 παρ.3 Συντ. Η διατύπωση του συντακτικού νομοθέτη στο άρθρο 7 παρ. 2 που ορίζει ότι : « τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως ο νόμος ορίζει» προσδίδει στο δικαίωμα της υγείας τα χαρακτηριστικά ενός ατομικού δικαιώματος. (Δαγτόγλου, Ατομικά Δικαιώματα, 1991) . Συγκεκριμένα, με βάση την παραδοσιακή θεωρία των status , η καταγωγή της οποίας εντοπίζεται στο γερμανικό θετικισμό των αρχών του 20^{ου} αιώνα (Jellinek, 1892), τα ατομικά δικαιώματα αντιπροσωπεύουν το status negativus του δικαιώματος, αποτελούν δηλαδή « τις αξιώσεις του ατόμου έναντι του κράτους για αποχή από παρεμβάσεις σε μια συνταγματικά κατοχυρωμένη σφαίρα ιδιωτικής αυτονομίας» (Χρυσόγονος , 2006). Η δικαστική επιδίωξη μιας τέτοιας αξίωσης πραγματοποιείται μέσα από τις ρήτρες ιδιωτικού δικαίου ή με την απευθείας επίκληση του Συντάγματος (με βάση την τριτενέργεια του άρθρου 25 παρ. 1 του Συντ.) (Παπαδάτου , 2004) . Η διάταξη αυτή εξειδικεύει τη διάταξη του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος , που απαιτεί την καταστατική αρχή της έννομης τάξης και μάλιστα δεν υπόκειται σε αναστολή σε περίοδο εφαρμογής του νόμου για την κατάσταση πολιορκίας, σύμφωνα με το άρθρο 48 παρ.1 του Συντάγματος. Να σημειωθεί ακόμη , ότι μετά τη συνταγματική αναθεώρηση του 2001 κατοχυρώθηκε το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας στο άρθρο 5 παρ.5 εδ.α' του Συντάγματος που ορίζει ότι : « καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων». (Μάντζαρη , 2006-07)

Φορέας του δικαιώματος στην υγεία είναι καταρχήν ο Έλληνας πολίτης , με βάση τη διατύπωση του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ. Ωστόσο, αν δεχτούμε πως ο τελευταίος έχει αξίωση περίθαλψης σε επείγουσες περιπτώσεις από τους δημόσιους νοσηλευτικούς φορείς , θα ήταν αδιανόητο να αποκλεισθεί η υποχρέωση τέτοιας περίθαλψης άλλων συνανθρώπων μας , απλώς και μόνο επειδή τυχαίνει να στερούνται της ελληνικής ιθαγένειας. (Χρυσόγονος , 2006). Η εκδοχή ότι οι αλλοδαποί θα

μπορούσαν να αφεθούν χωρίς την αναγκαία άμεση βοήθεια προσβάλλει την ίδια την αξία της ανθρώπινης ζωής (άρθρο 2 παρ.1 Συντ.) προς την οποία και συναρτάται η προστασία της υγείας. (Κοντιάδη , 1997) . Άλλωστε και το άρθρο 13 αρ. 3 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Χάρτη (ν. 1426/1984) κάνει ρητή αναφορά σε « όλα τα πρόσωπα» χωρίς να διακρίνει σε ημεδαπούς και αλλοδαπούς , ότι δικαιούνται βοήθειας « για την πρόληψη , εξάλειψη ή βελτίωση της κατάστασης ανάγκης , προσωπικής ή οικογενειακής φύσεως». Αποδέκτης της ισχύος του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία είναι το ίδιο το κράτος , αφού έναντι αυτού στρέφει ο ιδιώτης τη συνταγματικά κατοχυρωμένη αξίωση του (άρθρο 21 παρ.3 Συντ.) για παροχή υπηρεσιών υγείας.

1.2. ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τη Ρωμαϊκή ήδη εποχή, είναι ευρέως διαδεδομένη η διάκριση του δικαίου(*summa divisio*) σε ιδιωτικό (*ius privatum*) και δημόσιο (*ius publicum*), διάκριση που υπηρετεί κυρίως την ανάγκη συστηματοποίησης των κανόνων δικαίου. (Δημητρόπουλος, 2004). Το εσωτερικό δημόσιο δίκαιο περιλαμβάνει τους κανόνες που αποτελούν το πλαίσιο της έννομης τάξης και τους κανόνες που ρυθμίζουν την οργάνωση, λειτουργία και δραστηριότητα εν γένει των πολιτειακών οργάνων, σε αντίθεση με το ιδιωτικό δίκαιο , οι κανόνες του οποίου ρυθμίζουν καταρχήν τις σχέσεις μεταξύ των ιδιωτών. (Σπηλιωτόπουλος, 2011). Ειδοποιός διαφορά μεταξύ των κανόνων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου είναι ο βαθμός επιτακτικότητάς του . Συγκεκριμένα όλοι οι κανόνες δημοσίου δικαίου ή κανόνες δημοσίας τάξης είναι κανόνες αναγκαστικού δικαίου (*ius cogens*) , δηλαδή η εφαρμογή τους δεν μπορεί να αποκλεισθεί με βάση τη βούληση των μερών και αναπτύσσουν την ισχύ τους έναντι όλων (*erga omnes*) , ενώ χαρακτηριστικό του ιδιωτικού δικαίου είναι η ύπαρξη κανόνων ενδοτικού δικαίου (*ius dispositivum*).

Το δημόσιο δίκαιο εξειδικεύεται σε επιμέρους υποκλάδους όπως είναι το συνταγματικό δίκαιο, το διοικητικό δίκαιο , το φορολογικό δίκαιο, το εκκλησιαστικό, το δημόσιο διεθνές δίκαιο κ.α. . Στο διοικητικό δίκαιο κατατάσσονται συστηματικά οι ειδικοί κανόνες δικαίου που εφαρμόζονται στη Δημόσια Διοίκηση. Κριτήρια , επομένως, για την υπαγωγή των κανόνων στο διοικητικό δίκαιο είναι πρώτον , ότι αναφέρονται στη Δημόσια Διοίκηση και δεύτερον, ότι έχουν χαρακτήρα ειδικό προς

τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου , με την έννοια ότι διευθετούν θέματα μη ρυθμιζόμενα από το ιδιωτικό δίκαιο , ή θέματα τα οποία ρυθμίζονται μεν από το ιδιωτικό δίκαιο , αλλά κατά τρόπο διαφορετικό. (Σπηλιωτόπουλος, 2011).

Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας , αποτελεί υποκλάδο του δημοσίου δικαίου , και συγκεκριμένα κλάδο του διοικητικού δικαίου , που «διέπει την υγειοπροστατευτική δραστηριότητα και την αξία της ζωής και της υγείας του ανθρώπου» (Παπαρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη , 2017) . «Οι σχέσεις του ιδιωτικού δικαίου ρυθμίζουν κατ' αρχήν τις σχέσεις μεταξύ των ιδιωτών με βάση την ισοτιμία της βουλήσεως και οι κανόνες του δημοσίου δικαίου διέπουν τη διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και την τήρηση της υγειονομικής τάξης και ασφάλειας με τον έλεγχο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας και με τη διαφύλαξη τη δημόσιας υγείας. Οι κανόνες αυτοί έχουν ειδικό χαρακτήρα σε σχέση με τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και συγκροτούν το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας» σύμφωνα με την Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη (2009).

Κρίνεται ιδιαίτερα δύσκολο να βρεθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός περί του « Δημοσίου Δικαίου της Υγείας» , καθ'ότι βασίζεται στην έννοια της υγείας , η οποία όπως προαναφέρθηκε αποτελεί από μόνη της έννοια πολυσύνθετη και μερικώς αόριστη, δίχως να επιδέχεται και η ίδια απόλυτου ορισμού.

Σύμφωνα με έναν ορισμό αρκετά περιεκτικό κι εύστοχο « Το Δημόσιο Δίκαιο Υγείας είναι η μελέτη των νομικών όρων και εξουσιών του Κράτους ,προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι πολίτες είναι υγιείς (για τον εντοπισμό, την πρόληψη , και τη βελτίωση των κινδύνων για την υγεία στον πληθυσμό) καθώς και των περιορισμών στην κρατική εξουσία να περιορίσει την αυτονομία, την ιδιωτικότητα, την ιδιοκτησία ή άλλα νομικά κατοχυρωμένα δικαιώματα των ατόμων για το δημόσιο συμφέρον. Πρωταρχικός στόχος του δημοσίου δικαίου υγείας είναι το υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης». (Gostin & Wiley, 2016)

Ορισμένοι νομικοί στη Γερμανία και στη Γαλλία χρησιμοποιούν, επίσης, τον ιδιαίτερα περιοριστικό όρο "δίκαιο της ιατρικής" , ή ιατρικό δίκαιο (Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003). Αξίζει να σημειωθεί, πως στη γερμανική βιβλιογραφία μολονότι γίνεται διάκριση μεταξύ των όρων «Δίκαιο της Υγείας» (Gesundheitsrecht)

και « Ιατρικό Δίκαιο» (Medizinrecht) συχνά συγχέονται εννοιολογικά ή θεωρούνται ταυτόσημοι.

Το τελευταίο είναι αναντίρρητα μια πιο οριοθετημένη έννοια σε σχέση με το δημόσιο δίκαιο υγείας . Το ιατρικό δίκαιο έχει ως αντικείμενο τη ρύθμιση των εννόμων σχέσεων, των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων , των επαγγελματιών υγείας κατά την άσκηση της ιατρικής επιστήμης.

Το δίκαιο της υγείας ,επομένως, αποκτά ευρύτερο περιεχόμενο καθώς εκτός από το Ιατρικό δίκαιο περιλαμβάνει και το δίκαιο της Δημόσιας υγείας, το νοσοκομειακό δίκαιο, το φαρμακευτικό, το δίκαιο δικαιωμάτων ασθενών κ.α. Εκτός από το δίκαιο της υγείας ένας άλλος κλάδος του Διοικητικού δικαίου που είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με αυτό, είναι το δίκαιο της Κοινωνικής Ασφάλισης. (Μητροσύλη, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών θεμελιώθηκαν κι αναπτύχθηκαν τα τελευταία πενήντα χρόνια. Η πορεία ανάπτυξής τους κι ωρίμανσής τους ακολουθείται από αύξηση οικονομικών πόρων για την υγεία ,θεαματική είσοδο της τεχνολογίας στο σύστημα και αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού για δωρεάν παροχές υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικότητας. Κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται ανάλογα με το ιστορικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο κάθε χώρας. Παρά τις διαφοροποιήσεις στο χρόνο και στον τόπο ανάπτυξης των συστημάτων υγείας ,τα περισσότερα από αυτά άρχισαν να αντιμετωπίζουν από τη δεκαετία του '80 τα ίδια περίπου προβλήματα και παρόλο που υπάρχει μια τάση σύγκλισης ,οι διαφορές στη δομή , το χαρακτήρα και στην οργάνωση των συστημάτων είναι ευδιάκριτες. Χαρακτηριστικά συστήματα υγείας που θεωρούνται αντιπροσωπευτικά διαφορετικών μορφών και προσεγγίσεων είναι το Αμερικανικό σύστημα που θεωρείται ως ελεύθερο –ιδιωτικό, το Γερμανικό που είναι ένα μεικτό σύστημα με έντονη την παρουσία του τύπου Bismarck και το Βρετανικό που ταξινομείται ως εθνικό.

2.1.1. Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ

Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί παραλλαγή του μοντέλου Bismarck με έντονη βαρύτητα στην ιδιωτική ασφάλιση αντί για την κοινωνική. Πρόκειται για ένα αντιπροσωπευτικό μοντέλο του ελεύθερου-ιδιωτικού μοντέλου ,το οποίο λειτουργεί με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς και με λιγότερο κρατικό παρεμβατισμό. Στην Αμερικανική κοινωνία το δικαίωμα στην υγεία εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του καθενός και η ασφάλιση υγείας αποτελεί προσωπική υπόθεση του κάθε πολίτη. Ουσιαστικά ,οι υπηρεσίες υγείας στηρίζονται στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και η συμμετοχή του κράτους περιορίζεται στην παροχή κοινωνικής ασφάλισης σε ευπαθείς ομάδες που καλύπτονται από τα προγράμματα Medicare και Medicaid ,τα οποία χρηματοδοτούνται από την κεντρική και πολιτειακές

κυβερνήσεις. Ιδιαίτερο γνώρισμα των υγειονομικών υπηρεσιών στις ΗΠΑ αποτελούν τα συνδρομητικά ιατρικοασφαλιστικά συμπλέγματα ,τα οποία προσφέρουν στους ασφαλισμένους πλήρη πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή κάλυψη με ετήσια ή μηνιαία προκαθορισμένη συνδρομή. (Τούντας, 2003).Η ομοσπονδιακή και πολιτειακή κυβέρνηση χρηματοδοτούν τα προγράμματα του Medicare για ηλικιωμένους και ανάπηρους και του Medicaid για τους άνεργους και φτωχούς. Η υγειονομική κάλυψη δεν είναι υποχρεωτική και το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές εταιρείες ,οι φτωχοί ,οι ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι είναι ασφαλισμένοι μέσω των πολιτειακών προγραμμάτων και σημαντικό ποσοστό παραμένει ανασφάλιστο. (Θεοδώρου Μ.,Σαρρής Μ.,Σούλης Σ., 2001).Κύριο στοιχείο των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τα συστήματα κατευθυνόμενης φροντίδας ,τα οποία λειτουργούν με διάφορες παραλλαγές οργάνωσης , παροχής υπηρεσιών ,τρόπου χρηματοδότησης, με αποτέλεσμα να δημιουργούν έναν οικονομικό και γραφειοκρατικό κυκεώνα παρά ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Τα σημαντικότερα προγράμματα που προσφέρονται σήμερα στους Αμερικανούς πολίτες είναι τα ακόλουθα:

1. Το πρόγραμμα Medicare που είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό πρόγραμμα και ειδικά καλύπτει τα άτομα άνω των 65 ετών και τα άτομα με αναπηρία. Χρηματοδοτείται από έναν ειδικό φόρο των εργαζομένων και κατά ένα μικρό ποσοστό από τους δικαιούχους. Χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες ,όπου η πρώτη κατηγορία προσφέρει δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη και η δεύτερη μέρος της δαπάνης για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.
2. Το πρόγραμμα Medicaid ,το οποίο αποτελεί επίσης κρατικό σύστημα που καλύπτει ευπαθείς ομάδες με χρόνια προβλήματα υγείας ,άνεργους και τυφλούς. Χρηματοδοτείται από εθνικούς και πολιτειακούς φόρους και παρέχει φροντίδα υγείας μέσα από συμβάσεις που γίνονται σε πολιτειακό επίπεδο με νοσοκομεία και ιδιώτες γιατρούς.
3. Προγράμματα που παρέχονται υπηρεσίες με τον παραδοσιακό τρόπο μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Μετά τη μεγάλη οικονομική κρίση της δεκαετίας του '30 εμφανίστηκαν οι πρώτες ασφαλιστικές εταιρείες με ραγδαία ανάπτυξη ,οι οποίες προσφέρουν καλύψεις ανάλογα με την ηλικία, το επάγγελμα και την κατάσταση υγείας του πελάτη. Στους εργαζόμενους τα έξοδα ασφαλιστικής κάλυψης επιβαρύνουν τον εργοδότη και για αυτό το λόγο τα άτομα με πολλά προβλήματα

υγείας δύσκολα βρίσκουν εταιρείες για να τα ασφαλίσουν επειδή το κόστος των ασφαλίσεων είναι μεγάλο.

4. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αποτελούν τα προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας (managed care). Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσω ασφαλιστικών εταιρειών με χαμηλά ετήσια κατά κεφαλή ασφάλιστρα. Λειτουργούν με διάφορες παραλλαγές οργάνωσης για πλήρη πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή κάλυψη. (Τούντας, 2003). Τα πιο διαδεδομένα μοντέλα είναι οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs) και οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organizations, PPOs). (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001). Οι HMOs προσφέρουν συγκεκριμένο πακέτο υπηρεσιών υγείας με συγκεκριμένα ασφάλιστρα και χρονικό διάστημα ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την κατάσταση υγείας του ασθενούς μέσω των ίδιων γιατρών του HMOs. Το μοντέλο των PPOs φέρνουν σε επαφή τους προμηθευτές και τους αγοραστές των πακέτων υγείας. Οι γιατροί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε συνδρομητές με τιμές χαμηλότερες των κανονικών αλλά παράλληλα δέχονται ελέγχους και δε φέρνουν καμία οικονομική ευθύνη για το κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Το σύστημα υγείας της Αμερικής είναι πολύπλοκο, με υψηλούς και δαπανηρούς ετήσιους ρυθμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Δεν εξασφαλίζει την καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και παρουσιάζει κοινωνικές αδικίες, αφού η κάλυψη της φροντίδας υγείας εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς.

2.1.2. Το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Το Βρετανικό σύστημα υγείας (National Health Service) λειτούργησε το 1948 με νόμο που βασίστηκε στην αρχική σύλληψη του Λόρδου Beveridge το 1942 και ψηφίστηκε από την κυβέρνηση των Εργατικών. Πρόκειται για χαρακτηριστική περίπτωση δημόσιου –εθνικού συστήματος όπου απουσιάζουν τα ασφαλιστικά ταμεία και το κράτος αναλαμβάνει όλο το οικονομικό κόστος της δωρεάν παροχής φροντίδας υγείας στους πολίτες, χωρίς διακρίσεις, σε μια χώρα με ελεύθερη οικονομία.

Στην προ NHS περίοδο οι υπηρεσίες υγείας παρέχονταν από ιδιώτες και οικογενειακούς γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και από νοσοκομεία της τοπικής αυ-

τοδιοίκησης. Κύριο χαρακτηριστικό ήταν η ανεπαρκής υγειονομική κάλυψη, οι μεγάλες ιδιωτικές δαπάνες και οι ανισότητες στην κατανομή των νοσοκομείων λόγω γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων.

Με την εγκαθίδρυση του NHS όλοι οι στόχοι για βελτίωση υγείας των πολιτών μεταφέρονται στην κεντρική κυβέρνηση. Με τη μεταρρύθμιση του συστήματος επί πρωθυπουργίας Θάτσερ το 1991, το NHS διοικείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο αναλαμβάνει την ευθύνη για την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Περιφέρειες, την κοστολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων, τις αποφάσεις για την αμοιβή των απασχολουμένων στο σύστημα και την έγκριση των κονδυλίων για τις νοσοκομειακές κλίνες. (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001). Το ρόλο παροχής υπηρεσιών συμπληρώνουν οι οκτώ Υγειονομικές Περιφέρειες (RHAs), οι 112 Υγειονομικές Επαρχίες (DHAs) και οι Διευθύνσεις Οικογενειακής Ιατρικής (FHSAs).

Στο σύστημα γίνεται σαφής διαχωρισμός της αγοράς και χρηματοδότησης των υπηρεσιών από τους παρόχους που ουσιαστικά ισοδυναμεί με χρηματοδότηση αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τα συμβόλαια για παροχή υπηρεσιών υγείας συνάπτονται με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών και το κόστος τους με συνέπεια τον ανταγωνισμό των νοσοκομείων. Πρωταρχικά οι Υγειονομικές Επαρχίες (DHAs) είχαν την ευθύνη για τα νοσοκομεία της περιοχής τους αλλά αυτά στη συνέχεια μετατρέπονται σε NHS Trusts και γίνονται ανεξάρτητα με ελευθερία διαπραγμάτευσης στην αγορά. Οργανώνονται καλύτερα, αναπτύσσουν αποτελεσματικότερες μεθόδους θεραπείας και προσφεύγουν στην ελεύθερη αγορά για αναζήτηση οικονομικών πόρων και δανεισμού.

Κεντρικό θεμέλιο του συστήματος στη Βρετανία είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην οποία εντάσσονται η γενική ιατρική φροντίδα, η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, η οδοντιατρική και φαρμακευτική κάλυψη καθώς και η ορθοπαιδική και οφθαλμιατρική φροντίδα. Ουσιαστικά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δηλαδή οι υπηρεσίες θεραπείας, πρόληψης και αγωγής, παρέχονται από τους γενικούς γιατρούς –οικογενειακούς γιατρούς. Εργάζονται ομαδικά (group practice), χρησιμοποιούν τα ιδιωτικά τους ιατρεία και δέχονται συγκεκριμένο αριθμό ασθενών. Ο ασθενής έχει ελευθερία επιλογής γιατρού και η προσφυγή του στα νοσοκομεία γίνεται μόνο με γνωμάτευση και παραπομπή του οικογενειακού γιατρού. Ο οικογενειακός γιατρός αμείβεται με καθορισμένο ποσό, το οποίο προσαρμόζεται ανά-

λογα με το μέγεθος της λίστας των ασθενών τους (Ματσαγγάνης, 1992) και οι νοσοκομειακοί γιατροί με μηνιαίο μισθό.

Γενικά το Βρετανικό σύστημα βασίζεται στις αρχές της καθολικής κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, στην ισότητα και στην επαγγελματική αυτονομία των γιατρών. Θεωρείται το πιο αποτελεσματικό σύστημα του κράτους πρόνοιας κι επικροτείται από την πλειοψηφία των Βρετανών. (Τούντας Γ., 2003)

2.1.3. Το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck, το οποίο αρχίζει επί καγκελαρίας Bismarck (1880-1914) για πρώτη φορά με την ψήφιση νόμου για την κάλυψη εργατικών ατυχημάτων, αναπηρίας, ασθένειας, γήρατος και ανεργίας. Θεωρείται ένα αντιπροσωπευτικό σύστημα όπου συνυπάρχουν ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργαζομένους κι εργοδότες, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001).

Βασικό ρόλο στις υπηρεσίες υγείας επιτελεί η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε τοπικό επίπεδο οι κυβερνήσεις των ομοσπονδιακών κρατιδίων. Η χρηματοδότηση γίνεται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Υπάρχουν αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί και δομές, στους οποίους εκχωρούνται όλες εκείνες οι αρμοδιότητες για την παροχή, την οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών. (Πετρέλης Ματθαίος, Δομάγερ Φίλιππος -Ριχάρδος, 2016).

Κύρια ευθύνη σε εθνικό επίπεδο για τη στρατηγική και τις πολιτικές υγείας έχει το ομοσπονδιακό υπουργείο υγείας και σε περιφερειακό επίπεδο έχουν οι τοπικές κυβερνήσεις και τα υπουργεία των κρατιδίων. Βασικό ρόλο έχουν τα ασφαλιστικά ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των συμβαλλόμενων γιατρών. Τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε άτομα που έχουν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε επιχειρήσεις ή ζουν σε συγκεκριμένη περιοχή. Οι οικονομικοί τους πόροι παρέχονται από εργαζομένους ή εργοδότες. Η ασφάλιση των εργαζομένων είναι υποχρεωτική εάν το εισόδημά τους είναι κατώτερο από ένα ποσό που αναπροσαρμόζεται κάθε χρόνο. Οι περιφερειακές ενώσεις των συμβαλλόμενων γιατρών διαπραγματεύονται τις τιμές με τα ταμεία και χρηματοδοτούνται από αυτές με σφαιρικό προϋπολογισμό. Οι γιατροί της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης εργάζονται

ζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία και οι ασθενείς επιλέγουν από τη λίστα των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι. Η νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται είναι υψηλού επιπέδου. Τα νοσοκομεία αποτελούν οργανισμούς δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου και η χρηματοδότησή τους γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία χωρίς κρατική παρέμβαση. Η Π.Φ.Υ περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, οδοντιατρική φροντίδα, φυσικοθεραπείες, φάρμακα, νοσηλεία κατ' οίκον και διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις. (Τούντας Γ., 2003). Βασικό γνώρισμα του συστήματος αποτελούν οι διαπραγματεύσεις μεταξύ ταμείων και νοσοκομείων για τη χρηματοδότηση των τελευταίων καθώς και μεταξύ ταμείων και περιφερειακών ενώσεων γιατρών για τη χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Γενικά το σύστημα υγείας στη Γερμανία στηρίζεται στη συνεργασία των ταμείων που εκφράζουν τα συμφέροντα των εργαζομένων και των ενώσεων των γιατρών που εκφράζουν τα δικά τους συμφέροντα. Παρά τον τεράστιο αριθμό ταμείων που διαθέτει αποτελεί σήμερα το υπόδειγμα ενός αποτελεσματικού και καλά οργανωμένου εθνικού συστήματος υγείας .

2.2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας μπήκε σε τροχιά ανάπτυξης κι οργάνωσης μετά το τέλος του δευτέρου παγκόσμιου πολέμου. Αντίθετα η εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα συνδέεται κι ακολουθεί την πορεία όλων των κοινωνικοπολιτικών και οικονομικών εξελίξεων μετά την Ελληνική ανεξαρτησία και φτάνει ως τις μέρες μας.

Παράλληλα με την ιστορική εξέλιξη ,στην πορεία του υγειονομικού συστήματος μπορούμε να προσδιορίσουμε πέντε χρονικές περιόδους που σηματοδοτούν τα χαρακτηριστικά του. Η πρώτη περίοδος ξεκινά από το 1833 έως το 1922, η δεύτερη από το 1922 έως το 1945 ,η τρίτη από το 1945 έως το 1974 ,η τέταρτη από το 1974 έως 1983 και η πέμπτη από το 1980 έως σήμερα.

2.2.1. Πρώτη περίοδος :1833-1922

Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι η απουσία σαφούς υγειονομικής πολιτικής λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων από τις διάφορες πολιτικές κυβερ-

νήσεις. Η κρατική παρέμβαση στον τομέα της υγείας γίνεται χωρίς συντονισμό ,στηρίζεται στη φιλανθρωπία και περιορίζεται στην αντιμετώπιση λοιμωδών ασθενειών. Για την καταπολέμηση των μολυσματικών νόσων και την ίδρυση υγειονομικών υπηρεσιών, για πρώτη φορά το 1833, η Γραμματεία Εσωτερικών αναλαμβάνει τις υποχρεώσεις της "υγειονομικής αστυνομίας". (Ζηλίδης, 1988).Απουσιάζει το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και δημιουργούνται από διάφορες επαγγελματικές συντεχνίες αυτοτροφοδοτούμενες μονάδες ασφαλιστικής κάλυψης .Ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία , όπως το «Βαρδάκειον και Πρώιον Νοσοκομείο Σύρου»(1827), το Δημοτικό Νοσοκομείο «Ελπίς» στην Αθήνα (1836),το Τζάνειο (1875) και ο Ευαγγελισμός (1884).Σε πολλές πόλεις ιδρύονται μια σειρά νοσοκομείων τα οποία χρηματοδοτήθηκαν από δωρεές διαφόρων εθνικών ευεργετών και φιλανθρωπικών δραστηριοτήτων της εκκλησίας .Το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και το 1911 από τον Ερυθρό Σταυρό ιδρύεται η πρώτη νοσηλευτική σχολή. Στις μεγάλες πόλεις η συνεισφορά του ιδιωτικών ιατρείων ήταν περιορισμένη, εφ' όσον οι επιστήμονες ήταν λίγοι , ενώ στις αγροτικές περιοχές η ιατρική στηρίζεται στα χέρια των πρακτικών. Μια προσπάθεια οργάνωσης του υπανάπτυκτου υγειονομικού τομέα γίνεται με το νόμο 346 το 1914, με στόχο τη δημιουργία νομαρχιακών υγειονομικών συμβουλίων και νομιάτρων σε κάθε νομό αλλά μέχρι το 1922 δεν εφαρμόστηκε καμιά πρόβλεψή του.

2.2.2. Δεύτερη περίοδος :1922-1945

Η περίοδος αυτή σηματοδοτείται από οικονομική εξαθλίωση ,φτώχεια κι ανεργία .Με την άφιξη των προσφύγων το 1922 από τη Μ.Ασία , δεν ακολουθείται μια συγκροτημένη υγειονομική πολιτική αλλά το κράτος με τους λίγους οικονομικούς πόρους που διέθετε αντιμετωπίζει την ιατρική περίθαλψη και την παροχή φαρμάκων με τη δραστηριοποίηση στην Ελλάδα ξένων φιλανθρωπικών οργανώσεων. Σημαντικό σταθμό αυτή την περίοδο αποτελεί η ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής ,Πρόνοιας και Αντίληψης το 1922 με το νόμο 2882 για την αντιμετώπιση των πειστικών πιέσεων στα θέματα υγείας και με το νόμο 2868 προβλέπεται για πρώτη φορά η σύσταση κανόνων ταμείων ασφάλισης μισθωτών. (Σκουτέλης, 1990).Αν και οι οικονομικοί πόροι ήταν πενιχροί ,για την αντιμετώπιση εισροής των προσφύγων δημιουργήθηκαν 35 προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες. (Ζηλίδης, 1988).

Κατά την ιστορική περίοδο της δικτατορίας του Μεταξά ιδρύεται το 1934 με το νόμο 6298 το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο κάλυπτε την ασφάλιση ιδιωτικών υπαλλήλων κι εργατών. Τρία χρόνια αργότερα με τον Α.Ν. 965/37 «Περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» θεσπίζονται οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων κι αποτελεί το θεμέλιο λίθο στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, αφού με το νόμο αυτό όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα εποπτεύονται και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. (Μπιλανάκης, 2004)

2.2.3. Τρίτη περίοδος :1945-1974

Η Γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος που ακολούθησε οδήγησαν σε άθλια κατάσταση τις υπηρεσίες υγείας κι υπήρχε έλλειψη σε υποδομές κι εξοπλισμό. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχονταν χωρίς οργάνωση από το κράτος κι άλλους φορείς και υπηρεσίες όπως η τοπική αυτοδιοίκηση, το ΙΚΑ, το ΠΙΚΠΑ, ο Ερυθρός Σταυρός κι ασφαλιστικά ταμεία. (Ζηλίδης, 1988).

Σημαντικό σταθμό οργάνωσης αυτή την περίοδο αποτελεί η ψήφιση του Ν.Δ.2592/1953 (Φ.Ε.Κ. 254/1953 τ. Α΄) « Περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως» σύμφωνα με τον οποίο υιοθετείται η δημιουργία υγειονομικών περιφερειών, η αποκεντρωμένη πολιτική, η υπαγωγή των μονάδων υγείας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, η λειτουργία υγειονομικών σταθμών στην περιφέρεια καθώς και η ίση κατανομή νοσοκομειακών κλινών. Δυστυχώς, καμιά από τις διατάξεις του δεν υλοποιείται και δεν τελεσφόρησε.

Με το νόμο 4169/61 (ΦΕΚ 81/Α/1961) δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού και θεωρείται σημαντικός σταθμός του ασφαλιστικού συστήματος μετά την ίδρυση του ΙΚΑ.

Κατά την περίοδο της δικτατορίας των συνταγματαρχών καθιερώνεται με το Ν.Δ.67/68 (ΦΕΚ 303 τ. Α΄) η ετήσια υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου των αποφοίτων ιατρικών σχολών και ισχύει μέχρι και σήμερα για τη στελέχωση των αγροτικών ιατρείων.

Αυτή την εποχή έγινε μια προσπάθεια το 1969 από τον τότε υπουργό της δικτατορίας Λ.Πάτρα (Πάτρας, 1969) για τη δημιουργία ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας, όπου

θα εντάσσονταν όλα τα ταμεία υγείας, καθώς και για τη δημιουργία «Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας» που θα απέβλεπε στο συντονισμό όλων των φορέων και στην ενιαία χρηματοδότηση του υγειονομικού φορέα. Με την πτώση του καθεστώτος η προσπάθεια δεν τελεσφόρησε και χάθηκαν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία.

2.2.4. Τέταρτη περίοδος:1974-1983

Η Ελλάδα ταπεινωμένη από τους πολιτικούς κλυδωνισμούς μέχρι το 1974 δεν είχε διαμορφώσει ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Οι κοινωνικοπολιτικές πλέον συνθήκες αυτή την περίοδο έχουν ωριμάσει κι επισημαίνεται η ανάγκη εγκαθίδρυσης ενός νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας. (Θεοδώρου Μ.,Σαρρής Μ.,Σούλης Σ., 2001).Άλλωστε την ίδια ρότα ακολουθούν κι όλα τα ευρωπαϊκά κράτη καθώς μεταλλάσσονται τα πολιτικά ιδεώδη.

Το 1976 το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) προτείνει τη δημιουργία ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας ,την ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων και κοινωνικό σχεδιασμό με τη συνεργασία των ταμείων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Επιστημών, 1976).Ουσιαστικά ήταν μια ολοκληρωμένη πρόταση για μεταρρύθμιση η οποία στόχευε στη λύση των προβλημάτων του ελληνικού υγειονομικού συστήματος γιατί έδινε βαρύτητα και στην ανάπτυξη κέντρων υγείας ,στην ανάπτυξη περιφερειακών νοσοκομειακών μονάδων και παράλληλα αποσκοπούσε στην αποσαφήνιση της πολιτικής του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα υγείας με την ανάληψη περισσότερων ευθυνών από το ίδιο το κράτος. Δυστυχώς, η όλη προσπάθεια δε βρήκε πρόσφορο έδαφος υλοποίησης.

Το 1980 κατατίθεται στη Βουλή το νομοσχέδιο του τότε Υπουργού Υγείας, του καθηγητή Σ. Δοξιάδη με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981) το οποίο στόχευε στην αποκέντρωση ,στην εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού καθώς και στην ανάπτυξη μέσω της εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού. Η σημαντική αυτή πρόταση δεν έγινε ποτέ νόμος λόγω των πιέσεων που ασκήθηκαν . (Θεοδώρου Μ.,Σαρρής Μ.,Σούλης Σ., 2001).

2.2.5. Πέμπτη περίοδος :1980-Σήμερα

Η κατάσταση στο χώρο της υγείας μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 βρίσκεται σε δεινή θέση και τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα δεν αντιμετωπίζονται με τις κατά καιρούς προτάσεις. Η λαϊκή πλέον δυσαρέσκεια είναι αυξημένη και οι πιέσεις για δραστική κρατική παρέμβαση και ουσιώδεις λύσεις αυξάνονται.

Πρώτη προσπάθεια οργάνωσης γίνεται από την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ με την ψήφιση του νόμου 1278/82(ΦΕΚ 105/A/31-8-1982) για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), το οποίο αναλαμβάνει το σχεδιασμό και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα υγείας, καθώς και του νόμου 1316/83(ΦΕΚ Α' 3 11-1-1983) για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης με στόχο τη δραστική παρέμβαση του κράτους στην έρευνα, παραγωγή κι εμπορία των φαρμακευτικών προϊόντων.

Η μεγαλύτερη όμως νομοθετική μεταρρύθμιση στο υγειονομικό σύστημα συντελείται με την ψήφιση του νόμου 1397 /1983 (ΦΕΚ 143/A/83). Με βάση αυτό το νόμο τίθενται τα θεμέλια για την εδραίωση κι ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Για πρώτη φορά στη χώρα λειτουργεί ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στο οποίο έχουν όλοι οι πολίτες πρόσβαση χωρίς διακρίσεις κι εντελώς δωρεάν. (Αλεξιάδου, Σ.Α. κ.α., 1990). Άλλωστε, στις παραμονές της ίδρυσης του ΕΣΥ, η άθλια κατάσταση των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας και η ανάπτυξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην περίθαλψη, δημιουργούσε ανισότητα στο δικαίωμα πρόσβασης όλων των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες της υγείας. Η παραπάνω κατάσταση, λοιπόν, νομιμοποιούσε το ιδρυτικό έργο ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.

2.2.5.1. Ο Νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 1397, το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας κι αυτό εναρμονίζεται με το ελληνικό σύνταγμα που ορίζει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών. Η εφαρμογή του στηρίχτηκε στη βα-

σική αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό κι ο κάθε πολίτης είναι ίσος απέναντι στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Με βάση την εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου, στόχοι του 1397 ήταν ο κοινωνικός έλεγχος, η αποκέντρωση, ο ενιαίος προγραμματισμός, η ισοσκελής κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους κι αποκλειστικής απασχόλησης. (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001).

Οι βασικές αρχές του νόμου ήταν οι ακόλουθες:

1. Κρατική ευθύνη για ισότιμη παροχή υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών. Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική του θέση, η αποκλειστική ευθύνη για την παροχή φροντίδας ανήκει στο κράτος.
2. Αποκέντρωση των υπηρεσιών με διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας κι εκχώρηση γνωμοδοτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Κάθε υγειονομική περιφέρεια θα ασκεί την εποπτεία για την παροχή υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας, τα κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων, τα νοσοκομεία κάθε νομαρχίας και το περιφερειακό – πανεπιστημιακό νοσοκομείο.
3. Διάκριση περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και προβλεπόταν η δημιουργία περιφερειακών ιατρείων, τόσο σε αγροτικές όσο και σε αστικές περιοχές, καθώς και η δημιουργία 400 κέντρων υγείας σε όλη τη χώρα.
4. Ταχύρρυθμη ανάπτυξη της υποδομής και της οργάνωσης των νοσοκομείων. Με βάση το πενταετές πρόγραμμα 1983-1988 προβλεπόταν η ανέγερση νέων νομαρχιακών και περιφερειακών νοσοκομείων, η ένταξη της νοσοκομειακής υποδομής των άλλων ασφαλιστικών φορέων στο ΕΣΥ και ο εκσυγχρονισμός για την κάλυψη των αναγκών όλων των νοσοκομείων. Οι γιατροί του ΕΣΥ έπρεπε να είναι κυρίως γενικής ιατρικής, να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ώστε κανείς να μη μπορεί να ασκεί ελεύθερο επάγγελμα ή να κατέχει άλλη θέση στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.
5. Πλήρης διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα υγείας με στόχο την ανάπτυξη του δημοσίου χαρακτήρα της υγείας. Με τον Ν.1397/83 τα νοσοκομεία

λειτουργούν μόνο ως ΝΠΔΔ και αυτά που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ με εξαίρεση τα νοσοκομεία των ΑΕΙ και των Ενόπλων δυνάμεων.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα μεικτό σύστημα όπου συνυπάρχουν στοιχεία από το μοντέλο Bismarck και από το μοντέλο Beveridge. Ουσιαστικά, ως προς το δομικό του χαρακτήρα, συνδυάζει το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αφού χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό κι ασφαλιστικές εισφορές αλλά κι από ιδιωτικές πληρωμές. Τα βασικά θετικά στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας εντοπίζονται στην καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, στον κεντρικό σχεδιασμό ανάπτυξης υπηρεσιών με υγειονομικούς στόχους, στην κεντρική κι ενιαία χρηματοδότηση για προσφορά και βελτίωση ποιότητας παροχών και στο ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη λήψη αποφάσεων για δημόσια υγεία, πρόληψη και υγειονομική διαφώτιση. (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001). Παράλληλα, τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος εντοπίζονται στο υψηλό κόστος των δαπανών, στην περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου από τον ίδιο τον ασθενή, στην υπόθαλψη επαγγελματικής χαλαρότητας των γιατρών, στην εμφάνιση λίστας αναμονής των ασθενών και γενικότερα στην απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα με στόχο την ποιότητα και αναβάθμιση. (Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., 2007)

Παρόλο που ο Ν.1397/83 θεωρείται το πιο σημαντικό θεσμικό σχήμα για την εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος προστασίας της υγείας, συνάντησε αρκετές αντιδράσεις από διάφορες φιλελεύθερες παρατάξεις, από το ιατρικό κατεστημένο καθώς κι από την εκκλησία και φιλανθρωπικά ιδρύματα. (Πιερράκος, 2008). Γενικά του καταλογίζονται πολλές ελλείψεις και παραλείψεις. Δεν κατάφερε να αφομοιώσει και να αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών πάνω στον τομέα ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας, δόθηκε μεγάλη βαρύτητα στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων και δεν υπήρξε πρόβλεψη στη διαχείριση της χρηματοδότησης ώστε να ληφθεί υπόψη η εξελισσόμενη οικονομική κρίση που θα οδηγούσε στη μείωση του κόστους. (Κυριακόπουλος, 1990)

2.2.5.2. Η Μετά-ΕΣΥ περίοδος

Μετά την ψήφιση του Ν.1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/83), οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν για επενδύσεις σε κτίρια κι εξοπλισμό. Ανεγέρθηκαν, εξοπλήστηκαν και λει-

τούργησαν τρία πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο) κι αρκετά νομαρχιακά. Για την πρωτοβάθμια περίθαλψη λειτούργησαν 170 κέντρα υγείας και πολλά περιφερειακά ιατρεία. Σημειώθηκε σημαντική αύξηση στους μισθούς των γιατρών του ΕΣΥ καθώς και σύγκρουση με τους πανεπιστημιακούς γιατρούς για τους οποίους δεν απαγορεύτηκε από το νόμο η άσκηση ιδιωτικού έργου. Παρατηρήθηκε ανατροπή στις ισορροπίες μεταξύ νοσοκομειακού και ιδιωτικού τομέα, καθώς έκλεισαν πολλές κλινικές. Με την απαγόρευση δημιουργίας νέων κλινικών εμφανίστηκε νέα επενδυτική δραστηριότητα στο χώρο των διαγνωστικών κέντρων. Επιπρόσθετα παρόλο που δημιουργήθηκε το κεντρικό συμβούλιο υγείας, δεν απέκτησε ποτέ τις αρμοδιότητες που προέβλεπε ο νόμος και η διοίκηση του υγειονομικού συστήματος εξακολουθεί να παραμένει στην αποκλειστική ευθύνη του Υπουργείου Υγείας.

Με το νόμο 2071/92 (ΦΕΚ 123/τ. Α'/15-07-1992), εισάγονται νέες αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα, οι οποίες μετέβαλαν αρκετά σημεία του παραπάνω νόμου και γενικά τη φιλοσοφία του ΕΣΥ. Η χρηματοδότηση των κέντρων υγείας γίνεται από τις Νομαρχίες κι όχι από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων με συνέπεια την παύση της οργανικής και διοικητικής τους σύνδεσης. Επιπλέον με τον ίδιο νόμο, αλλάζει όλη η φιλοσοφία του συστήματος, καθώς το κράτος δεν εξασφαλίζει την πρόσβαση στους πολίτες σε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες αλλά εγγυάται την ύπαρξη ιδιωτικών και δημοσίων φορέων δίνοντας στους πολίτες αυξημένη ελευθερία επιλογής. Επίσης, δίνεται στους γιατρούς του ΕΣΥ το δικαίωμα επιλογής μερικούς ή πλήρους απασχόλησης.

Με το νόμο 2194/94 (ΦΕΚ 34/Α/16-3-1994) «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», καταργούνται όλες οι παραπάνω διατάξεις κι επανέρχεται το καθεστώς με τις αρχές και τους στόχους του Ν.1397/83.

Με την καθιέρωση του ΕΣΥ έγινε μια προσπάθεια σταδιακής και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξης. Πολλές στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες αντιμετωπίζονται με κατά καιρούς παρεμβάσεις και μεταρρυθμίσεις στην μετά –ΕΣΥ εποχή.

Με το Ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001) «Βελτίωση κι εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας», το άρθρο 1, προβλέπει ότι η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες και ταυτίζονται με τις Διοικητικές, στις οποίες οργανώνονται ολοκληρωμένα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ). Μέσα στα όρια της

υγειονομικής περιφέρειας οι μονάδες υγείας ,νοσοκομεία και κέντρα υγείας, μετατρέπονται σε ανεξάρτητες αποκεντρωμένες μονάδες με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται το Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Συ.Πε.Σ.Υ.) κι εξασφαλίζεται ο συντονισμός των Πε.Σ.Υ. και η εναρμόνιση των πολιτικών τους στο πλαίσιο του σχεδιασμού για την υγεία. Στα Διοικητικά Συμβούλια του Πε.Σ.Υ. ,εκπροσωπούνται οι εργαζόμενοι και οι λειτουργοί καθώς και η τοπική αυτοδιοίκηση .Εκχωρούνται αρμοδιότητες στα Διοικητικά Συμβούλια ώστε να ασκούν το ρόλο τους ως επιτελικά όργανα στην Περιφέρεια και το έργο τους υποστηρίζεται από επιστημονικά όργανα ,όπως το Επιστημονικό και το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, το οποίο στοχεύει στην αναβάθμιση του νοσηλευτικού προσωπικού. Δίνεται η δυνατότητα για ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων ,για ευκολότερη πρόσβαση των πολιτών στο γιατρό της επιλογής τους και στις υψηλού επιπέδου παροχές του Ε.Σ.Υ.

Με το Ν.3329/2005 (ΦΕΚ Α 81/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», στα πλαίσια της περιφερειακής συγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας ,στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται Νομικό Πρόσωπο «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας» (Δ.Υ.Π.Ε.). Σκοπός της είναι ο συντονισμός ,ο προγραμματισμός και η εποπτεία όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ), καθώς και η υποβολή εισηγήσεων και προτάσεων προς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για απόδοση ορθής παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της Περιφέρειας.

Στα πλαίσια διαρθρωτικών και καινοτόμων αλλαγών του Συστήματος Υγείας σημαντικό και μεταρρυθμιστικό νομοθέτημα αποτελεί ο Ν.3918/2011 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας» .Ειδικότερα στο Β' κεφάλαιο ορίζεται η σύσταση νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (εφεξής Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή Οργανισμός). Τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του

Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του Ν. 3655/2008 ως προς τις παροχές σε είδος. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ μπορεί να μεταφέρονται κι άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Σκοπός του οργανισμού είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ενεργεια ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων καθώς κι ο συντονισμός και συνεργασία μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.

Από την παραπάνω πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, γίνεται σαφές ότι το ελληνικό υγειονομικό σύστημα στη χώρα μας, το οποίο είναι ένα μεικτό σύστημα, τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία οργανωτικών και διοικητικών αλλαγών. Παρόλο που το Ε.Σ.Υ. λειτουργεί στη χώρα μας εδώ και τριάντα έξι χρόνια, με τη σημαντική μεταρρύθμιση και τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ το 2011, όλα τα προβλεπόμενα σχέδια για μεταβίβαση αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές δεν καρποφόρησε κι εξακολουθεί το σύστημα να είναι συγκεντρωτικό και να στηρίζεται στη συνύπαρξη του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. (Λιαρόπουλος, 2007). Η βιαστική του λειτουργία οδήγησε σε σύγχυση των πολιτών και του προσωπικού του συστήματος υγείας και με τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων λόγω της ανεπάρκειας του προβλεπόμενου προϋπολογισμού, δημιουργήθηκαν πολλές δυσπραγίες.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψηφίζεται ο Ν.4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ.» Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 4238/2014, οι υπηρεσίες ΠΦΥ σε δημόσιο επίπεδο παρέχονται μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας. Στην εποχή της οικονομικής κρίσης αλλάζει ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος λειτουργεί μόνο ως αγοραστής των υπηρεσιών υγείας και παρέχεται σημαντική αναβάθμιση στον ιδιωτικό τομέα. Ουσιαστικά με

την αλλαγή της φυσιολογίας σηματοδοτείται η ανάγκη ορθολογικότερης διαχείρισης και κατανομής χρημάτων καθώς η και αύξηση χρηματοδοτικών πόρων.

Επιπλέον στο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα του ΕΟΠΥΥ εντάσσεται και το νέο θεσμικό πλαίσιο που ορίζεται με το Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016) και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 .Θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Ουσιαστικά, μέσα από τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, όλες οι χώρες αναζητούν λύσεις για αποδοτικότερο και βιώσιμο σύστημα υγείας. Στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών αλλά σε συνάρτηση με τον εξορθολογισμό των δαπανών. Υιοθετούνται ,κυρίως, αλλαγές στη διοίκηση των συστημάτων αλλά επειδή δεν αντιμετωπίζονται τα δομικά τους προβλήματα δεν επιτυγχάνεται η ικανοποίηση των πολιτών παρόλο που έχουν περισσότερες επιλογές. Σύμφωνα με τον Μπούρμαλη (Μπούρμαλης, 2007) για να καταστεί αποδοτικό ένα σύστημα υγείας πρέπει να περιοριστεί ο μεγάλος αριθμός των οικογενειακών γιατρών ,να αυξηθούν οι ειδικοί γιατροί στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, να μην υφίσταται ο διαχωρισμός μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών και να επιτευχθεί καλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων που προσφέρει η τεχνολογία.

Τα προβλήματα στα συστήματα υγείας εντοπίζονται στην έλλειψη αντιστοιχίας ανάμεσα στις πραγματικές σημερινές ανάγκες υγείας των πολιτών και στις παλιές δομές οργάνωσης των υπηρεσιών. Τα συστήματα εξακολουθούν να λειτουργούν με το μοντέλο που δημιουργήθηκε και παγιώθηκε πριν από 100 χρόνια δηλαδή με τη δημιουργία του γενικού νοσοκομείου και την ατομική παροχή ιατρικών υπηρεσιών. (Τσιότρας Γ.,Μποχώρης Γ.,Σκορδή Α., 1998).Οι σημερινές ανάγκες υγείας είναι διαφορετικές σε σχέση με την εποχή δημιουργίας του ΕΣΥ. Το σύστημα οδηγείται σε χαμηλή παραγωγικότητα κι αναποτελεσματικότητα, οι υπηρεσίες είναι χαμηλής ποιότητας και παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση. Επιπρόσθετα ,οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το σύστημα υγείας με έντονη δυσπιστία και δυσαρέσκεια ,κρίνουν τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται ανεπαρκείς κι εκφράζουν ταυτόχρονα το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από αυτές.

Καταληκτικά, τα συστήματα υγείας χρειάζονται οργάνωση και ποιότητα ,ισότητα και συμπληρωματικότητα με την έννοια της αλληλεπίδρασης μεταξύ κράτους και αγοράς. Αποτελούν τη βάση της κοινωνικής πολιτικής , με τη σωστή οργάνωσή τους ασκούν θετική επιρροή στον εργασιακό και οικονομικό τομέα και παράλληλα μπορούν να προσαρμόζονται και να μεταβάλλονται με βάση την οικονομική κατάσταση του κράτους. (Θεοδώρου, Συστήματα υγείας, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

«Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα » αναφέρει μεταξύ άλλων ο ὄρκος του Ιπποκράτη που χρονολογείται περί τον 4^ο αιώνα π.Χ. , κάνοντας σαφή μνεία στην προστασία της ιδιωτικότητας του ασθενούς . Από τον Ιπποκράτη , λοιπόν, ακόμα απαντάται η ανάγκη προστασίας του ασθενούς , λόγω της ιδιαίτερης και ευάλωτης θέσης που κατέχει απέναντι στον ιατρό .

Στο πέρασμα των ετών ακολούθησαν κι άλλες αναφορές στην ανάγκη προστασίας των ασθενών , ενώ με τη δημιουργία κρατικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και τη θεσμοθέτηση συστημάτων υγείας, ξεκίνησαν πιο συντονισμένες προσπάθειες κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών. Το θεσμικό πλαίσιο της αναγνώρισης των δικαιωμάτων των ασθενών διαμορφώνεται μέσα από πολλές νομοθετικές προσπάθειες σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ το 1948, ο κώδικας δικαιωμάτων του ασθενούς (Patient Bill of Rights) που ψηφίζει για πρώτη φορά το 1973 η Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) το 1950, ο Ευρωπαϊκός Κοινοτικός Χάρτης το 1961 από το Συμβούλιο της Ευρώπης (κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 1426/1984),η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη Βιοϊατρική , (Οβιέδο 1997) , οι τρεις Διακηρύξεις της UNESCO για την βιοηθική και τη γενετική (1997,2003,2005) , η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών από τον ΠΟΥ το 1994 καθώς και η Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών που συνέταξαν το 2002 το Δίκτυο Ενεργών Πολιτών (ACN) μαζί με άλλες δώδεκα ευρωπαϊκές οργανώσεις (υιοθετήθηκε από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινοτική Επιτροπή το

2007) ,συνθέτουν το ευρύτερο νομοθετικό πλαίσιο προστασίας του ασθενούς σε υπερεθνικό επίπεδο. (Αλεξιάδης Α. , 2000)

Στον ελληνικό χώρο την αρχή της κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του ασθενούς σηματοδοτεί ο συντακτικός νομοθέτης με το άρθρο 21 παρ. 2 του Συντάγματος. Στη βάση αυτού και πάντα σε συνάρτηση με τις ευρωπαϊκές νομοθετικές προσπάθειες δημιουργείται ένα ευρύ θεσμικό πλαίσιο προστασίας. Με το άρθρο 47 του Ν.2071/1992 διατυπώνονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, ακολουθεί με το Ν.2619/1998 η κύρωση της «Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής»: Σύμβαση για τα «Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» , όπου κατοχυρώνονται δικαιώματα όπως η ισότητα των ευκαιριών στην περίθαλψη (κεφ.1, άρθρο 3), η ελεύθερη συναίνεση των ασθενών (κεφ.2, άρθρο 5), το δικαίωμα στην ενημέρωση (κεφ. , άρθρο 10). Με το Ν.2716/ΦΕΚ 96/τ.Α'/17.05.1999 και συγκεκριμένα σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των ληπτών στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας όπως είναι το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα αμφισβήτησης στο δικαστήριο της ακούσιας νοσηλείας , η πρόσβαση στα αρχεία που τον αφορούν , η προστασία της περιουσίας του και το δικαίωμα της κοινωνικής επανένταξης του ασθενούς. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας Ν.3418/2005 (α' 287) στο ΚΕΦ. Γ' έρχεται να ρυθμίσει στα άρθρα 8-15 τις σχέσεις Ιατρού και Ασθενή , καθώς και να αποσαφηνίσει τα επιμέρους δικαιώματα των ασθενών .

Στα χρόνια που ακολουθούν ο Ν.4213/2013 (Α'261) «Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011» έρχεται να ρυθμίσει τα δικαιώματα των ασθενών και τις διοικητικές διαδικασίες στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, στο Ν.4272/11-7-2014/ΦΕΚ 145/Τεύχος Α' «Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012» θεσπίζονται οι διαδικασίες σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών-μελών, ανθρωπίνων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση ,ενώ παράλληλα ρυθμίζονται ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.

3.2. ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Προκειμένου να διευκολυνθεί η άσκηση και η προστασία των ως άνω αναφερθέντων δικαιωμάτων και προς επίρρωση των επιδιωκόμενων σκοπών των θεσμικών κειμένων , έχουν συσταθεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας , οι παρακάτω φορείς:

Σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Α1β/Γ.Π.οικ 44284/25-7-2017 απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας(ΦΕΚ 383/3-8-2017/Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) λειτουργεί Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, που επικεντρώνεται στη διαμόρφωση πολιτικής για την προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα , σύμφωνα με το Ν.4368/21-2-2016 (ΦΕΚ 21/Τεύχος Α΄) άρθρο 59, η Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στους φορείς ή μονάδες της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.¹

Ακόμη, με την υπ' αριθμ.Α1β/Γ.Π.οικ. 36223/15-5-2017 Απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 229/16-5-2017/Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) συστάθηκε Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Η Επιτροπή αποτελείται από έναν ψυχίατρο, έναν παιδοψυχίατρο, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν νοσηλευτή, έναν ψυχολόγο, δύο νομικούς, έναν εκπρόσωπο των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και έναν εκπρόσωπο συλλόγων οικογενειών ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Βασική αρμοδιότητα της Επιτροπής είναι η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσα από τον διαρκή έλεγχο, την εποπτεία και τις παρεμβάσεις μέσα από τη συνεργασία με τον Τύπο και τους Δικηγορικούς Συλλόγους.²

Με το άρθρο 60 του Ν. 4386/2016(ΦΕΚ 21^Α/2016) συστάθηκαν σε κάθε νοσοκομείο Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υγείας. Τα εν λόγω γραφεία είναι αρμόδια για την ενημέρωση σχετικά με τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες, την ενημέρωση των ανασφάλιστων ασθενών για τα δικαιώματά τους , τη συλλογή και διευθέτηση των καταγγελιών και παραπόνων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, την ενημέρωση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με τις ενδεδειγ-

¹ <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

² <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

μένες πρακτικές , σύμφωνα με την ιατρική δεοντολογία και τη νομοθεσία καθώς και τη διαρκή βελτίωση και παροχή ποιοτικής εξυπηρέτησης των ασθενών και των οικείων τους. ³

Ακόμη, έχει συσταθεί Γραφείο Διαχείρισης Παραπόνων και καταγγελιών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38^Α/2014). Βασική του αρμοδιότητα είναι η διαχείριση και η διευθέτηση των παραπόνων και των καταγγελιών των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ^{4 5}.

Εξίσου σημαντική ήταν και η σύσταση των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών για Θέματα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σύμφωνα με το άρθρο 4 του Ν.3329/2005. Τα Κ.Ε.Π.Υ.Κ.Α. λειτουργούν ως αυτοτελή τμήματα σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.Π.Ε.)⁶και υπάγονται απευθείας στο Διοικητή της. ⁷

Αρωγός στο όλο εγχείρημα της ποιοτικής εξυπηρέτησης των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας στέκεται και ο Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , καθώς σύμφωνα με το άρθρο 18, κεφ.Β' του Ν.3292/2004 (ΦΕΚ 231^Α/2004), ο Συνήγορος του Πολίτη επιλαμβάνεται και των ζητημάτων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Βασική του αρμοδιότητα είναι η προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών , η εξάλειψη περιστατικών κακοδιοίκησης και η βελτίωση της εξυπηρέτησης των πολιτών. Μάλιστα, δύναται ,ως φορέας ,με εντολή του Υπουργού Υγείας να διερευνήσει τις αναφορές που στρέφονται κατά των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών.⁸

Τέλος, με το Νόμο 2920/2001 (ΦΕΚ131Α') συστάθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.), με στόχο τη δημιουργία κεντρικού , περιφερειακού μηχανισμού για τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας.⁹

³ <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

⁴ <https://www.eopyy.gov.gr/>

⁵ <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

⁶ <http://www.dypethessaly.gr/>

⁷ <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

⁸ <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

⁹ <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

3.2.1. Ο σεβασμός της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου

Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 1 Συντ. « ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου» καθιερώνονται ως « πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας» . Από τη διατύπωση αυτή, καθίσταται σαφές ότι ο συντακτικός νομοθέτης τοποθετεί την αξία του ανθρώπου ως θεμελιώδη αρχή. Άλλωστε, έχει διατυπωθεί , ότι «η αξία και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου αποτελούν εργαλείο για την ερμηνεία κάθε άλλης σχετικής διάταξης». Μπορεί να αποτελέσει ,δηλαδή, ένα «ύπατο ερμηνευτικό κριτήριο», ένα κριτήριο για την κρίση περί συνταγματικότητας ή μη μιας νομοθετικής ρύθμισης. (Μανιτάκης, 1994). Χαρακτηριστική είναι , άλλωστε, η θέση της νομολογίας ότι «το άρθρο 2 παρ. 1 Συντ. δεν θεσπίζει δικαίωμα , αλλά κανόνα δικαίου συνταγματικού επιπέδου» (ΑΠ 40/1998,ολ.ΤοΣ 1999,103). Το περιεχόμενο της αρχής έγκειται στην ανάγκη « να μην υποβιβάζεται ο άνθρωπος, ο κάθε συγκεκριμένος άνθρωπος, σε αντικείμενο, σε απλό μέσο για την εξυπηρέτηση οποιωνδήποτε σκοπών». (Χρυσόγονος , 2006). Η προστασία και η αξιοπρέπεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ως θεμελιώδης αρχή , εντοπίζεται σε όλα τα ειδικότερα δικαιώματα που κατοχυρώνονται μέσα από ένα ευρύ θεσμικό πλαίσιο υπέρ των ασθενών. Συγκεκριμένα, εκδηλώνεται μέσα από το δικαίωμα της -ελεύθερης και χωρίς διακρίσεις- πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μέσα από το δικαίωμα ενημέρωσης , αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του ασθενούς , μέσα από την προστασία μπροστά στον πόνο και στο θάνατο, το σεβασμό της ιδιωτικότητας και το δικαίωμα του να ενίσταται για κάθε προσβολή ενώπιον των αρμόδιων αρχών. Συγκεκριμένα προβλέπεται ρητά πως «Η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή μέσω των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει κάθε είδους αναγκαία γι' αυτόν υπηρεσία υγείας, όπως ιατρική, νοσηλευτική, παραϊατρική, με ανάλογη καλή μεταχείριση από όλες τις άλλες γενικές υπηρεσίες, διοικητικές και τεχνικές» (άρθρο 47 Ν.2071/1992), ενώ ακόμη «Ο ασθενής έχει δικαίωμα επιλογής και αλλαγής ιατρού, όπως επίσης και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης αναφορικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του (άρθρο 7 παρ. 2 Συντ., άρθρο 47 παρ. 3 Ν.2071/1992, άρθρο 28 παρ. 3 και 4 Ν.3418/2005).» (Αλεξιάδης Α. , 2015)

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει στο γεγονός , ότι επειδή «πρόκειται για γενική αρχή που η υλοποίησή της δε συνδέεται οπωσδήποτε με την άσκηση ενός ατομικού δι-

καιώματος , αναγνωρίσιμου υπέρ ορισμένου φορέα του, το άρθρο 2παρ.1 Συντ. θεμελιώνει ευρύτερη υποχρέωση σεβασμού και προστασίας της ανθρώπινης αξίας ακόμη και όταν αυτή δεν αντιστοιχεί ακόμη ,ή δεν αντιστοιχεί πια σε συγκεκριμένο πρόσωπο». (Χρυσόγονος , 2006) Πρόκειται σαφώς για τις περιπτώσεις της νομικής διαχείρισης του νεκρού και του κυοφορούμενου σε περίπτωση άμβλωσης. Συγκεκριμένα, έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι το άρθρο 2 παρ.1 προστατεύει καταρχήν και την αγέννητη ζωή (κυοφορούμενο) αφού κι αυτή έχει δυνητικά ανθρώπινη αξία. (BverfGE 88,203- Schwangerschaftsabbruch).

Αξιοσημείωτο είναι και το άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005) , όπου προβλέπεται ότι « Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο , ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα θεραπευτικά περιθώρια , οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή .Σε κάθε περίπτωση , συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό». Πρόκειται εν ολίγοις για τη λεγόμενη « Παρηγορητική Φροντίδα» , όπως έχει οριστεί στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Palliative care) , που ενσαρκώνει το δικαίωμα της αξιοπρέπειας του ασθενούς απέναντι στον πόνο και το θάνατο. Με τον όρο «Παρηγορητική Φροντίδα» αποδίδεται «η προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου με την έγκαιρη αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων σωματικών , ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.¹⁰

Στην Ελλάδα, το πρώτο Ιατρείο Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας ιδρύθηκε το 1989 στην Α' Αναισθησιολογική Κλινική του «Αρεταίειου» Νοσοκομείου υπό την διεύθυνση της Αναισθησιολόγου - Αλγολόγου Αθηνάς Βαδαλούκα, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας του Πανεπιστημίου Αθηνών, και είναι και το πρώτο εκπαιδευτικό κέντρο στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας στα θέματα πόνου και παρηγορητικής φροντίδας. Μάλιστα στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του αποτελούσε το «Focal point» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ακολούθως το 1997, ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)¹¹ , η μόνη επιστημονική εταιρία - μη κυβερνητική οργάνωση με περισσότερα από 500

¹⁰ <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

¹¹ <https://grpalliative.gr/>

μέλη σήμερα, που συνεργάζεται με όλα τα Ιατρεία Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας της χώρας και παρέχει παρηγορική φροντίδα και κατ' οίκον νοσηλεία από ειδικά εκπαιδευμένους και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, από το 1992 , λειτουργεί ως παράρτημα του «Αρεταίειου» Νοσοκομείου , η Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» του εργαστηρίου Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ , προσφέροντας δωρεάν φροντίδα σε χρόνια πάσχοντες (το 70% καρκινοπαθείς). Επιπλέον, η Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής , δημιούργησε τη Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία». Τέλος σε αρκετά δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν Κέντρα Πόνου εφαρμόζοντας συστηματικά προγράμματα παρηγορικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου. (Νέτα, 2017)

Διαφαίνεται λοιπόν πως η προστασία της αξίας του ανθρώπου όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 παρ. 1 του Συντ., αναδεικνύεται ως η απαρχή , ο «κοινός πυρήνας» όλων των επιμέρους θεμελιωδών δικαιωμάτων εν γένει, και ειδικότερα των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας. (Χρυσόγονος , 2006)

3.2.2. Η ενημέρωση

Το άρθρο 47 παρ.4 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/15.07.1992) ορίζει ότι: «Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.» ενώ στην παρ. 5 του ίδιου άρθρου προβλέπει ότι: « Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευ-

να ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή ».

Οι διατάξεις αυτές του Ν.2071/1992 έχει υποστηριχθεί ότι έχουν περισσότερο έννοια «συμβουλευτικών οδηγιών προς τους γιατρούς και δε θεμελιώνουν αστικά δικαιώματα των ασθενών από τον ίδιο το νόμο». (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993). Ερμηνεύοντας τις διατάξεις αυτές , καθίσταται σαφές ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα ενημέρωσης «ως πρόσωπο, άσχετα με την ιδιότητά του ως άμεσου ή έμμεσου αντισυμβαλλομένου του γιατρού». (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993). Για το λόγο αυτό , ο νόμος ρητά αναφέρει « ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του» , περιλαμβάνοντας περιπτώσεις ανηλικότητας ασθενών με απόλυτη ή μερική δικαιοπρακτική ικανότητα (ΑΚ 128 αρ.1, 129 παρ. α) , ψυχικά ασθενών , ατόμων που τελούν σε δικαστική συμπαράσταση κ.α. Η ενημέρωση του ασθενούς , φαίνεται , λοιπόν να αποτελεί κατά το νόμο προϋπόθεση για τη συγκατάθεσή του στη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, καθώς κάθε πράξη χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς , συνιστά αυθαίρετη ιατρική πράξη , κι ως εκ τούτου παράνομη. Άλλωστε στο άρθρο 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005-ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005) , γίνεται αναφορά «στη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» και εξαρτά ρητά το κύρος της συναίνεσης του ασθενούς από την προηγούμενη « πλήρη , σαφή και κατανοητή ενημέρωσή του».

Στο δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς, γίνεται σαφής μνεία και στο άρθρο 10 του Ν.2619/1998(ΦΕΚ 132/19.06.1998) , ενώ στο άρθρο 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005- ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005) αποσαφηνίζονται τα όρια και το περιεχόμενο της υποχρέωσης ενημέρωσης του ιατρού προς τον ασθενή. Γίνεται ρητή αναφορά στο « καθήκον αληθείας» του ιατρού προς τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του . Ωστόσο , συχνά στην ιατρική πρακτική απαντώνται περιπτώσεις , όπου η αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή θα μπορούσε να προκαλέσει αποδεδειγμένα τη χειροτέρευση της υγείας κα της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς , ακόμη και απειλή για τη ζωή του. Χαρακτηριστικό επ' αυτού είναι το λεγόμενο «φαινόμενο nocebo», που εμφανίζεται όταν «ο ασθενής επιδεινώνει από μόνος του την κατάσταση της υγείας του , μέσω αρνητικής αυθυποβολής», πρόκειται δηλαδή για την αντίστροφη λειτουργία του «placebo», όπου μέσω της θετικής αυθυποβολής βελτιώνεται η κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Τα εν λόγω φαινόμενα έχουν νευρολογική τεκμηρίωση και αποδεικνύουν

την έντονη αλληλεπίδραση της πνευματικής-ψυχολογικής κατάστασης στη σωματική υγεία. Μεγάλη συζήτηση έχει γίνει γύρω από το εν λόγω ζήτημα κυρίως όσον αφορά σε περιπτώσεις καρκινοπαθών, όπου έχει παρατηρηθεί ότι παρουσιάζουν τάσεις ναυτίας με το που εισέρχονται στην αίθουσα της χημειοθεραπείας, ακριβώς γιατί γνωρίζουν ότι μπορεί να προκληθούν τέτοιες τάσεις και υποσυνείδητα τις προκαλούν εκ των προτέρων. (Τσουμάνη, 2015) Με αφορμή τις εν λόγω περιπτώσεις, η συγκλίνουσα στη θεωρία άποψη υποστηρίζει ότι σε μερικές περιπτώσεις η απόκρυψη της πλήρους αληθείας είναι δεοντολογικά επιβεβλημένη. Για παράδειγμα, όταν πρόκειται για μια σοβαρή θανατηφόρο ασθένεια, η απόκρυψη της αληθείας δε νοείται σαφώς ως απόκρυψη της ύπαρξης της ασθένειας απολύτως, αλλά αντίθετα νοείται ως δεοντολογικό καθήκον του ιατρού να δημιουργήσει στον ασθενή ελπιδοφόρες προσδοκίες, έστω και αν γνωρίζει αντικειμενικά ότι δεν υπάρχουν τέτοιες πιθανότητες. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993). Προς επίρρωση της άποψης αυτής λειτουργούν τα χιλιάδες περιστατικά, που η καλή ψυχολογία και το ακμαίο ηθικό λειτούργησαν απροσδόκητα θετικά στην εξέλιξη της ασθένειας παρά τις ιατρικές προσδοκίες. Άλλωστε, ο Πλάτωνας θεωρούσε ως θεραπευτικό μέσο την απόκρυψη της αλήθειας προς τον ασθενή. (Πλάτωνας). Ενδεικτικά στο σημείο αυτό, γύρω από την εν λόγω προβληματική είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των γιατρών στη Γαλλία, όπως δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα Le Figaro, όπου παρόλο που είναι νομοθετικά επιβεβλημένη η πλήρης διαφάνεια για τους ασθενείς, προέκυψε ότι ποσοστό 43% των γιατρών της χώρας δε λέει πάντα την αλήθεια στους ασθενείς, «για να μη γίνουν οι ταχυδρόμοι της απελπισίας».¹²

Η περ.2 του άρθρου 10 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ότι «ο γιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν». Πρόκειται λοιπόν για έναν περιορισμό της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς, περιορισμό τον οποίον υπαγορεύει ο ίδιος ο ασθενής. Μάλιστα, η εν λόγω διάταξη προβλέπει, ότι ο ασθενής εφόσον δεν μπορεί να ενημερωθεί ο ίδιος μπορεί να υποδείξει κάποιος άλλο οικείο του πρόσωπο. Από νομικής άποψης πρόκειται για επιτρεπτή μη άσκηση του δικαιώματος της ενημέρωσης που επαφίεται στη βούληση του ίδιου του ασθενούς και όχι σε παραίτηση από το ίδιο το δικαίωμα της ενημέρωσης, καθώς, εφόσον ανήκει στα δικαιώματα επί της ίδιας της προσωπικότη-

¹² <https://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis/story/328895/erevna-to-43-ton-giatron-den-lene-panta-tin-alitheia-stous-astheneis>

τας, δε χωρεί παραίτηση επ' αυτού. (Σημαντήρας, 1990). Η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ δικαιοπρακτικής παραίτησης και παραίτησης από το δικαίωμα ενημέρωσης είναι ότι στην πρώτη περίπτωση ο παραιτούμενος οφείλει να γνωρίζει από τι ακριβώς παραιτείται, ενώ στη δεύτερη περίπτωση όπως γίνεται αντιληπτό, κάτι τέτοιο δεν απαιτείται. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993).

Ως εκ τούτου, για να απαλλαγεί ο ιατρός από την υποχρέωση ενημέρωσης πρέπει να αποδειχθεί ότι η επιθυμία μη ενημέρωσης ανήκει αποκλειστικά στον ασθενή και να προκύπτει από προσωπική επαφή του ασθενούς με τον ιατρό. Η εκ των προτέρων γραπτή παραίτηση του ασθενούς δεν αποτελεί πλήρη απόδειξη. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993). Δικαιολογημένοι λόγοι άρνησης του ασθενούς να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του αποτελούν η συνειδητή και απόλυτη εμπιστοσύνη στην ικανότητα και την απόφαση του θεράποντος ιατρού ή ψυχολογικοί λόγοι όπως ο φόβος και η ανασφάλεια. Η άρνηση ενημέρωσης αποτελεί αποκλειστικό δικαίωμα του ασθενούς χωρίς να αίρεται η νομική υποχρέωση του ιατρού και το καθήκον αληθείας. Ο γιατρός, λοιπόν, δεν έχει δικαίωμα να ρωτήσει εκ των προτέρων τον ασθενή εάν επιθυμεί ή όχι την ενημέρωση, αλλά είναι υποχρεωμένος να προχωρά σε αυτή μέχρις ότου συναντήσει την εκφρασμένη αντίθεση του ασθενούς.

Η παραίτηση μπορεί να είναι ολική (ο ασθενής επαφίεται εντελώς στις αποφάσεις του ιατρού) ή μερική (π.χ. δεν επιθυμεί να ενημερωθεί για τις ακριβείς θεραπευτικές μεθόδους). Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να νοηθεί η παραίτηση ως παντελής άγνοια του ασθενούς ότι νοσεί, αρνούμενος την ενημέρωση ακόμη και κατά το διαγνωστικό στάδιο. Κάτι τέτοιο δε θα μπορούσε να σταθεί νομικά, καθώς δε θα επρόκειτο ασφαλώς σε «δικαίωμα», αλλά σε ανεπίτρεπτη «αντικειμενικοποίηση» του ασθενούς. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993)

Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς εκτός από δογματική έχει και ηθική προέλευση. Άλλωστε στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης, οι κανόνες του γραπτού δικαίου και οι ηθικοί κανόνες που μετουσιώνονται σε γραπτούς κανόνες δεοντολογίας της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος αλληλοσυγκρούονται, χωρίς όμως να υπερτερεί κάποιος έναντι του άλλου. Αιτία της σύγκρουσης αυτής αποτελεί το γεγονός ότι αρκετά συχνά στην ιατρική πρακτική, οι κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας και οι κανόνες της ηθικής, που επιβάλλουν το σεβασμό στο δικαίωμα του ασθενούς για ενημέρωση και ελεύθερη συγκατάθεση (*voluntas aegroti suprema*

lex),έρχονται σε σύγκρουση με το ιπποκρατικό «ωφελέειν ή μη βλάπτειν» , ή αλλιώς το «salus aegroti suprema lex est» που αποτελεί τον αυτοσκοπό της ιατρικής επιστήμης. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993)

3.2.3. Ο σεβασμός της αυτονομίας του ανθρώπου

Η άσκηση της ιατρικής από την αρχαιότητα ακόμη βασίστηκε κυρίως στο πατερναλιστικό πρότυπο. Ως «ιατρικός πατερναλισμός» θεωρείται «η άρνηση ή η αδιαφορία του ιατρού προς τις προτιμήσεις του ασθενούς με στόχο τη βελτίωση της υγείας του.» (Βούλτσος & Τσούγκας, 2007) . Η ιπποκρατική ιατρική ακολουθούσε , λοιπόν, την πατερναλιστική φιλοσοφία και είχε έντονο το ατομικό στοιχείο. Ο ασθενής δεν έχει δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία του , και η τυφλή υπακοή στην κρίση του ιατρού, ο οποίος βέβαια, λειτουργεί πάντα κατά το «ωφελέειν ή βλάπτειν» αποτελεί μονόδρομο. Στα χρόνια που ακολούθησαν ο χριστιανισμός έρχεται να επικυρώσει και να ενισχύσει την πατερναλιστική αντίληψη της ιατρικής, απαγκιστρώνοντάς την, βέβαια από τον αυστηρό ατομικό της χαρακτήρα και προσδίδοντάς της μια δημοσιοκοινωνική διάσταση. Για πολλούς αιώνες κυρίως πριν το Γαλλικό Διαφωτισμό επικράτησε , ως εκ τούτου, το επονομαζόμενο «ανεξέλεγκτο ιατρικό προνόμιο» που επικροτούσε την απόλυτη κυριαρχία της κρίσης του ιατρού πάνω στον ασθενή. Αναπτύχθηκε στις αρχές του 19^{ου} αι. στη Γαλλία και περιλήφθηκε το 1829 σε Υπόμνημα της Ιατρικής Ακαδημίας προς την Κυβέρνηση , κατά την επεξεργασία νόμου που ρύθμιζε τους κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Ενσάρκωνε τη θεωρία της παντελούς έλλειψης ευθύνης εκ μέρους των ιατρών όπως άλλωστε είναι γνωστή μέσα από τα σκωπτική ματιά του Γάλλου κωμικού Μολιέρου στο έργο του «Ο κατά φαντασίαν ασθενής – Le malade imaginaire». Η απομάκρυνση από το μοντέλο του πατερναλισμού στην ιατρική σημειώνεται μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Αφορμή στάθηκαν οι ναζιστικές θηριωδίες με τα πειράματα πάνω σε ανθρώπους μέσα στα στρατόπεδα συγκέντρωσης. Με την ιστορική δίκη της Νυρεμβέργης όπου βρέθηκαν στο εδώλιο του κατηγορουμένου οι γιατροί του χιτλερικού καθεστώτος, κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία νομικού πλαισίου για τη χρησιμοποίηση των ανθρώπων στην έρευνα. Ψηφίστηκε έτσι ο Κώδικας της Νυρεμβέργης το 1949 , που ουσιαστικά εισάγει για πρώτη φορά σε νομοθετικό κείμενο την έννοια της «ε-

θελούσιας συναίνεσης» ως προϊόν της αυτονομίας του υποκειμένου. (Μπαμπούρης, 2008) (Σίμου, 2019).

Ως αυτονομία νοείται « το δικαίωμα για αυτοκαθορισμό και αυτοπραγμάτωση του ασθενούς στο μέτρο των δυνατοτήτων του» . (Βούλτσος & Τσούγκας, 2007). Το δικαίωμα της αυτονομίας του ασθενούς θεμελιώθηκε με την εισαγωγή της ηθικής φιλοσοφίας στο χώρο της πρακτικής ιατρικής και την ανάπτυξη της βιοηθικής. Ως εκ τούτου, δε μνημονεύεται σε κάποιο νομοθετικό κείμενο σαν αυτοτελές δικαίωμα, ωστόσο αντανακλάται σε πληθώρα νομοθετικών διατάξεων.

Ξεκινώντας από τον υπέρτατο νόμο του Κράτους, στο άρθρο 5 παρ.1 του Συντάγματος, κατοχυρώνεται η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου. Ως προσωπικότητα νοείται « το σύνολο των ιδιοτήτων, ικανοτήτων και καταστάσεων , που αφενός μεν προκύπτουν από την υπόσταση του ανθρώπου ως έλλογου και συνειδητού όντος , αφετέρου δε εξατομικεύουν ένα συγκεκριμένο πρόσωπο». (Μάνεσης, 1982). Πρόκειται για ένα «γνήσιο δικαίωμα και μάλιστα για ένα γενικό δικαίωμα ελευθερίας, που συμπληρώνει την παρεχόμενη από τα άλλα δικαιώματα προστασία της προσωπικότητας . (Δαγτόγλου, Ατομικά Δικαιώματα, 1991). Καθίσταται , λοιπόν, σαφές πως η αυτονομία του ασθενούς, δεν αποτελεί παρά ειδική εκδήλωση του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ. 1 Συντ).

Έχει διατυπωθεί ότι «η αυτονομία του ασθενούς πραγματώνεται πρωτίστως μέσα από την αληθινή συγκατάθεση του τελευταίου, η οποία βέβαια προϋποθέτει την ενημέρωσή του, ώστε να καθίσταται δυνατή η αξιολόγηση των κινδύνων και των εναλλακτικών λύσεων που του προσφέρονται, ώστε να οδηγηθεί σε μια επιλογή αυτόνομη». (Μαρκεζίνη, 2002). Στο ελληνικό δίκαιο, η έννοια της συναίνεσης, και μάλιστα της ενήμερης συναίνεσης, ως έκφραση της αυτονομίας του ασθενούς ,κατοχυρώνεται ρητά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Συγκεκριμένα στο άρθρο 12 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005) προβλέπεται ρητά ότι « Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί σε εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή». Στο άρθρο αυτό κατοχυρώνεται συνεπώς το δικαίωμα του ασθενούς να αυτοκαθορίζεται , να αποφασίζει δηλαδή ελεύθερα , ύστερα από την ενημέρωση του ιατρού, για ό,τι αφορά στην υγεία και το σώμα του. (Ρήγας, 2018). Η συναίνεση δεν αποτελεί δικαιοπραξία και δεν εμπίπτει στην έννοια της συγκατάθεσης των άρθρων 236-238 ΑΚ.

(Φουντεδάκη, 2007, σ. 68). Σύμφωνα με τον Κορνηλάκη, η συναίνεση «αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία και εφαρμόζονται κατά αναλογία οι διατάξεις περί δικαιοπραξιών. Μάλιστα, δέχεται ότι ειδικά σε περιπτώσεις των αγαθών της προσωπικότητας, όπως είναι η υγεία, η συναίνεση αίρει τον παράνομο χαρακτήρα της πράξης μόνο όταν μπορεί να σωθεί ένα άλλο αγαθό του συναινούντος, που έχει μεγαλύτερη αξία. (Κορνηλάκης, 2002). Άλλοι συγγραφείς δέχονται, ότι η συναίνεση δεν είναι παρά το εκφρασμένο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ασθενούς, κι ως εκ τούτου αποτελεί το πραγματικό γεγονός που νομιμοποιεί τον ιατρό στη διενέργεια της ιατρικής πράξης. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993, σ. 204) Η διχογνωμία αυτή έχει εντούτοις μόνο θεωρητική αξία, καθώς από πρακτικής άποψης σε κάθε περίπτωση εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις περί δικαιοπραξιών. Για τη συναίνεση ο νόμος δεν απαιτεί γενικά να υποβληθεί σε συγκεκριμένο τύπο με εξαίρεση ορισμένες περιπτώσεις όπως η λήψη οργάνου από ζωντανό δότη προς μεταμόσχευση. (Ψαρούλης & Βούλτσος, 2010, p. 210). Ακόμη, η συναίνεση πρέπει να είναι έγκαιρη, να αφορά δηλαδή το χρόνο εκτέλεσης της ιατρικής πράξης και συγκεκριμένη, να απευθύνεται δηλαδή σε συγκεκριμένη ιατρική πράξη. Η «λευκή συναίνεση», συναίνεση δηλαδή αφηρημένη και γενική με τη μνεία «για κάθε αναγκαίο για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς ιατρικό μέτρο» είναι άκυρη. (Δουγαλής, 2013). Ακολούθως, στην παράγραφο 2 του άρθρου 12 ΚΙΔ (ν. 3418/2005) αναφέρονται οι δύο προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν το κύρος της συναίνεσης του ασθενούς και αφορούν α) στην προηγούμενη ενημέρωσή του από τον ιατρό κατά τρόπο πλήρη, σαφή και κατανοητό (άρθρο 2 παρ.2 περ.α Ν.3418/2005) και β) ο ασθενής να έχει ικανότητα προς συναίνεση, η οποία δεν πρέπει να συγχέεται με την δικαιοπρακτική ικανότητά του. (άρθρο 2 παρ. 2 περ. β Ν.3418/2005). Σύμφωνα με την κρατούσα ερμηνευτική προσέγγιση η οποία δεν εμμένει στο γράμμα του νόμου, γίνεται δεκτό ότι κρίσιμο σημείο είναι «η ικανότητα του υποκειμένου ιατρικών υπηρεσιών να κρίνει τη σκοπιμότητα και την επικινδυνότητα της διενεργούμενης ιατρικής πράξης». (Μυρωδικού, 2015)

Επιπλέον, ο σεβασμός στο δικαίωμα της αυτονομίας γίνεται αντιληπτός και σε άλλα άρθρα του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, τα οποία κατοχυρώνουν το δικαίωμα του ασθενούς να διαχειρίζεται και να διαθέτει το σώμα του, πάντα με γνώμονα την προστασία της αξιοπρέπειας του, χωρίς οικονομικό όφελος. Χαρακτηριστικά αναφέρονται το άρθρο 33 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005) όπου

προβλέπεται η εθελοντική και μη αμειβόμενη αιμοδοσία καθώς και το άρθρο 32 του ίδιου νόμου που αναφέρεται στις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων . Ακόμη, η πρόβλεψη για τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης μέσα στα πλαίσια που θέτει ο νόμος και οι κανόνες της ιατρικής, η ελεύθερη επιλογή ιατρού και νοσηλευτικού ιδρύματος δεν είναι παρά μερικές ακόμη εκφάνσεις του σεβασμού στην αυτονομία του ατόμου.

3.2.4. Η προστασία της ιδιωτικότητας-Προστασία των δεδομένων υγείας και των ιατρικών δεδομένων (ιατρικό απόρρητο)

Με το άρθρο 9^Α του Συντάγματος, όπως προέκυψε από την αναθεώρηση του 2001, κατοχυρώθηκε το «δικαίωμα πληροφορικής αυτοδιάθεσης» ή αλλιώς το δικαίωμα «πληροφοριακού αυτοκαθορισμού». Το άρθρο 9^Α συνδέεται λοιπόν τόσο με το άρθρο 2 παρ.1 του Συντάγματος, αφού σκοπός του αποτελεί η προστασία του ατόμου από τη μετατροπή του σε «πληροφοριακό αντικείμενο», καθώς και με το άρθρο 9 παρ.1 εδ.β' του Συντάγματος, ως προάσπιση του ιδιωτικού και οικογενειακού βίου από καινοφανείς απειλές (Χρυσόγονος , 2006) (Γέροντας , 2002). Πάνω από όλα, το κατοχυρωμένο στο άρθρο 9^Α δικαίωμα στην πληροφορική αυτοδιάθεση πρέπει να εντυπωθεί ως η επιβεβλημένη από τις τρέχουσες συνθήκες εξειδίκευση του δικαιώματος του άρθρου 5 παρ.1 Συντ. για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας. (Χρυσόγονος , 2006) . Η προστασία των προσωπικών δεδομένων , όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 9^Α Συντ. ,δεν ιδρύει σε καμία περίπτωση απόλυτη απαγόρευση συλλογής , επεξεργασίας και χρήσης προσωπικών δεδομένων εν γένει. Κάτι τέτοιο δε θα ήταν συνταγματικά ανεκτό, καθώς θα προσέκρουε στο συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην πληροφόρηση του άρθρου 5^Α Συντ. Το άρθρο 9^Α Συντ. καθιερώνει ένα «περιοριστικό θεσμικό πλαίσιο» που με τη σειρά του οδηγεί σ'ένα «θεσμικό κεκτημένο» με την έννοια της κατοχύρωσης του θεσμού της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, τόσο κατά το ουσιαστικό ,όσο και κατά το διαδικαστικό μέρος. Το τελευταίο, προβλέπει ρητά το εδάφιο β' του άρθρου 9^Α Συντ., που αναθέτει την προστασία των προσωπικών δεδομένων σε ανεξάρτητη αρχή, τελούσα υπό τις εγγυήσεις του άρθρου 101 του Συντάγματος. Ο κοινός νομοθέτης προς επίρρωση των προβλέψεων του συντακτικού νομοθέτη, προχωρά στο Ν.2472/1997 (ΦΕΚ Α' 50/ 10.4.1997),που καθορί-

ζει τις προϋποθέσεις για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, και κυρίως την απαγόρευση της επεξεργασίας των «ευαίσθητων» προσωπικών δεδομένων. (Χρυσόγονος , 2006). Ο νόμος 2472/1997 εφαρμόστηκε μέχρι τον Μάιο του 2018 (25-5-2018), όπου τέθηκε σε ισχύ ο Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 της 27^{ης} Απριλίου 2016 σε αντικατάσταση της Οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την προστασία δεδομένων). Ο Κανονισμός έχει άμεση ισχύ και ενσωματώνεται στην εθνική νομοθεσία με τον Ν.4624/2019 (ΦΕΚ Α' 137/29.08.2019)που έρχεται να καταργήσει το προϊσχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων (άρθρο 84 Ν.4624/2019).

Στην έννοια των προσωπικών δεδομένων και δη των ευαίσθητων όπως ορίζονται στο άρθρο 2 του Ν.2472/1997 (Ο νόμος 2472/1997 έχει καταργηθεί από την 29/8/2019 με το άρθρο 84 Ν.4624/2019 με την επιφύλαξη των ορισμών του άρθρου 2 που διατηρείται σε ισχύ) , εντάσσονται σύμφωνα με τον νομοθέτη « τα δεδομένα που αφορούν στη φυλετική ή εθνική προέλευση, στα πολιτικά φρονήματα, στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, στη συμμετοχή σε συνδικαλιστική οργάνωση, στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια και στην ερωτική ζωή, στα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες, καθώς και στη συμμετοχή σε συναφείς με τα ανωτέρω ενώσεις προσώπων». Τα δεδομένα της υγείας , λοιπόν, που περιλαμβάνονται στο προστατευτικό πεδίο του Ν.4624/2019) , συγχέονται στην καθημερινή πρακτική με τα ιατρικά δεδομένα , και για το λόγο αυτό , κρίνεται αναγκαία , η διάκριση των δύο εννοιών, η οποία βέβαια οδηγεί και σε διαφορετική νομική μεταχείριση και τυγχάνει διαφορετικής έννομης προστασίας. Τα δεδομένα της υγείας αφορούν καταρχήν πληροφορίες σχετικές με την υγεία του ατόμου , όπως αυτή γίνεται αντιληπτή ως έννοια . Τα ιατρικά δεδομένα, εντούτοις, αφορούν σε πληροφορίες που γνωστοποιούνται ή αποκαλύπτονται στο πλαίσιο της ιδιαίτερης σχέσης « εμπιστοσύνης» του ιατρού και του ασθενή, ακόμη και αν αυτές δεν αφορούν απαραίτητα την υγεία του ατόμου. Προς κατανόηση της ως άνω οριοθέτησης των δύο εννοιών προτείνεται το παράδειγμα της διάγνωσης μίας συγκεκριμένης νόσου σε έναν ασθενή. Η πληροφορία αυτή περιλαμβάνει τόσο ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα υγείας που τυγχάνουν της νομοθετικής προστασίας του Ν.4624/2019 , όσο και δεδομένα που προκύπτουν στο πλαίσιο της σχέσης ιατρού με τον ασθενή και καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο όπως θα αναλυθεί παρακάτω. Εν αντιθέσει, όταν στο πλαίσιο μιας συνεδρίας του ασθενούς με τον ψυχίατρό του, του

εκμυστηρεύεται ότι η σύζυγός του τον απατά . δεν πρόκειται για δεδομένο υγείας, αλλά προσωπικό δεδομένο που προστατεύεται από τις διατάξεις που προβλέπουν το ιατρικό απόρρητο. Επιπλέον, σύμφωνα με τον ορισμό του άρθρου 2 στοιχ.γ Ν.2472/1997 , όπως αυτό έχει διατηρηθεί σε ισχύ με βάση το άρθρο 84 Ν.4624/2019, «Υποκείμενο των δεδομένων» θεωρείται «το φυσικό πρόσωπο στο οποίο αναφέρονται τα δεδομένα και του οποίου η ταυτότητα είναι γνωστή ή μπορεί να εξακριβωθεί, δηλαδή μπορεί να προσδιορισθεί αμέσως ή εμμέσως, ιδίως βάσει αριθμού ταυτότητας ή βάσει ενός ή περισσότερων συγκεκριμένων στοιχείων που χαρακτηρίζουν την υπόστασή του από άποψη φυσική, βιολογική, ψυχική, οικονομική, πολιτιστική, πολιτική ή κοινωνική». Φαίνεται , δηλαδή, ότι στο πεδίο προστασίας που επιφυλάσσει ο Ν.4624/2019 ,εντάσσονται τα δεδομένα υγείας του ζώντος ατόμου , και όχι του ατόμου που έχει αποβιώσει, κι ως εκ τούτου η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα δεν είναι αρμόδια να αποφανθεί σχετικά με τη χορήγηση των δεδομένων τους σε ενδιαφερόμενους τρίτους. (Παναγοπούλου- Κουτναντζή, 2015) .Χαρακτηριστική επ' αυτού είναι η υπ'αριθμ. 38/2010 απόφαση της Αρχής Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, όπου κρίθηκε ότι «δεν εμπίπτει στο ρυθμιστικό πεδίο του νόμου 2472/1997 η αποκάλυψη προσωπικών δεδομένων θανόντων με την κατάρτιση και τη δημοσιοποίηση του πίνακα θνησιμότητας χειρουργηθέντων από τον Α» (38/2010, Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα).Τα προσωπικά δεδομένα των προσώπων που έχουν αποβιώσει, δε στερούνται, ωστόσο, παντελούς προστασίας από το νόμο καθώς υπάρχουν σχετικές διατάξεις στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 13 παρ.6 Ν.3418/2005) .Ως εκ τούτου, γίνεται σαφές ότι τα δεδομένα υγείας και τα ιατρικά δεδομένα δεν είναι δύο έννοιες αντίθετες μεταξύ τους , αλλά δύο έννοιες «επάλληλες» με την αριστοτελική λογική , καθώς και οι δύο αποτελούνται από τα ίδια στοιχεία, κρίνεται όμως αναγκαίος ο διαχωρισμός τους για την πληρέστερη κατανόηση της νομοθετικής προστασίας που επιφυλάσσεται για κάθε μία. (Βλάχου, 2016)

Η προστασία του δικαιώματος του ασθενούς στην ιδιωτικότητα, δεν εξαντλείται στις γενικές διατάξεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων όπως διαμορφώνονται από το Σύνταγμα και το Ν.4624/2019. Ένα μεγάλο μέρος της προστασίας του δικαιώματος προέρχεται από τις διατάξεις που ρυθμίζουν τα καθήκο-

να των επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή, τις διατάξεις που θεσπίζουν το λεγόμενο «ιατρικό απόρρητο».

Η υποχρέωση απόλυτης εχεμύθειας του ιατρού απέναντι στον ασθενή του για όσα τυγχάνει να γνωρίζει, να μάθει ή να ακούσει για αυτόν στο πλαίσιο της ιδιαίτερης σχέσης «εμπιστοσύνης» εντοπίζεται ήδη από την αρχαιότητα, από τον 5^ο κιώλας αιώνα π.Χ, που χρονολογείται ο περίφημος « όρκος του Ιπποκράτη» ,σύμφωνα με τον οποίο «Όμνυμι Απόλλωνα ιητρού και Ασκληπιού και Υγείαν και Πανάκειαν, και θεούς πάντας τε και πάσας...α δαν εν θεραπείη ή ίδων ή ακούσων ή και άνευ θεραπείης κατά βίαν ανθρώπων, ά μη χρήποτε εκλαλέσθαι έξω, σιγήσομαι, άρρητα ηγεύμενος, είναι τα τοιαύτα...» δηλ. «Ορκίζομαι στο Θεό ...ό,τι δω ή ακούσω κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου ή και εκτός, για τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει ποτέ να κοινοποιηθεί, να σιωπήσω και να το τηρήσω μυστικό»¹³ Στο άρθρο 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005), η ιπποκρατική αυτή υποχρέωση εχεμύθειας που αποτελούσε περισσότερο ηθικό χρέος του θεράποντος ιατρού προς τον ασθενή, λαμβάνει με το συγκεκριμένο νομοθέτημα την μορφή νομικής δέσμευσης, ικανής να επισύρει και τις προβλεπόμενες νομικές κυρώσεις. Συγκεκριμένα ορίζει ότι «Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.» (άρθρο 13 παρ.1 Ν.3418/2005). Το λεγόμενο «ιατρικό απόρρητο» που κατοχυρώνεται ρητά στο άρθρο 13, δεν αφορά μόνο τη στενή σχέση ιατρού-ασθενούς, αλλά δεσμεύει και όλα τα επαγγέλματα υγείας (νοσηλευτές, φαρμακοποιούς) και δεν περιορίζεται μόνο στις πληροφορίες που άπτονται της υγείας του ασθενούς, αλλά εκτείνεται σε όλες τις πληροφορίες που είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν, λόγω της ιδιαίτερης σχέσης εμπιστοσύνης που αναπτύσσει ο ασθενής προς το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που επιλαμβάνεται της κατάστασης της υγείας του. Η μετάδοση, ωστόσο, πληροφοριών από άτομα που δεσμεύονται τα ίδια από το ιατρικό απόρρητο σε συνεργάτες τους (παραϊατρικό προσωπικό), δε συνιστά παραβίαση του άρθρου 13. Μάλιστα, όπως προαναφέρθηκε, σε αντίθεση με τις διατάξεις του Ν.4624/2019, «η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενούς» (άρθρο 13 παρ.6

¹³ <http://www.filosofia.gr/orkos.html>

ΚΙΔ,Ν.3418/2005). Στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου προβλέπονται τα μέσα διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου, όπως είναι ο απαραίτητος έλεγχος στο παραιϊατρικό προσωπικό, και η ανάγκη διαφύλαξης του απορρήτου όχι μόνο κατά την περίοδο της εν ενεργεία άσκησης της ιατρικής, αλλά και κατά τις περιόδους παύσης ή λήξης της. Ακόμη προβλέπονται και λόγοι άρσης του ιατρικού απορρήτου (άρθρο 13 παρ. 3 και 4 Ν.3418/2005) , όπως είναι οι λόγοι εκπλήρωσης νομικής υποχρέωσης , λόγοι που ανάγονται σε ανάγκη προστασίας εννόμου συμφέροντος του ίδιου ή του δημοσίου συμφέροντος *lato sensu* καθώς και σε κατάσταση ανάγκης ή άμυνας. Ακόμη ένας λόγος άρσης του ιατρικού απορρήτου προκύπτει από την έγκυρη δήλωση βούλησης του ατόμου που αφορά, δηλαδή με την έγκυρη συναίνεσή του. (άρθρο 13 παρ.4 Ν.3418/2005). Ιδιαίτερη μνεία απαιτεί η παράγραφος 5 του άρθρου 13, λόγω της συχνής εφαρμογής της στην δικαστική πρακτική, που ορίζει ότι «Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.». Αξιοσημείωτη είναι εν προκειμένω η απόφαση υπ' αριθμ. 99/2002 της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, όπου ένας ψυχίατρος προκειμένου να λάβει τη νόμιμη αμοιβή του για την πραγματογνωμοσύνη που διενήργησε, κλήθηκε να καταθέσει κατ'εφαρμογή της ΚΥΑ 35163/1274/11-4-85 αντίγραφα των εκθέσεων πραγματογνωμοσύνης. Η Αρχή ,λοιπόν, αφού σκέφτηκε κατά το νόμο έκρινε ότι «η κατάθεση της έκθεσης ιατρικής πραγματογνωμοσύνης προκειμένου να εκκαθαρισθεί η αμοιβή ιατρού πραγματογνώμονα παραβιάζει τόσο τις διατάξεις του ν. 2472/1997 «περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» όσο και τις διατάξεις« περί ιατρικού απορρήτου» κι επομένως αρκεί η υποβολή βεβαίωσης κατάθεσης στη γραμματεία του δικαστηρίου». (Απόφαση αρ.99/2002 Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, 2002) Στην παραπάνω απόφαση , διαφαίνεται πως οι έννοιες των προσωπικών δεδομένων υγείας και των ιατρικών δεδομένων είναι έννοιες επάλληλες, που συχνά διασταυρώνονται και αλληλοσυμπληρώνονται.

Παράβαση του ιατρικού απορρήτου, όπως κατοχυρώνεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, επισύρει πειθαρχικές κυρώσεις από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα (άρθρο 36 παρ.1 Ν.3418/2005).

Ακόμη , παράβαση του ιατρικού απορρήτου συνιστά ποινικό αδίκημα κατά το άρθρο 371 ΠΚ που φέρει τον τίτλο « Παραβίαση επαγγελματικής εχεμύθειας». Συγκεκριμένα ορίζει ότι «Κληρικοί, δικηγόροι και κάθε είδους νομικοί παραστάτες, συμβολαιογράφοι, γιατροί, μαίες, νοσοκόμοι, φαρμακοποιοί και άλλοι στους οποίους κάποιος εμπιστεύονται συνήθως λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους ιδιωτικά απόρρητα, καθώς και οι βοηθοί των προσώπων αυτών, τιμωρούνται με χρηματική ποινή ή με φυλάκιση μέχρι ενός έτους αν φανερώσουν ιδιωτικά απόρρητα που τους τα εμπιστεύτηκαν ή που τα έμαθαν λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους». Πρόκειται λοιπόν για ένα γνήσιο ιδιαίτερο δικαίωμα, που αποδίδει επαυξημένη ευθύνη τήρησης του ιατρικού απορρήτου σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες, μεταξύ των οποίων και οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, φαρμακοποιοί, νοσοκόμοι, μαίες). Τα επαγγέλματα στα οποία κάνει μνεία η διάταξη, είναι επαγγέλματα που κατά τρόπο αναπόφευκτο λόγω της ιδιαίτερης φύσης τους εκτίθενται τα προσωπικά δεδομένα του ασθενούς , όταν πρόκειται για ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα και του εντολέα όταν πρόκειται για νομικά επαγγέλματα . (Χαραλαμπίδης, 2014). Ακόμη, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του 371 ΠΚ «Όμοια τιμωρείται όποιος, μετά το θάνατο ενός από τα πρόσωπα της παρ. 1, και απ' αυτή την αιτία γίνεται κάτοχος εγγράφων ή σημειώσεων του νεκρού σχετικών με την άσκηση του επαγγέλματός του ή της ιδιότητάς του και από αυτά φανερώνει ιδιωτικά απόρρητα» . Είναι έγκλημα κατ' έγκληση διωκόμενο (371 παρ.3 ΠΚ) και στην παράγραφο 4 του άρθρου ο νομοθέτης καθορίζει τους λόγους άρσης του άδικου χαρακτήρα της πράξης στη λογική που κινείται περίπου και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Αξιοσημείωτη είναι η αξία που προσδίδει ο νομοθέτης στο ιατρικό απόρρητο και με το άρθρο 212 ΠΚ ,που αποτελεί την εξαίρεση στην υποχρέωση μαρτυρίας κατ'άρθρον 209 ΠΚ και απαλλάσσει τους ιατρούς-μαίες-φαρμακοποιούς και βοηθούς αυτών από την υποχρέωση να καταθέτουν ως μάρτυρες τόσο κατά την προδικασία όσο και κατά την επ'ακροατηρίω ποινική δίκη. (Βλάχου, 2016)

Εκτός από τις πειθαρχικές και ποινικές κυρώσεις που προεκτέθηκαν, η παραβίαση του ιατρικού απορρήτου μπορεί να εγείρει και αστικές αξιώσεις κατά του ιατρού. Συγκεκριμένα ενεργοποιεί τις διατάξεις του άρθρου 57ΠΚ σε συνδυασμό με τις διατάξεις του 914 και 932 ΑΚ και εγείρει αξιώσεις για αποζημίωση λόγω προσβο-

λής του απόλυτου δικαιώματος της προσωπικότητας (57 και 914 ΑΚ) , καθώς συρρέουσα αξίωση για ικανοποίηση της ηθικής βλάβης κατ' άρθρον 932 ΑΚ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ

4.1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑΣ

« Τοῦτον τὸν ἰητρὸν ἐπαινέοιμι τὸν σμικρὰ ἀμαρτάνοντα» αναφέρει ο Ιπποκράτης στο έργο «Περί Ἀρχαίης Ἱητρικῆς» (§24), που σημαίνει ότι « θα επαινούσα το γιατρό που κάνει τα λιγότερα λάθη». Φαίνεται, λοιπόν, πως το ιατρικό λάθος είναι γνωστό από την αρχαιότητα ,σε μια εποχή που η άσκηση της ιατρικής στα ασκληπεία είχε έντονη θεοκρατική αντίληψη. Σύμφωνα , άλλωστε με του Λατίνους, «Er-rare humanum est», που σημαίνει ότι η έννοια του λάθους είναι σύμφυτη με την εν γένει ανθρώπινη δραστηριότητα κι ως εκ τούτου με την άσκηση της ιατρικής επιστήμης από του ιατρούς. Τα ιατρικά λάθη αποτελούν αναμφίβολα το τρωτό σημείο της ιατρικής επιστήμης και προκαλούν την έντονη αμφισβήτηση των ασθενών απέναντι στην ιατρική κοινότητα. Άλλωστε , τα ιατρικά λάθη ως γενεσιουργός αιτία της νομικής ευθύνης των ιατρών απασχολούν καθημερινά τα δικαστήρια ,αποτελώντας εδώ και χρόνια , την αφετηρία διαμάχης μεταξύ των νομικών και των ιατρών.

Ο όρος «ιατρικό λάθος» ή «ιατρικό σφάλμα» προκύπτει από ανάλογους όρους που χρησιμοποιούνται σε άλλα δικαιοικά συστήματα (*faute medicale* , *medical malpractice*, *Kunstfehler*, *Behandlungsfehler*) . Μολονότι, δεν ορίζεται ρητά από το νομοθέτη εν λόγω όρος, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες εννοιολογικής προσέγγισής του. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής « κάθε ιατρική πράξη με δυσμενή έκβαση η οποία θα μπορούσε να προληφθεί και/ή η εφαρμογή μιας ακατάλληλης θεραπευτικής ή διαγνωστικής μεθόδου μπορεί να θεωρηθεί ως ιατρικό σφάλμα» (Κατσή , και συν., 2013). Σύμφωνα με την επικρατούσα νομολογιακή αντίληψη , ωστόσο, ως ιατρικό σφάλμα ορίζεται «η συμπεριφορά του ιατρού που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας». (Κωστούλη, 2017).

Με βάση των παραπάνω ορισμό κρίνεται αναγκαία η ανάλυση της έννοιας «επιβαλλόμενης επιμέλειας» ή αλλιώς των μέτρων επιμέλειας , η μη τήρηση των οποίων στοιχειοθετεί το ιατρικό λάθος. Προς το σκοπό αυτό έχουν προταθεί τόσο

από τη θεωρία όσο και από τη νομολογία τρία βασικά κριτήρια. Το πρώτο εξ αυτών, που χαίρει ευρείας αποδοχής μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας και φαίνεται να ακολουθείται και από τη μεγαλύτερη μερίδα της νομολογίας είναι το συγκριτικό κριτήριο «του μέσου συνετού ιατρού, που τηρεί τους κανόνες της επιστήμης του –που ενεργεί δηλαδή *de lege artis*». Με βάση το κριτήριο αυτό, ως αμελής κρίνεται η συμπεριφορά του ιατρού που «παραβιάζει θεμελιώδεις αρχές ή γενικώς παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης». (Φουντεδάκη, 2014). Το κριτήριο αυτό είναι σχετικά αντικειμενικό, με την έννοια ότι δε λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές ικανότητες του κάθε ιατρού. Σημαίνει, δηλαδή, ότι οι ιδιαίτερες προσωπικές ικανότητες δεν επηρεάζουν το μέτρο επιμέλειας (π.χ. όταν πρόκειται για κάποιο διεθνώς αναγνωρισμένο ιατρό) αλλά και αντίστοιχα οι μειωμένες εμπειρίες (π.χ. στην περίπτωση ενός ειδικευόμενου ιατρού) δεν επιφέρουν μείωση της ευθύνης. Ο ιατρός καλείται σε κάθε περίπτωση να ενεργεί όπως θα ενεργούσε «ο μέσος συνετός ιατρός της ίδιας ειδικότητας». Διαφορετική αντιμετώπιση βέβαια ως προς τα επιβεβλημένα μέτρα επιμέλειας και συνεπώς την έκταση της ευθύνης του, έχει ο ιατρός που έχει επιλεχθεί συγκεκριμένα από τον ασθενή λόγω των συνομολογημένων ρητά ιδιαίτερων ικανοτήτων του που συχνά συνοδεύονται από υπόσχεση εγγυημένου αποτελέσματος ή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. (Λάμπρου- Θεοδώρου, 2010)

Στη σύγχρονη θεωρία, βέβαια, της ιατρικής ευθύνης το κριτήριο της «*lege artis*» ιατρικής συμπεριφοράς αμφισβητείται έντονα και τείνει να αντικατασταθεί με τα «standards» του ιατρικού επαγγέλματος. Ο όρος «ιατρικό standard» αποδίδεται στην ελληνική ως «πρότυπο ποιότητας» και αφορά τις προδιαγραφές ποιότητας που πρέπει να καλύπτουν οι ιατρικές υπηρεσίες. Ο ιατρός, δηλαδή, ως επαγγελματίας οφείλει να ενεργεί σύμφωνα με τα αποδεκτά στο επάγγελμά του πρότυπα συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, η αμέλεια του ιατρού στοιχειοθετείται όταν η συμπεριφορά του αποκλίνει αρνητικά (προς τα κάτω) από τα συγκεκριμένα πρότυπα ποιότητας (Φουντεδάκη, 2014, σσ. 475-476). Το εν λόγω κριτήριο προτιμάται, διότι τα ιατρικά «standards» προτείνονται από τον ίδιο τον ιατρικό κλάδο και έχουν χαρακτήρα δυναμικό με την έννοια ότι αναπροσαρμόζονται συνεχώς στις τρέχουσες συνθήκες και συμβαδίζουν με τις ανάγκες της εποχής, σε αντίθεση με τη στατικότητα των *de lege artis* κανόνων της ιατρικής. Συγκεκριμένα, η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται συνεχώς, εντάσσονται νέοι μέθοδοι, νέα διαγνωστικά μηχαν-

νήματα καθώς και νέα φάρμακα για την αποτελεσματική θεραπεία. Η επιμέλεια της συμπεριφοράς του ιατρού , κρίνεται συνεπώς πιο ορθό, να αξιολογείται με βάση τη γνώση και την εξοικείωση του ιατρού στα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα και όχι με βάση τη χρησιμοποίηση ορθών μεν , απαρχαιωμένων δε, ιατρικών γνώσεων και πρακτικών. (Λάμπρου- Θεοδώρου, 2010)

Το τρίτο κριτήριο τοποθετεί ως σημείο αναφοράς για την κρίση της επιμέλειας του ιατρού, το συγκεκριμένο κάθε φορά ασθενή. Ως εκ τούτου, η επιμέλεια του ιατρού αποδεικνύεται από τη διενέργεια όλων των αναγκαίων πράξεων για τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς, ακόμη κι αν αυτές δε συνάδουν πάντα με τη συνήθη επαγγελματική πρακτική και με τους ιατρικούς κανόνες ή πρότυπα ποιότητας. Αντίθετα ,αμελής είναι η συμπεριφορά του ιατρού , όταν δεν έπραξε όσα ήταν απαραίτητα προς το συμφέρον της υγείας του ασθενούς, αλλά λειτούργησε αφηρημένα και αυστηρά με βάση τους ιατρικούς κανόνες , χωρίς να σταθμίσει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ασθενούς (π.χ. εγχείρηση σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας). (Φουντεδάκη, Εισήγηση με θέμα: Θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία, 2014). Στη σύγχρονη θεωρία η πιο ορθή προσέγγιση περί οριοθέτησης της επιμέλειας του ιατρού , αναφέρεται στη σύνθεση των ως άνω αναφερθέντων κριτηρίων με την τελική κρίση περί ιατρικού σφάλματος να εστιάζει μόνο στο συμφέρον της υγείας του ασθενούς. Πρόκειται για τη θεμελιώδη αρχή της ιατρικής «salus aegroti suprema lex» , που σημαίνει ότι η υγεία του ασθενούς είναι ο υπέρτατος νόμος και οφείλει να διαπνέει όλους τους τομείς της παροχής υπηρεσιών υγείας. (Φουντεδάκη, Εισήγηση με θέμα: Θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία, 2014)

Στο σημείο , αυτό, πρέπει να καταστεί σαφές ότι η επιμέλεια του ιατρού σύμφωνα με οποιαδήποτε θεώρηση υιοθετηθεί είτε για *leges artis* , είτε για σύμφωνη με τα ιατρικά standards συμπεριφορά , είτε για συμπεριφορά με απόλυτο στόχο το συμφέρον της υγείας, δημιουργεί υποχρέωση «παροχής μέσων» (γαλλ:obligations de moyens) και όχι «επίτευξης ορισμένου αποτελέσματος» (γαλλ: obligations de resultat). Αυτό σημαίνει, ότι ο ιατρός υποχρεούται να ακολουθήσει ένα πρότυπο επιμελούς συμπεριφοράς σύμφωνα με τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν για το ιατρικό σφάλμα. Σε καμία περίπτωση ο ιατρός δε δεσμεύεται ούτε ηθικά ούτε νομικά για την επίτευξη ορισμένου αποτελέσματος. (Φουντεδάκη, Εισήγηση με θέμα:

Θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία, 2014)

4.2. Η ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Η αμελής συμπεριφορά του γιατρού, ως πράξη παράνομη, όπως κάθε σχεδόν παράνομη πράξη μπορεί να συντελείται τόσο με πράξη όσο και με παράλειψη, κι ως εκ τούτου είναι αρκετά δύσκολο να κατηγοριοποιηθούν απόλυτα τα ιατρικά σφάλματα. Παρ' όλα αυτά από τη θεωρία έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες συστηματοποίησης των ιατρικών σφαλμάτων με βάση διάφορα κριτήρια κι έχουν προκύψει οι ακόλουθες διακρίσεις:

ι. Μια πρώτη διάκριση, εξέχουσας σημασίας, είναι η διάκριση ανάμεσα στο «τεχνικό-ιατρικό σφάλμα» και την «κοινή αμέλεια». Ως «τεχνικό-ιατρικό σφάλμα» χαρακτηρίζεται το λάθος ως απόρροια της μη τήρησης των κανόνων της ιατρικής, το αμιγώς ιατρικό λάθος, το επιστημονικό λάθος. «Κοινή αμέλεια» από την άλλη πλευρά, χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά κατά την οποία ο ιατρός σφάλει, αλλά όχι ως επιστήμονας κατά την ιατρική πρακτική, αλλά ως άνθρωπος για παράδειγμα λόγω έλλειψης συγκέντρωσης, απροσεξίας κτλ. Η διάκριση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για το δικαστήριο, καθώς αν πρόκειται για κοινό λάθος τότε το δικαστήριο είναι σε θέση να το εκτιμήσει το ίδιο, ενώ όταν πρόκειται για ιατρικής φύσεως σφάλματα είναι υποχρεωμένο να προσφύγει σε πραγματογνώμονες. (Επιβατιανού, 1989) Μολονότι αρκετά συχνά κρίνεται ιδιαίτερα δυσχερής στην πράξη η διάκριση αυτή, έχει αναπτυχθεί μία θετική επιχειρηματολογία υπέρ αυτής, σύμφωνα με την οποία και η απλή απροσεξία, το κοινό ανθρώπινο λάθος, λόγω της ιδιαίτερης θέσης ευθύνης του γιατρού, που αναλαμβάνει να προστατέψει με την «τέχνη» του το ύψιστο αγαθό της ζωής, οφείλει να στοιχειοθετεί αντικειμενικά ιατρικό λάθος. Εξάλλου και το ανθρώπινο λάθος αποτελεί παραβίαση των απαραίτητων μέτρων επιμέλειας που οφείλει να τηρεί ο ιατρός, *de lege artis*, σύμφωνα με τα ιατρικά standards και ενεργώντας πάντα με γνώμονα το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς. (Λάμπρου- Θεοδώρου, 2010)

ii. Μια δεύτερη διάκριση γίνεται ανάμεσα στα σφάλματα «πραγματικού τύπου» και «νομικού τύπου» (Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003).

«Πραγματικά» ιατρικά σφάλματα αποτελούν τα σφάλματα που συνδέονται με την αμέλεια του ιατρού ως προς την άσκηση την επιστήμης του (αμέλεια ως προς τη διάγνωση , τη θεραπεία) . Ως πραγματικά ιατρικά σφάλματα αντιμετωπίζονται περιπτώσεις παράλειψης ιατρικής αγωγής, κακής εκτίμησης των συμπτωμάτων, αποκλίνουσας θεραπείας (abweichende Behandlung), υπερβολικής θεραπευτικής αγωγής κ.ο.κ.((Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993).

Στον αντίποδα βρίσκονται τα «νομικά ιατρικά σφάλματα» που αφορούν περιπτώσεις αμέλειας που αποδίδονται στον ιατρό. Η θεωρία διακρίνει περιπτώσεις σφαλμάτων που συνιστούν βαριά αμέλεια για τον ιατρό , με την έννοια ότι θα έπρεπε να έχουν αποφευχθεί με οποιονδήποτε τρόπο. Πρόκειται, κυρίως, για περιπτώσεις εσφαλμένης διάγνωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διάκριση μεταξύ βαριάς και απλής αμέλειας έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς μεταθέτει το βάρος απόδειξης. Όταν πρόκειται, δηλαδή, για σφάλμα βαριάς αμέλειας, το βάρος απόδειξης της φέρει ο γιατρός. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993).

iii. Μια ακόμη εύλογη και εύκολη διάκριση είναι αυτή ανάμεσα στα «σφάλματα ενέργειας» που προκύπτουν από τη διενέργεια συγκεκριμένης ιατρικής πράξης και τα « σφάλματα εκτίμησης» , όπου το σφάλμα συνδέεται με τη επιλογή της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης ή θεραπείας. (Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003)

iv. Ανάλογα με το στάδιο της ιατρικής αγωγής , τα ιατρικά σφάλματα διακρίνονται σε :

- Διαγνωστικά σφάλματα : Η διάγνωση αποτελεί συχνά το σημαντικότερο στάδιο κατά τη διερεύνηση μίας νόσου. Ως διάγνωση νοείται « η νοητική εκείνη εργασία του γιατρού με βάση την οποία αναγνωρίζει και βεβαιώνει, αξιολογώντας τα ευρήματά του, κλινικά και εργαστηριακά , την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας» (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984, p. 63). Η διάγνωση είναι μια εξαιρετικά δύσκολη και σύνθετη διαδικασία , που αποτελείται από την περιγραφή , τη συγκέντρωση δηλαδή όλων των πληροφοριών που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη νόσο , όλων των πα-

θολογικών, κλινικών, και εργαστηριακών εξετάσεων, καθώς και την αξιολόγηση που έγκειται στην συνεκτίμηση όλων αυτών των στοιχείων με σκοπό τον σωστό προσδιορισμό της διερευνώμενης νόσου. Η αξιολόγηση είναι πάντα πιθανολογική κι ως εκ τούτου είναι πολύ εύκολο ο ιατρός να οδηγηθεί σε μια λάθος διάγνωση. Ωστόσο, κάθε πλάνη του ιατρού κατά το στάδιο της διάγνωσης ως προς τη νόσο που καλείται να αντιμετωπίσει δεν μπορεί να θεμελιώνει αργισι ιατρικό σφάλμα. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διάκριση σε α) υπαίτιο ιατρικό σφάλμα, όπου η λάθος αιτία οδήγησε τελικά στη βλάβη της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς ή ακόμη και στη διακινδύνευση της ζωής του. Εδώ, η αμέλεια του γιατρού και η πλημμελής συμπεριφορά του μπορεί να εντοπίζεται, είτε κατά το περιγραφικό στάδιο (πλημμελής λήψη ιστορικού ασθενούς, παράλειψη ή υποβάθμιση της κλινικής εξέτασης, διενέργεια λανθασμένων εργαστηριακών εξετάσεων) και β) αναίτιο ιατρικό σφάλμα, κατά το οποίο δε στοιχειοθετείται ευθύνη, εφόσον, η διάγνωση σε όλο της το εύρος έγινε τηρώντας τα απαιτούμενα μέτρα επιμέλειας, η σφαλερή ιατρική διάγνωση δεν επηρέασε αρνητικά την εξέλιξη της νόσου και δεν προκάλεσε σαφώς βλάβη της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς ή κίνδυνο για τη ζωή του. (Κουσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984)

➤ Σφάλματα ως προς τη θεραπεία ή ορθότερα θεραπευτικές αστοχίες: Με τον όρο θεραπεία «νοείται αφενός η διαδικασία που ακολουθείται και που αποσκοπεί στην ίαση του ασθενούς, αφετέρου δε το θεραπευτικό αποτέλεσμα, που είναι άλλωστε και ο στόχος του ιατρού.» (Κουσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984, σ. 66) Πριν ο γιατρός αποφασίσει τη θεραπευτική αγωγή που θα προτείνει στον ασθενή, είναι απαραίτητο να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις όπως είναι η ορθή διάγνωση, η συναίνεση του ασθενούς και κυρίως η προσδοκία ενός σοβαρού οφέλους για την κατάσταση υγείας του ασθενούς, με βάση πάντα τις συγκεκριμένες περιστάσεις. Οι θεραπευτικές αστοχίες προσδιορίζονται πιο συχνά ως αποτέλεσμα: α) λανθασμένης επιλογής θεραπευτικής αγωγής, β) λανθασμένης διενέργειας του προτεινόμενου θεραπευτικού σχήματος γ) παράλειψη λήψης μέτρων πρόνοιας με σκοπό την αποφυγή ενδεχόμενων επιπλοκών. Όσον αφορά στην επιλογή της θεραπείας, αυτή είναι αμιγώς καθήκον του ιατρού και μπορεί να γίνει από

τον ίδιο το θεράποντα ή από άλλο συνάδελφο της ίδιας όμως ειδικότητας στην οποία εμπίπτει η υπό κρίση νόσος. Σημείο αναφοράς για τη στοιχειοθέτηση ιατρικού σφάλματος αποτελεί το κατά πόσο ο ιατρός οδηγήθηκε στην πρόταση της συγκεκριμένης θεραπείας τηρώντας τα απαιτούμενα μέτρα επιμέλειας (σωστή διάγνωση περιγραφική και αξιολογική). Στην πλημμελή διενέργεια του θεραπευτικού σχήματος εντάσσονται περιπτώσεις όπως είναι η μετάγγιση αίματος χωρίς έλεγχο συμβατότητας, η πλημμελής προεγχειρητική προετοιμασία, η εγκατάλειψη ξένων αντικειμένων στο σώμα του ασθενούς κατά την εγχείρηση. Εδώ , ενδεχομένως να εμπλέκονται και άλλα πρόσωπα, ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και όχι μόνο ο θεράπων ιατρός. Τέλος, οι θεραπευτικές αστοχίες σε μεταγενέστερο της θεραπευτικής αγωγής στάδιο, αφορά είτε περιπτώσεις που ενώ απαιτούν τη συνεχή και ενεργό παρουσία του ιατρού, ο ασθενής εγκαταλείπεται πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας είτε περιπτώσεις που δε λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας , προς αποφυγή ενδεχόμενων επιπλοκών. Πολύ συχνά ο λόγος που οι ιατροί εισέρχονται στις δικαστικές αίθουσες ως εναγόμενοι ή ακόμη και κατηγορούμενοι, είναι γιατί δεν μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν καθόλου ή αντιμετώπισαν ατελώς τις επιπλοκές που παρουσιάστηκαν , με αποτέλεσμα αυτό πολλές φορές να στοιχίσει ακόμη και τη ζωή του ασθενούς. (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984)

- v. Η διάκριση που ακολουθεί αφορά σε κατηγορίες λαθών , τα οποία μπορούν να εντοπιστούν σε κάθε στάδιο της ιατρικής αγωγής (διαγνωστικό, θεραπευτικό, μετα-θεραπευτικό στάδιο) και είναι τα εξής : (Λάμπρου- Θεοδώρου, 2010)
- Σφάλματα ανάληψης (Übernahmeverschulden) προκύπτουν όταν ο ιατρός (ή το νοσοκομείο) αναλαμβάνουν την περίθαλψη ενός ασθενούς , μολοντί γνωρίζει ότι δε διαθέτει τις απαραίτητες ειδικές γνώσεις, την εμπειρία , τον απαραίτητο εξοπλισμό (π.χ. μηχανήματα laser) ή ακόμη και την ικανότητα (π.χ. βρίσκεται σε κατάσταση μέθης) , με αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης στην υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς. Σύνηθες παράδειγμα ιατρικού σφάλματος ανάληψης αποτελεί η περίπτωση που ο ιατρός είναι τόσο απασχολημένος με άλλους ασθενείς και καταπονημένος από την πολλή δουλειά και παρ' όλα αυτά δεν αρνείται να αναλάβει τον ασθενή , ακό-

μη κι αν δεν είναι σε θέση λόγω καταπόνησης να προβεί με διαύγεια νου στις απαραίτητες για τον ασθενή θεραπευτικές ενέργειες. (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, 1993). Να σημειωθεί, ωστόσο, ότι « αν ο γιατρός ενήργησε με βάση το αντικειμενικό πρότυπο επιμέλειας , χωρίς να μπορούσε εκ των προτέρων να αντιληφθεί ότι το συγκεκριμένο περιστατικό έχρηζε άλλης αντιμετώπισης , την οποία δεν θα μπορούσε να παράσχει, τότε δε στοιχειοθετείται σφάλμα ανάληψης». (Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003). Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός, εφόσον διαπιστώσει ότι λόγω ειδικότητας , εξοπλισμού ή για οποιαδήποτε άλλο λόγο δεν μπορεί να αναλάβει το συγκεκριμένο περιστατικό, οφείλει να τον παραπέμψει σε άλλο ιατρό.

➤ Σφάλματα οργάνωσης κατά το συντονισμό των εργασιών :

Πρόκειται συνήθως για σφάλματα που εντοπίζονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας από οργανωμένο φορέα (νοσοκομείο ή κλινική) που απαιτεί τη συντονισμένη δράση περισσότερων ειδικοτήτων (χειρουργός με αναισθησιολόγο, μαιευτήρα με παιδίατρο) ή το συντονισμό ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού (ιατροί και νοσηλεύτές ή μαίες) . Άλλωστε το ίδιο πραγματικό γεγονός ,για παράδειγμα, η παραπομπή ενός ασθενούς σε ιατρό ειδικότητας άσχετης με τη νόσο του , όταν συμβαίνει σε ένα νοσοκομείο, ενώ αποτελεί ατομικά για το γιατρό σφάλμα ανάληψης ,ταυτόχρονα αποτελεί για το νοσοκομείο σφάλμα οργάνωσης- συντονισμού. (Λάμπρου- Θεοδώρου, 2010)

➤ Σφάλμα θεραπευτικής ενημέρωσης:

Η θεραπευτική ενημέρωση εντάσσεται στο πλαίσιο της ιατρικής αγωγής και ουσιαστικά έγκειται στις συμβουλές του ιατρού προς τον ασθενή σχετικά με τη θεραπεία και τα μέτρα που πρέπει να τηρηθούν. (Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003). Η θεραπευτική ενημέρωση αφορά τη θεραπεία και διαφοροποιείται από την ενημέρωση του ασθενούς ως προϋπόθεση της έγκυρης συναίνεσής του, στο πλαίσιο προστασίας της αυτονομίας του. Συγκεκριμένα ,σφάλμα θεραπευτικής ενημέρωσης μπορεί να αποτελέσει η πλημμελής ενημέρωση ως προς τον τρόπο εκτέλεσης της θεραπευτικής αγωγής, την πλημμελή ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη της νόσου , τις παρενέργειες των φαρμάκων κτλ. (Λάμπρου- Θεοδώρου, 2010)

4.3. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ “WRONGFUL LIFE” – “WRONGFUL BIRTH”

Όπως προκύπτει από την εγχώρια και τη διεθνή νομολογία, η ιατρική ευθύνη συνδέεται με σύνθετα και δισεπίλυτα προβλήματα, τα οποία ακόμη τα ελληνικό δίκαιο δεν έχει ρυθμίσει. Ένα εξ αυτών είναι και η περίπτωση της wrongful life και wrongful birth. Οι όροι αυτοί εμφανίστηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια και συνδέονται με περιπτώσεις παιδιών που γεννιούνται με σοβαρά προβλήματα υγείας. Ωστόσο, οι περιπτώσεις αυτές δεν οφείλονται σε ιατρικές πράξεις (π.χ. ο γιατρός από απροσεξία τραυματίζει το έμβρυο ή βλάπτει το γονιμοποιημένο ωάριο), αλλά έχουν γενετική προέλευση και οφείλονται στη μη έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος ή στη μη έγκαιρη ενημέρωση επ’ αυτού. Συγκεκριμένα, ο γιατρός αν και διέθετε τα απαραίτητα διαγνωστικά μέσα, είτε παρέλειψε να τα χρησιμοποιήσει, είτε τα χρησιμοποίησε πλημμελώς, είτε δεν ενημέρωσε εγκαίρως τους γονείς, ώστε να προχωρήσει η έγκυος σε άμβλωση. (Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, 1993). Οδηγούνται, δηλαδή, οι γονείς στη γέννηση ενός παιδιού με ασθένεια ή αναπηρία, τη γέννηση του οποίου δε θα επιθυμούσαν αν γνώριζαν εκ των προτέρων την παθολογία του εμβρύου. (Κουδουμά, 2018) Χαρακτηριστικό παράδειγμα μέσα από τη νομολογία των δικαστηρίων (1195/2014 ΠΠρ ΑΘ), αποτελεί η παράλειψη γυναικολόγου να υποβάλει την έγκυο άνω των 35 ετών ή νεότερη με βεβαρημένο ιστορικό, σε εξέταση αμνιοκέντησης, με συνέπεια να γεννηθεί παιδί με τρισωμία 21, το λεγόμενο «Σύνδρομο Down». (Φουντεδάκη, 2014). Από τις περιπτώσεις της wrongful life πρέπει να διακριθούν οι περιπτώσεις της ανεπιθύμητης σύλληψης (“wrongful conception”) ή της ανεπιθύμητης κύησης (“wrongful pregnancy”), που αφορούν περιπτώσεις γέννησης υγιών, αλλά «ανεπιθύμητων» παιδιών. (Κουδουμά, 2018).

Ακόμη σημαντική είναι και η διάκριση των όρων “wrongful birth” και “wrongful life”. Ο όρος wrongful birth ενώ στην αρχή χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει όλες τις περιπτώσεις γέννησης από ιατρικό σφάλμα (είτε επρόκειτο για υγιές παιδί, είτε για παιδί με ασθένεια ή αναπηρία), στη συνέχεια εξειδικεύτηκε στην περιγραφή των αξιώσεων των γονέων κατά του ιατρού για τη ζημία από τη γέννηση του παιδιού με αναπηρία ή ασθένεια. Από την άλλη ο όρος wrongful life αποδίδει τις αξιώσεις του ίδιου του παιδιού που γεννιέται με ασθένεια ή αναπηρία για τον πόνο που υποφέρει και τις ιδιαίτερες ανάγκες που έχει. (Κουδουμά, 2018). Η διάκριση αυτή, βέ-

βαια, δεν είναι πάντοτε εύκολη στην πράξη κι ως εκ τούτου έχει επικρατήσει ο ενιαίος όρος *wrongful life* για να περιγράψει όλες τις παραπάνω αξιώσεις είτε των γονέων είτε του παιδιού.

Συνοψίζοντας, τα στοιχεία που απαιτούνται για να στοιχειοθετηθεί περίπτωση *wrongful life* είναι τα εξής : α) ο ιατρός πρέπει να έχει στη διάθεσή του όλα τα αναγνωρισμένα διαγνωστικά μέσα προγεννητικού ελέγχου , β) η πλημμέλεια του ιατρού ως προς τη διάγνωση, τόσο κατά το περιγραφικό της στάδιο με τη συλλογή όλων των απαραίτητων εξετάσεων , του ιστορικού του ασθενούς κ.ο.κ , όσο και κατά το αξιολογικό στάδιο με την κατάφαση περί ενδεχόμενης εμφάνισης ασθένειας ή αναπηρίας στο νεογνό , γ) η παράλειψη ενημέρωσης των γονέων για την πλημμέλεια στη διάγνωση ή η μη έγκαιρη ενημέρωση των γονέων ,ώστε να μη καθίσταται δυνατή η άμβλωση , δ) η γέννηση του παιδιού με αναπηρία ή ασθένεια που δε θεραπεύεται , ώστε να μπορεί να βελτιωθεί αισθητά η ποιότητα ζωής του (δια βίου φαρμακευτική αγωγή, υποβολή σε εργαστηριακές εξετάσεις, ιατρική παρακολούθηση, νοσηλεία, μηχανική υποστήριξη ή ακόμη και χαμηλό προσδόκιμο ζωής) , και τέλος ε) η βεβαίωση ότι εάν είχαν ενημερωθεί εγκαίρως οι γονείς για το πρόβλημα σε στάδιο που θα καθίστατο ιατρικώς επιτρεπτή η τεχνητή διακοπή της κύησης, η μητέρα θα προέβαινε σε αυτή. (Κουδουμά , 2018)

Αναφορικά με την ευθύνη του ιατρού στις περιπτώσεις αυτές, στοιχειοθετείται η αστική ευθύνη του και η παρεπόμενη υποχρέωσή του για τη ζημία που προκάλεσε κατά τις διατάξεις του 914επ. ΑΚ περί αδικοπραξιών. Οι προϋποθέσεις θεμελίωσης της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού είναι : α) η έννοια του παρανόμου, που συνίσταται στην πλημμελή συμπεριφορά του ιατρού , στο σφάλμα του ως προς τη διάγνωση και την ενημέρωση , β) η υπαιτιότητα του ιατρού , γ) η πρόκληση ζημίας και δ) η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς και ζημίας. Δε χωρεί αμφισβήτηση ότι η πλημμελής συμπεριφορά στο στάδιο της διάγνωσης και η παράλειψη έγκαιρης ενημέρωσης των γονέων συνιστά καταρχήν παράνομη συμπεριφορά , καθώς παραβιάζει τους παραδεδεγμένους κανόνες σύμφωνα με τα ιατρικά standards , αποστερώντας από τους γονείς τη δυνατότητα τεχνητής διακοπής της κύησης (ΠΚ 304 παρ.4 εδ. β') . Η υπαιτιότητα του ιατρού εντοπίζεται στο ότι δεν ενήργησε *lege artis* , επιδεικνύοντας την απαραίτητη επιμέλεια και τη δέουσα προσοχή κατά τους κανόνες της ιατρικής κατά τον προγεννητικό έλεγχο . Προβληματισμός δημιουργείται στις περιπτώσεις *wrongful life*

γύρω από την κατάφαση της ζημίας. Όταν αξίωση αποζημίωσης εγείρουν οι ίδιοι οι γονείς, ως ζημία, προτείνουν την ίδια τη γέννηση του παιδιού τους, η οποία τους αναγκάζει σε μια δια βίου ιατρική παρακολούθηση του τέκνου, μέσα από χρονοβόρες και επίπονες διαδικασίες, που όχι μόνο επιδρούν καταλυτικά στην αυτονομία τους περιορίζοντάς του το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, (ΕφΛαρ 544/2007) αλλά παράλληλα τους υποχρεώνει σε αρκετά δαπανηρές διαδικασίες (φάρμακα, μηχανική υποστήριξη, νοσηλεία), θεμελιώνοντας έτσι και περιουσιακή ζημία. (Κουδουμά, 2018). Αμφισβητήσιμη είναι η περίπτωση που αξίωση αποζημίωσης εγείρει το ίδιο το τέκνο. « Το οξύμωρο της αξίωσης έγκειται στο γεγονός ότι το παιδί διεκδικεί να περιέλθει σε μια κατάσταση όμοια με αυτή της ανυπαρξίας στην οποία δε θα ήταν υποκείμενο δικαίου, άρα θα στερούνταν κάθε δικαίωμα ή αξίωση». (Κουδουμά, 2018, σ. 48). Για τους λόγους αυτούς, η ελληνική νομολογία δε δέχεται τις αξιώσεις που εγείρει το ίδιο το παιδί. Ως προς την αιτιώδη συνάφεια δημιουργείται το ζήτημα κατά πόσο το σφάλμα του ιατρού ως προς τη διάγνωση συνδέεται άμεσα με τη ζημία του ασθενούς, που συνίσταται στη γέννηση παιδιού με σοβαρή γεννητική πάθηση ή αναπηρία. Στη θεωρία έχει προταθεί η απουσία άμεσου αιτιώδους συνδέσμου, καθώς από την ιατρική διαγνωστική πλημμέλεια μέχρι την πρόκληση του ζημιογόνου αποτελέσματος (τη γέννηση του παιδιού), παρεμβάλλεται πάντα η ελεύθερη βούληση των γονέων για διακοπή της κύησης. Υποστηρίζεται, δηλαδή, ότι η παράλειψη ενημέρωσης έχει ως άμεση συνέπεια την αποστέρηση του δικαιώματος της τεχνητής διακοπής της κύησης, και όχι τη ζημία, καθώς δεν μπορεί να γνωρίζει κανείς με βεβαιότητα ότι η μητέρα θα προχωρούσε σε διακοπή της κύησης, κι ως εκ τούτου είναι δύσκολο να αποδειχθεί αντικειμενικά η απόφαση της μητέρας σε χρόνο προγενέστερο και της γέννησης. Χαρακτηριστική εν προκειμένω είναι η ΑΠ 154/2011 που απέρριψε την αιτιώδη συνάφεια και συγκεκριμένα έκρινε ότι «δεν υπάρχει η αναγκαία συνάφεια μεταξύ της επικαλούμενης αμέλειας της εναγόμενης ιατρού περί τον προγεννητικό έλεγχο και του επελθόντος αποτελέσματος, αφού η φερόμενη ως άνω πάθηση του ενάγοντος ήταν συμφυής προς την εκ των υστέρων διαπιστωθείσα γεννητική του παρουσία (επιπρόσθετο υλικό στο χρωμόσωμα 13) και όχι απότοκος του προγεννητικού ελέγχου.» (Κουδουμά, 2018)

Να τονιστεί στο σημείο αυτό, πως το αίτημα χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης κατά άρθρον 392 ΑΚ κρίνεται συνήθως νόμω αβάσιμο, καθώς ηθική βλάβη υφίσταται το άτομο που ζημιώνεται άμεσα από την αδικοπραξία.

Τέλος, στην περίπτωση που μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς που υφίσταται το «ζημιογόνο αποτέλεσμα» , υπάρχει συμβατική σχέση (ιατρική σύμβαση ή σύμβαση ιατρικής αγωγής ή σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών) , τότε ενδεχομένως δημιουργείται και ενδοσυμβατική ευθύνη του ιατρού από την πλημμελή συμπεριφορά του. (Φουντεδάκη, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

5.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης απασχολεί ολοένα και περισσότερο τις αίθουσες των δικαστηρίων, ωστόσο δεν είναι ένα ζήτημα που προέκυψε τώρα, καθώς ως προβληματική φαίνεται να έχει καταβολές από την αρχαιότητα ακόμη. Συγκεκριμένα στον Κώδικα Χαμουραμπί εντοπίζει κανείς κανόνες σχετικά με την ιατρική αμέλεια, ενώ ανάλογες διατυπώσεις, σύμφωνα με τον Ηρόδοτο, υπήρχαν και στην Ιερά Βίβλο των Αιγυπτίων. Στον ελληνικό χώρο, που επικρατούσε μια θεοκρατική αντίληψη για την άσκηση της ιατρικής, δεν υπήρχε νομοθέτημα που αναγνώριζε την ευθύνη του ιατρού και ακριβώς στο νομοθετικό αυτό κενό φαίνεται να γίνεται έμμεσα νύξη στο «Νόμο» του Ιπποκράτη. Το Ρωμαϊκό Δίκαιο επίσης έχει αναφορές στο ζήτημα της ιατρικής ευθύνης στα χαρακτηριστικά νομοθετήματα της εποχής Lex Cornelia de sicariis και Lex Aquilia phlebiscitum. (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984)

Από τον 11^ο μέχρι και το 15^ο αιώνα, στην Ευρώπη, παρατηρείται η παντελής απουσία ελέγχου, με την τιμωρία των γιατρών να είναι προνόμιο ελάχιστων μόνο ισχυρών και χωρίς καμία θεσμική και νομοθετική κάλυψη. Μια πρώτη προσπάθεια νομικής προσέγγισης του προβλήματος ξεκινά δειλά στα χρόνια μετά τη Γαλλική Επανάσταση.

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα στη Γαλλία διαμορφώθηκε η «Θεωρία της απόλυτης ανευθυνότητας των ιατρών», η άποψη δηλαδή ότι οι γιατροί δεν υπέχουν καμία ευθύνη εκτός από συγκεκριμένες εξαιρέσεις που προκύπτει η ύπαρξη δόλου. Μάλιστα η θεώρηση αυτή διατυπώθηκε ρητά, το 1829, σε Υπόμνημα της Ιατρικής Ακαδημίας της Γαλλίας προς την Κυβέρνηση που επεξεργαζόταν σχέδιο νόμου σχετικά με την ιατρική ευθύνη. Αξιοσημείωτη είναι βέβαια η στάση του ιδρυτή της Ιατροδικαστικής Εταιρείας στο Παρίσι Legrand de Saule, που εξέφρασε δημόσια την έντονη αμφισβήτηση περί ανευθυνότητας των ιατρών, διακηρύσσοντας το 1847: «Κανείς δε δικαιούται να τοποθετείται υπεράνω του Νόμου και ο γιατρός είναι αρκετά βέβαιος για τον εαυτό του ώστε να μην επιδιώκει εξαίρεση σε αυτό». (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984, σ. 13)

Η θεωρία της απόλυτης ανευθυνότητας άρχισε σιγά σιγά να εγκαταλείπεται και να καταλαμβάνει έκταση στους επιστημονικούς κόλπους η «Θεωρία της ελαττωμένης ευθύνης». Κατά τη θεωρία αυτή, ο γιατρός ευθύνεται μόνο για περιστατικά στα οποία ενήργησε με βαριά αμέλεια, ενώ απαλλάσσεται εντελώς σε περιπτώσεις ελαφριάς αμέλειας. Η άποψη αυτή παρ' ότι απομακρύνθηκε από την παρωχημένη αντίληψη που απάλλασσε τον ιατρό από κάθε ευθύνη, καθιστώντας την άσκηση της ιατρικής ανεξέλεγκτη, εντούτοις δέχτηκε και αυτή σκληρή κριτική. Η επιχειρηματολογία των πολέμιων αυτής της θεωρίας, στηρίχθηκε στην αδικαιολόγητη ευμενή μεταχείριση των ιατρών σε βάρος άλλων επαγγελματιών, και τις αποδεικτικές δυσχέρειες όσον αφορά στο βαθμό της αμέλειας, που πολύ συχνά λόγω αμφιβολιών κατέληγε και πάλι στην κατάφαση του ανεύθυνου των ιατρών. (Κουσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984)

Σήμερα, το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης αποτελεί μείζον ζήτημα και έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον όχι μόνο της ιατρικής, αλλά και της ευρύτερης νομικής επιστημονικής κοινότητας, δικαστικής και δικηγορικής. Η αλματώδης ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, με την τεράστια πολυμέρεια κι εξειδίκευση σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη εξέλιξη της νομικής επιστήμης, οδήγησαν στην ανάγκη ακριβούς προσδιορισμού της ιατρικής ευθύνης μέσα από τη νομοθετική ρύθμιση και τη νομολογιακή εφαρμογή και στην επικράτηση της «Θεωρίας της πλήρους υπευθυνότητας του ιατρού». (Κουσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984). Γίνεται, δηλαδή, δεκτό ότι ο γιατρός έχει πλήρη ευθύνη κατά την άσκηση των καθηκόντων του τόσο για βαριά όσο και για ελαφρά αμέλεια. Αδιαμφισβήτητη είναι βέβαια και η ευθύνη του σε περίπτωση αναγνώρισης δόλου οποιουδήποτε βαθμού (*a minori ad maius*). Η ευθύνη του ιατρού για πράξεις κατά την άσκηση της επιστήμης του διακρίνεται σε: α) αστική ευθύνη απέναντι στον ασθενή, β) ποινική ευθύνη απέναντι στην πολιτεία για την προσβολή των εννόμων αγαθών του ασθενούς και γ) πειθαρχική ευθύνη απέναντι στα επαγγελματικά όργανα.

5.2. ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Αστική χαρακτηρίζεται η ευθύνη του ιατρού , όταν οι πράξεις ή οι παραλείψεις του παραβιάζουν διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Συγκεκριμένα, ως αστική ευθύνη νοείται η νομική υποχρέωση αποκατάστασης (συνήθως μέσω αποζημίωσης) του προσώπου εκείνου που υπέστη ζημία από μία παράνομη συμπεριφορά (πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια). Η ειδοποιός διαφοράς της αστικής από τις άλλες μορφές ευθύνης είναι ότι έχει αμιγώς ιδιωτικό χαρακτήρα (σε αντίθεση με την ποινική που αποτελεί τη δημόσια αποδοκιμασία με την έννοια της ποινικής κυρώσεως) και ότι είναι η μορφή ευθύνης που ρυθμίζεται αποκλειστικά με δεσμευτικούς κανόνες δικαίου, έχει δηλαδή αμιγώς νομικό περιεχόμενο(για παράδειγμα η πολιτική ή ηθική ευθύνη έχουν εξωνομικό περιεχόμενο) . (Τυλλιανάκη , Διπλωματική Εργασία "Αστική Ευθύνη του Δημοσίου από Ιατρικά Σφάλματα", 2009-2010). Σύμφωνα με τη θεωρία, η αστική ευθύνη μπορεί να είναι είτε συμβατική , είτε αδικοπρακτική. Ακόμη, τίθεται και το ζήτημα της συρροής της νόμιμης βάσης από το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 (ΦΕΚ 191/16.11.1994) περί «Προστασίας των καταναλωτών». Δεδομένης, ωστόσο, της ελλείψεως ειδικού νομοθετικού πλαισίου περί ιατρικής ευθύνης στο σύνολο σχεδόν της ευρωπαϊκής νομοθεσίας με εξαίρεση το Γαλλικό Δίκαιο (Φουντεδάκη, 2007, σ. 13), η νομολογία έρχεται να λύσει το ζήτημα της συρροής των παραπάνω νομικών βάσεων και να συμβάλει καταλυτικά στη διαμόρφωση του δικαίου της ιατρικής ευθύνης.

5.2.1. Συμβατική ιατρική ευθύνη

Ο συμβατικός χαρακτήρας της ιατρικής αστικής ευθύνης είναι γενικά αποδεκτός , τόσο από τη θεωρία, όσο και από τη νομολογία. (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984). Στη νομολογία επικρατεί η άποψη ότι ο ιατρός με τον ασθενή συνάπτουν τη λεγόμενη « σύμβαση ιατρικής αγωγής». Η σύμβαση αυτή συνήθως καταρτίζεται άτυπα με την προσέλευση του ασθενούς στο ιατρείο (πρόταση) και την ανταπόκριση του ιατρού να τον περιθάψει (αποδοχή). Σιωπηρή σύναψη είναι δυνατή με την αποδοχή του ασθενούς να προχωρήσει στην προτει-

νόμηση από τον ιατρό θεραπεία. Βέβαια, η σύμβαση μπορεί να συναφθεί και γραπτά, κυρίως σε περιπτώσεις εξιτηρίου από το νοσοκομείο και κατ' οίκον νοσηλείας του ασθενούς. (Αλικάκος, Αστική Ιατρική Ευθύνη - Ουσιαστικά και δικονομικά ζητήματα με βάση και τις παραδοχές της νομολογίας, 2018)

Όσον αφορά σε περιπτώσεις ασθενών χωρίς δικαιοπρακτική ικανότητα (ανήλικος, ασθενής που τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση) η σύμβαση ιατρικής αγωγής μπορεί να συναφθεί έγκυρα από τον κατά περίπτωση γονέα που ασκεί την επιμέλεια του ανηλίκου (ΑΚ 1516 παρ.1 περ.1) ή τον δικαστικό συμπαραστάτη. Ιδιαίτερη μνεία χρήζει η περίπτωση του ΑΚ 131, των περιπτώσεων δηλαδή που ο συμβαλλόμενος έχει έλλειψη συνείδησης των πράξεών του ή βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή, οπότε και η δήλωση βούλησής του είναι άκυρη. Δεν είναι σπάνια τα περιστατικά στην καθημερινή πράξη, όπου ο γιατρός καλείται να παράσχει τη συνδρομή του σε άτομα που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί του π.χ. σε άτομα που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση και δε συνοδεύονται από τους οικείους τους ή τους δικαστικούς αντιπροσώπους τους. Στις εν λόγω περιπτώσεις γίνεται δεκτή η άποψη ότι « η σχέση γιατρού-ασθενούς διέπεται από τις διατάξεις περί διοικήσεως αλλότριων (ΑΚ 730 επ.) δημιουργούμενης μάλιστα και υποχρέωσης για ιατρική ενέργεια και με παρεπόμενη αξίωση αποζημίωσης» (Κουσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984, σ. 36)

Έγκυρη θεωρείται και η ιατρική σύμβαση που συνάπτεται με τους ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Προβληματική είναι η περίπτωση βέβαια των απογευματινών ιατρείων (άρθρο 9 Ν.2889/2001-ΦΕΚ Α'37/2.3.2001). Σε περίπτωση που θεωρηθεί ως ιατρική σύμβαση, τότε ο ιατρός σε περίπτωση ανώμαλης εξέλιξης της ενοχής (π.χ. μη εκπλήρωσης, δηλαδή, άρνηση παροχής υπηρεσιών) υπέχει προσωπική ευθύνη κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Αν όμως θεωρηθεί ότι η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών εμπίπτει στη λειτουργία του νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. και δεν απορρέει ως υποχρέωση από την ιατρική σύμβαση, εφαρμογής τυγχάνουν οι διατάξεις των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ που ιδρύουν εις ολόκληρον ευθύνη τόσο του υπαίτιου ιατρού, όσο και του δημοσίου.

Υπάρχουν ακόμη και περιπτώσεις που δεν υπάρχει καμία συμβατική σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, οπότε δε δημιουργείται συμβατική ευθύνη του ιατρού. Τέτοιες είναι οι περιπτώσεις που ο ασθενής συμβάλλεται με τον εργοδότη

του ιατρού και όχι με τον ίδιο τον θεράποντα, όταν οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από ΝΠΔΔ καθώς και όταν εκλείπουν εντελώς οι απαραίτητες δηλώσεις βούλησης των μερών, όπως σε περίπτωση παροχής πρώτων βοηθειών. (Αλικάκος, Αστική Ιατρική Ευθύνη - Ουσιαστικά και δικονομικά ζητήματα με βάση και τις παραδοχές της νομολογίας, 2018)

Ως προς τον ειδικό χαρακτηρισμό της συγκεκριμένης σύμβασης από νομικής άποψης έχουν προταθεί διάφορες απόψεις. Μέρος της θεωρίας και της νομολογίας προτείνουν το χαρακτηρισμό της σύμβασης ως σύμβαση μίσθωσης εργασίας και συγκεκριμένα «σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών.(ΠΠΘες 24582/2008), ενώ άλλοι θεωρούν πως πρόκειται για «σύμβαση μίσθωσης έργου» (ΕφΑθ 5512/2003). Ο διαφορετικός χαρακτηρισμός προκύπτει με βάση το εάν οι ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται για ορισμένο ή αόριστο χρονικό διάστημα αντί συμφωνημένου μισθού, οπότε θα πρόκειται για σύμβαση μίσθωσης εργασίας και θα εφαρμόζονται οι διατάξεις της εργατικής νομοθεσίας ή αν εντάσσονται στο πλαίσιο επίτευξης συγκεκριμένου έργου, οπότε θα πρόκειται για σύμβαση παροχής έργου και θα εφαρμόζονται οι ανάλογες διατάξεις του Αστικού Κώδικα (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984).

Ως προς το χαρακτηρισμό της ιατρικής αγωγής ως «σύμβαση έργου» έχουν διατυπωθεί ποικίλες αμφιβολίες, δεδομένου ότι η ιατρική σύμβαση καλύπτει μια ιδιαίτερη σχέση συμβαλλομένων (γιατρού –ασθενούς) και ενέχει αστάθμητους παράγοντες και κινδύνους (όπως η επιδείνωση της υγείας) που δεν μπορούν να προσδιοριστούν εκ των προτέρων και είναι σε θέση να επηρεάσουν καταλυτικά το αποτέλεσμα (βλάβη υγείας ή σωματικής ακεραιότητας, θάνατος ασθενούς). (Φουντεδάκη, 2003, σ. 305). Ακόμη, η θεώρηση περί «σύμβαση έργου» έρχεται σε αντίθεση με την παγιωμένη αντίληψη ότι ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση επίτευξης ορισμένου αποτελέσματος, αλλά υποχρέωση παροχής μέσων, αντίληψη που οδηγεί στην εφαρμογή των διατάξεων περί μίσθωσης εργασίας.

Προκειμένου να υπερκεράσει τα αναφερόμενα προβλήματα σχετικά με το χαρακτηρισμό της ιατρικής αγωγής ως «σύμβαση μίσθωσης εργασίας» ή « σύμβαση μίσθωσης έργου», έχει προταθεί στη γαλλική θεωρία η θεώρηση περί σύμβασης *suī generis*. Αναμφίβολα, στο πλαίσιο της ιατρικής σύμβασης, ο γιατρός ενεργεί χωρίς να δεσμεύεται απόλυτα ούτε από τις εντολές του ασθενούς, ούτε από τις οδηγίες του κυρίου του έργου, όταν εργάζεται σε κλινική ή νοσοκομείο. Το γεγο-

νός αυτό την απομακρύνει από το χαρακτηρισμό της ως σύμβαση έργου και φαίνεται να προσιδιάζει περισσότερο σε σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Ωστόσο, σχεδόν πάντα ,ως κύρια υποχρέωση του ιατρού συμφωνείται η παραγωγή ενός αποτελέσματος ή πιο εύστοχα η διενέργεια όλων των απαραίτητων ιατρικών πράξεων που κατατείνουν στην παραγωγή ενός αποτελέσματος (θεώρηση περί υποχρέωσης παροχής μέσων, και όχι παραγωγής αποτελέσματος) , στοιχείο που δε φαίνεται να υπάρχει στη σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. (Αλικάκος, 2018)

Ανεξάρτητα με το χαρακτηρισμό της, αποδοχή της ιατρικής σύμβασης έχει ως νόμιμο επακόλουθο τόσο τη δυνατότητα καταγγελία της (676 ΑΚ) και από τα δύο συμβαλλόμενα μέρη (γιατρό και ασθενή) ,όσο και τη δημιουργία αξιώσεως αποζημίωσης ,σε περίπτωση ανώμαλης εξέλιξης της ενοχής(αθέτηση της ενοχικής υποχρέωσης που συνίσταται α) σε αδυναμία παροχής , β) σε καθυστέρηση στην εκπλήρωση γ) σε πλημμελή εκπλήρωση). Συγκεκριμένα, οι περιπτώσεις ολικής μη εκπλήρωσης ή πλημμελούς εκπλήρωσης των συμβατικών υποχρεώσεων είναι οι περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος με την *stricto* και *lato sensu* όπως εκτέθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Ακόμη, θεμέλιο ενδοσυμβατικής ευθύνης αποτελεί και διενέργεια αυθαίρετης ιατρικής πράξης, της πράξης δηλαδή που διενεργήθηκε χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Η συμβατική υποχρέωση του γιατρού να μην προχωρά σε ιατρικές πράξεις χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς προκύπτει άμεσα από τα άρθρα 11 και 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας , και συμπληρωματικά ως παρεπόμενη συμβατική υποχρέωση από την καλόπιστη εκπλήρωση παροχής κατ'άρθρον 288 ΑΚ. (Τσιριγιώτη, 2017)

5.2.2. Η ιατρική ευθύνη από αδικοπραξία

Το ιατρικό σφάλμα , που περιλαμβάνει τόσο τις πράξεις όσο και τις παραλείψεις του γιατρού καθώς και η αυθαίρετη ιατρική πράξη ως απόρροια της έλλειψης συναίνεσης του ασθενούς αποτελούν τις βάσεις όχι μόνο της ενδοσυμβατικής ιατρικής ευθύνης όπως εκτέθηκε παραπάνω, αλλά και αδικοπρακτικής κατ'άρθρον 914 επ. ΑΚ ευθύνης. Το άρθρο 914 ΑΚ που καθιερώνει την αδικοπρακτική ευθύνη ορίζει πως «Όποιος ζημιώσει άλλον υπαίτια και παράνομα έχει υποχρέωση να τον αποζημιώσει». Με το άρθρο αυτό παρέχεται ένα ευρύ πεδίο εφαρμογής στα πολυποικίλα περιστατικά του ιατρικού χώρου. (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης,

1984) . Πρόκειται για συρροή νόμιμων λόγων ευθύνης (ενδοσυμβατικής και αδιοπρακτικής) , που κατ' ουσίαν συμπίπτουν , καθώς περιεχόμενο της βασικής υποχρέωσης του γιατρού είναι η προστασία της ζωής και της υγείας του ασθενούς, κάτι που θεμελιώνεται πανομοιότυπα τόσο συμβατικά, όσο και εξωσυμβατικά. (Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ. 19)

Για να στοιχειοθετηθεί , λοιπόν, η αστική ευθύνη του ιατρού από αδιοπραξία σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 914 επ. ΑΚ πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις, όπως προκύπτουν αβίαστα από την γραμματική ερμηνεία της διάταξης. Αρχικά, απαιτείται παράνομη συμπεριφορά (« όποιος ζημιώσει άλλον παράνομα..»). Παρ' ότι στη θεωρία η διάκριση αυτή φαίνεται απλή, στην καθημερινή πρακτική έχει αποδειχθεί εξαιρετικά δύσκολο να καταφθαί κατά πόσο μια ιατρική πράξη ή παράλειψη σε κάθε συγκεκριμένο περιστατικό συνιστά παράνομη συμπεριφορά. (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984). Παράνομη συμπεριφορά του ιατρού αποτελούν αναμφίβολα τόσο οι περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων(είτε με πράξη είτε με παράλειψη) , όσο και οι περιπτώσεις αυθαίρετης ιατρικής πράξης , λόγω της έλλειψης συναίνεσης εκ μέρους του ασθενούς, ανεξάρτητα από την επιτυχή έκβασή της.

Σε κάθε περίπτωση , η παράνομη συμπεριφορά πρέπει να εξετάζεται παράλληλα με την υπαιτιότητα του ιατρού, η οποία αποτελεί και τη δεύτερη βασικά προϋπόθεση του 914 ΑΚ. Δεν αρκεί , δηλαδή, η παράνομη πράξη ή παράλειψη εκ μέρους του ασθενούς, αλλά απαιτείται και η πταισματική συμπεριφορά του ιατρού δηλ. δόλος ή αμέλεια (υποκειμενική ευθύνη ιατρού). (Αλικάκος, Αστική Ιατρική Ευθύνη - Ουσιαστικά και δικονομικά ζητήματα με βάση και τις παραδοχές της νομολογίας, 2018) . Μεγάλο μέρος της νομολογίας υιοθετεί βέβαια τη θεωρία της «διπλής λειτουργίας της αμέλειας». Συγκεκριμένα «για τη θεμελίωση της αδιοπρακτικής ευθύνης απαιτείται παράνομη και υπαίτια πρόκληση ζημίας. Αμφότερες οι προϋποθέσεις αυτές συντρέχουν ταυτοχρόνως , με βάση τη θεώρηση της αμέλειας , ως μορφή πταίσματος και παρανομίας. Έτσι αν στο πλαίσιο μιας ιατρικής πράξης , παραβιασθούν οι κανόνες και οι αρχές της ιατρικής επιστήμης ή οι υποχρεώσεις επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού , τότε η συμπεριφορά αυτή είναι παράνομη και συγχρόνως υπαίτια.(853/2017 ΑΠ). Τον κίνδυνο των ανυπαίτιων σφαλμάτων φέρει ο ασθενής, καθώς όπως προαναφέρθηκε ο γιατρός δεν υπόσχεται συγκεκριμένο αποτέλεσμα , αλλά παροχή όλων των απαραίτητων μέσων προς επίτευξη

ενός αποτελέσματος , ενώ ακόμη η ιατρική επιστήμη δεν είναι σε θέση να εγγυηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Αλικάκος, 2018).

Η νομολογία έχει εξειδικεύσει περισσότερο την έννοια της ιατρικής ευθύνης και όπως παγίως δέχεται για την ιατρική ευθύνη αρκεί οποιοδήποτε βαθμός αμέλειας εκ μέρους του ιατρού. Συγκεκριμένα, «κατά το άρθρο 24 του Α.Ν. 1565/1939 "περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος", που διατηρήθηκε σε ισχύ κατά το άρθρο 47 ΕισΝΑΚ, "ο ιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για τη διαφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγιών". Από τη διάταξη αυτή σε συνδυασμό με τα άρθρ. 330, 652 και 914 ΑΚ, προκύπτει ότι ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση για τη ζημία που έπαθε ο ασθενής πελάτης του από κάθε αμέλειά του, ακόμη και ελαφρά, αν κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων παρέβη την υποχρέωσή του να ενεργήσει σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης επιδεικνύοντας τη δέουσα επιμέλεια, δηλαδή αυτή που αναμένεται από το μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του.(ΑΠ 1362/2007 181/2011, ΑΠ 424/2012, ΑΠ 418/2018)

Η διάταξη του άρθρου 330 ΑΚ ορίζει ότι «..αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές». Έτσι αμέλεια υπάρχει στις περιπτώσεις που είτε ο δράστης προβλέπει το ενδεχόμενο επέλευσης ενός παράνομου αποτελέσματος , αλλά ελπίζει ότι θα το αποφύγει (ενσυνείδητη αμέλεια), είτε όταν, επειδή δεν καταβάλλει την απαιτούμενη προσοχή, δεν προβλέπει την επέλευση του αποτελέσματος (άνευ συνειδήσεως αμέλεια). (Γεωργιάδης, 1999, σ. 242). Η αμέλεια στο αστικό δίκαιο διακρίνεται περαιτέρω σε α) ελαφρά συγκεκριμένη αμέλεια , όταν κριτήριο για την ύπαρξη αμέλειας αποτελεί η ατομική επιμελής συμπεριφορά του δράστη , η «εν τοις ιδίοις επιμέλεια», που καταβάλει δηλαδή ο δράστης συνήθως στις δικές του υποθέσεις, β) ελαφρά αφηρημένη αμέλεια, όταν το μέτρο επιμέλεια κρίνεται με βάση αυτό που καταβάλλει ο μέσος συνετός άνθρωπος του κύκλου του δράστη και γ) βαριά αμέλεια, όταν η απόκλιση από το μέτρο της συμπεριφοράς του μέσου συνετού και επιμελούς ανθρώπου είναι ασυνήθης και ιδιαίτερα μεγάλη. (Γεωργιάδης, 1999, σσ. 244-245). Ο χαρακτηρισμός της αμέλειας ως βαριάς ή ελαφράς στον ιατρικό χώρο εξαρτάται από το αν η υπαίτια συμπεριφορά απομακρύνεται ελάχιστα από την επιστημονικά απαιτούμενη και γενικά εδραιωμέ-

νη ιατρική πρακτική (ελαφρά) ή είναι ιδιαίτερα μεγάλη και σοβαρή(βαριά). (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984, σ. 37). «Κατά νομολογιακή παραδοχή, ο ιατρός οφείλει να παρέχει την ιατρική συνδρομή που του ζητείται όχι μόνο όπως ορίζει το άρθρο 330 ΑΚ, κατά το μέτρο επιμέλειας που απαιτείται στις συναλλαγές, αλλά με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κοινής πείρας, επιδεικνύοντας επιμέλεια πέραν της απαιτούμενης στις συναλλαγές από το άρθρο 330 ΑΚ. Ωστόσο η ανωτέρω παραδοχή, ότι η επιμέλεια που απαιτείται από τον ιατρό πρέπει να είναι ιδιαίτερη και αυξημένη, δεν προσθέτει κάτι επιπλέον στο άρθρο 330 ΑΚ, καθώς με ορθή ερμηνευτική προσέγγιση για τα μέτρα επιμέλειας κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, οφείλουν να λαμβάνονται υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ιατρικής δραστηριότητας, όπως είναι η εγγενής επικινδυνότητά της για αγαθά βαρύνουσας σημασίας όπως η υγεία και η ζωή. Η άποψη αυτή αποδίδει την κρατούσα αντικειμενική θεωρία για την αμέλεια, που ως μέτρο σύγκρισης λαμβάνεται υπόψη η συμπεριφορά που θα μπορούσε να υποδείξει ο μέσος εκπρόσωπος του επαγγέλματος. Ειδικότερα, στο χώρο της ιατρικής οφείλει να γίνεται αναγωγή στην ειδικότητα του κάθε ιατρού.» (853/2017 ΑΠ).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η αστική ιατρική ευθύνη δεν μπορεί να καταφαθεί, όταν ακόμη και σε περίπτωση βλάβης της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς, ο γιατρός ενήργησε *lege artis*, δηλαδή, σύμφωνα με τους γενικώς παραδεγμένους κανόνες της επιστήμης του και τα ιατρικά standards.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να ευσταθήσει αγωγή εναντίον του γιατρού είναι η ύπαρξη βλάβης στα έννομα αγαθά του ασθενούς. Η μορφή της βλάβης δεν μπορεί να προσδιοριστεί αφηρημένα εκ των προτέρων, καθώς κάθε περιστατικό είναι μοναδικό και κάθε οργανισμός ενδέχεται να έχει διαφορετική αντίδραση. Με βάση μία αμιγώς νομική προσέγγιση, η ζημία μπορεί να διακριθεί σε: α) περιουσιακή, όταν αφορά σε περιουσιακά, δηλαδή, αποτιμητά σε χρήμα αγαθά και β) σε ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη, όταν αφορά σε αγαθά που συνδέονται με την προσωπικότητα του ατόμου (τιμή, ελευθερία, σωματική και ψυχική υγεία) και δεν μπορούν να αποτιμηθούν σε χρήμα. (Γεωργιάδης, 1999, σ. 134). Η διάκριση αυτή έχει μεγάλη πρακτική σημασία, διότι ενώ η περιουσιακή ζημία αποκαθίσταται κατά κανόνα ολόκληρη και χρηματικά σύμφωνα με το ΑΚ 297 εδ.α', η ηθική βλάβη αποκαθίσταται χρηματικά μόνο στις περιπτώσεις που ορίζει ο νόμος (ΑΚ 299), σε περιπτώσεις

προσβολής της προσωπικότητας ΑΚ 57-59 και σε περιπτώσεις αδικοπραξίας (ΑΚ 932). Δεν επιδικάζεται, επομένως, χρηματική αποζημίωση σε περίπτωση αθέτησης ενοχικής υποχρέωσης από δικαιοπραξία, εκτός αν τα ίδια περιστατικά θεμελιώνουν ταυτόχρονα κι ευθύνη από αδικοπραξία. (Γεωργιάδης, 1999, σ. 135)

Τελευταίος συστατικός όρος για να ευσταθήσει η αξίωση αποζημίωσης του ασθενούς σε βάρος του γιατρού λόγω αδικοπραξίας είναι η αιτιώδης συνάφεια. Πρέπει να αποδεικνύεται αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ του νόμιμου λόγου ευθύνης και της επελθούσας ζημίας. (Γεωργιάδης, 1999). Η ιατρική αμέλεια με το επιζήμιο για τον ασθενή αποτέλεσμα πρέπει να βρίσκονται σε θέση αιτίου- αιτιατού αντίστοιχα. Δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί ιατρική ευθύνη σε περιπτώσεις, δηλαδή, που η βλάβη του ασθενούς δεν οφείλεται στην αμέλεια του ιατρού αλλά προέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι οι περιπτώσεις ανωτέρας βίας ή τα τυχαία γεγονότα.

5.2.3. Συρροή συμβατικής κι αδικοπρακτικής ευθύνης

Τόσο η συμβατική όσο και η αδικοπρακτική ευθύνη εντάσσονται στο ευρύτερο σύστημα της αστικής ευθύνης και λειτουργούν προς τον ίδιο σκοπό που είναι κυρίως αποκαταστατικός και έγκειται στην προστασία του ζημιωθέντος και η αποκατάσταση της ζημίας του και όχι κυρωτικός με την έννοια της επιβολής κυρώσεων. Ακόμη και οι δύο μορφές αστικής ευθύνης λειτουργούν στη βάση της αρχής της υποκειμενικής ευθύνης, προϋποθέτουν δηλαδή την υπαιτιότητα του προσώπου(ΑΚ 330, ΑΚ 914 επ.).

Ωστόσο, η ενδοσυμβατική και η αδικοπρακτική ευθύνη διαφέρουν ουσιαστικά ως προς τη φύση τους. Αρχικά, η αδικοπρακτική ευθύνη είναι πρωτογενής, με την έννοια ότι πηγάζει απευθείας από το νόμο, σε αντίθεση με τη συμβατική που καθιερώνει δευτερογενή ευθύνη, καθώς γεννάται στο πλαίσιο προϋφιστάμενης ενοχής από σύμβαση, ύστερα από αθέτηση των συμβατικών υποχρεώσεων. Ακόμη στην αδικοπραξία, μπορεί να αποκατασταθεί και η ηθική βλάβη (ΑΚ 932), ενώ κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται στις περιπτώσεις συμβατικής ευθύνης. Εξίσου σημαντικό σημείο διαφοροποίησης είναι και το βάρος απόδειξης. Συγκεκριμένα, στην αδικοπραξία ο ζημιωθείς, εν προκειμένω, ο ασθενής φέρει το βάρος απόδειξης των γεγονότων που στοιχειοθετούν το πταίσμα του ζημιώσαντος (ιατρού), ενώ στο πλαίσιο της ενδοσυμβατικής ευθύνης οφείλει ο οφειλέτης (ο γιατρός) να απο-

δείξει ότι δε συντρέχει ππαισµα στο πρόσωπό του.(ΑΚ 336,342,362). (Γεωργιάδης, 1999, σ. 583).Τέλος , η αξίωση για αποζηµίωση όταν πηγάζει από αδικοπραξία υπόκειται σε πενταετή παραγραφή (ΑΚ 937) , ενώ αν πηγάζει από αθέτηση συμβατικής υποχρέωσης τότε υπόκειται είτε στη συνήθη εικοσαετή παραγραφή (ΑΚ 249) , είτε σε συγκεκριµένες περιπτώσεις σε βραχεία εξάµηνη (ΑΚ 602,693,820) (Γεωργιάδης, 1999, σ. 683)

Οι περιπτώσεις του ιατρικού σφάλµατος , όπως αναπτύχθηκαν παραπάνω, καθώς και οι περιπτώσεις αυθαίρετης ιατρικής πράξης ,λόγω έλλειψης ενηµερωµένης συναίνεσης ,που έχουν ως αποτέλεσµα τη ζηµία του ασθενούς , φαίνεται να πληρούν τόσο τις προϋποθέσεις τις αδικοπραξίας (πράξη υπαίτια και παράνοµη σε αιτιώδη σχέση µε τη ζηµία) , όσο και της αθέτησης συμβατικών υποχρεώσεων που απορρέουν από τη σύµβαση ιατρικής αγωγής, είτε αυτή χαρακτηριστεί ως σύµβαση µίσθωσης εργασίας (σύµβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών) , είτε ως σύµβαση (µίσθωσης) έργου. Το φαινόµενο αυτό, που είναι πολύ συχνό στην πράξη , οφείλεται στο ότι η υπαίτια και παράνοµη πράξη ή παράλειψη που συνιστά την αθέτηση της συμβατικής υποχρέωσης (π.χ. το ιατρικό σφάλµα) , ακόµη κι αν έλειπε αυτό το πλαίσιο της προϋφιστάµενης ενοχής (αν, δηλαδή, δεν είχε συναφθεί σύµβαση) , θα εξακολουθούσε να είναι παράνοµη, ως αντίθετη στην «επιβαλλόµενη από το σύνολο του θετικού δικαίου και τους σκοπούς της υποχρέωσης ασφάλειας και προστασίας των άλλων». (Γεωργιάδης, 1999, σ. 584)

Ανακύπτει , εν προκειµένω, το ζήτηµα της σχέσης των δύο µορφών ευθύνης δεδοµένου ότι και οι δύο αναφέρονται στα ίδια υποκείµενα δικαίου (γιατρός και ασθενής) και λειτουργούν προς τον ίδιο σκοπό (δηλ. την αποκατάσταση της ζηµίας του ασθενούς από την ππαισµατική συµπεριφορά του ιατρού).

Για την περίπτωση αυτή της συρροής συμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης έχουν προταθεί στη θεωρία διάφορες απόψεις. Σύµφωνα µε την κρατούσα άποψη στη θεωρία περί «ελεύθερης συρροής αξιώσεων», οι δύο αξιώσεις είναι αυτοτελείς και ανεξάρτητες η µία από την άλλη. Ο ζηµιωθείς (ο ασθενής) δικαιούται ως εκ τούτου να ασκήσει ελεύθερα όποια επιθυµεί , θα ικανοποιηθεί όµως µόνο µία φορά , αφού όταν εκπληρωθεί η µία εκπληρώνεται ταυτόχρονα και ο σκοπός της άλλης. Η θεωρία της « επενεργούσας συρροής» υποστηρίζει µεν την ύπαρξη δύο διακριτών αξιώσεων, δεν υιοθετεί όµως την απόλυτη αυτοτέλεια αυτών. Δογµατικά ορθότερη, φαίνεται η τρίτη και νεότερη θεωρία « της συρροής νοµικών βάσεων της

αξίωσης». Γίνεται, δηλαδή, δεκτό ότι όταν συρρέουν αδικοπρακτική και δικαιοπρακτική ευθύνη δεν παράγουν περισσότερες αυτοτελείς αξιώσεις, αλλά μία αξίωση που θεμελιώνεται σε περισσότερες νομικές βάσεις. Η θεωρία αυτή υποστηρίζεται και δικονομικά από το λεγόμενο « ουσιαστικό αντικείμενο της δίκης» , σύμφωνα με το οποίο το αντικείμενο της δίκης πρέπει να είναι ενιαίο και να προσδιορίζεται από το συγκεκριμένο αίτημα του ενάγοντος (δηλ. την αποκατάσταση της ζημίας του ασθενούς) ανεξάρτητα από τη δικονομική δυνατότητα θεμελίωσης σε περισσότερες νομικές βάσεις. (Γεωργιάδης, 1999, σ. 585).

5.2.4. Υπαγωγή της ιατρικής ευθύνης στη ρύθμιση του άρθρου 8 Ν.2251/1994

Το άρθρο 8 του Ν.2251/1994(όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 10 ν.3587/2007) για την «Προστασία των καταναλωτών» ορίζει στην παρ. 1 , ότι: «Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψή του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή. Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας, παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο.»

Το άρθρο 8 ν.2251/1994 , παρέχει μια πρόσθετη νομική βάση για τη στοιχειοθέτηση της ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες , πέραν της δικαιοπρακτικής και της αδικοπρακτικής. Η ευθύνη που θεμελιώνει θεωρείται συμπληρωματική ως προς τη συμβατική και την αδικοπρακτική, και θεμελιώνεται ως νόθος αντικειμενική, καθώς απαιτεί μεν πταίσμα του παρέχοντος υπηρεσίες («...που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια...»), αντιστρέφει δε το βάρος απόδειξης.(άρθρο 8παρ. 3 Ν.2251/1994) .Διαβάζοντας αναλυτικά το άρθρο, φαίνεται ότι η εφαρμογή του άρθρου 8 Ν.2251/1994 έχει τις ίδιες προϋποθέσεις με την ευθύνη από αδικοπραξία κατά 914 επ. ΑΚ. Έτσι , έχει διατυπωθεί , πως πρόκειται για μια ειδική περίπτωση αδικοπρακτικής ευθύνης , η οποία βέβαια δεν απευθύνεται μόνο κατά του λήπτη των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και κατά παντός τρίτου , που ζημιώθηκε από την παροχή αυτή. (Γεωργιάδης, 1999, σ. 653)

Το ζήτημα της ένταξης της ευθύνης του ιατρού και στο άρθρο 8 του ν. 2251/1994 (περί προστασίας καταναλωτή), ως ευθύνη του παρέχοντος ανεξάρτητες υπηρεσίες έχει απασχολήσει εδώ και χρόνια τη θεωρία και έχουν διατυπωθεί ποικίλες δογματικής φύσεως αμφισβητήσεις. Ωστόσο, γίνεται αποδεκτό πια τόσο από με-

γάλη μερίδα της θεωρίας, όσο και την πάγια θέση της νομολογίας ότι στο ρυθμιστικό πεδίο του εν λόγω άρθρου εμπίπτουν και οι ιατρικές υπηρεσίες. «Ο ιατρός ενεργεί κατά τρόπο ανεξάρτητο, δεν υπόκειται δηλαδή σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του ασθενούς, αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του». (ΠΠρΛαρ 191/2012). Διχογνωμία έχει προκύψει βέβαια όσον αφορά στις περιπτώσεις που η παροχή ιατρικών υπηρεσιών γίνεται στο πλαίσιο σύμβασης εξαρτημένης εργασίας. Σύμφωνα με μία άποψη, ο γιατρός ενεργεί πάντα ανεξάρτητα, με την έννοια ότι στο πλαίσιο της επιστημονικής του ελευθερίας μπορεί να επιλέγει τον τρόπο και τα μέσα με τα οποία θα εφαρμόσει σε κάθε συγκεκριμένο περιστατικό. Η δέσμευσή του από τη σύμβαση εξαρτημένης εργασίας αφορά μόνο το νομικό- ασφαλιστικό σκέλος της εργασίας του και δεν υπεισέρχεται στην ουσία άσκησης του επαγγέλματός του. (Φουντεδάκη, 2003, σ. 103) Από την άλλη πλευρά, βέβαια, η παροχή υπηρεσιών ιατρικών στο πλαίσιο σχέσης εξαρτημένης εργασίας όπως σε μία κλινική, δημιουργεί αμφιβολίες ως προς την επαγγελματική ανεξαρτησία, ιδιαίτερα εφόσον τελούν σε σχέση πρόσθησης με άλλους ειδικευμένους ιατρούς ή διευθυντές.

Το πιο σημαντικό ζήτημα, ωστόσο, της εν λόγω ρύθμισης εντοπίζεται στην κατανομή του βάρους απόδειξης των πραγματικών περιστατικών, διότι καθιερώνει νόθο αντικειμενική ευθύνη. Έτσι σε επίκληση του άρθρου 8, ο ζημιωθής ασθενής οφείλει μόνο ν' αποδείξει την ύπαρξη παροχής, τη ζημία του και τον αιτιώδη σύνδεσμο ανάμεσά τους, όχι όμως και τη συγκεκριμένη πράξη ή παράλειψη που επέφερε το ζημιολόγο γεγονός, ενώ ο γιατρός πρέπει να αποδείξει την απουσία παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς ή την έλλειψη αιτιώδους συνάφειας μεταξύ αυτής και της ζημίας. (ΑΠ 726/2012, 298/2015 ΕφΛαρ) (Τσιριγώτη, 2017) (Γεωργιάδης, 1999). Αναντίρρητα, ο ιατρικός χώρος βρίθει περιστατικών που η ζημία του ασθενούς προέρχεται από γεγονότα, εκτός της σφαίρας εποπτείας και επιρροής του γιατρού. Με την καθιέρωση της νόθου αντικειμενικής ευθύνης στην παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, ουσιαστικά απομακρύνεται το πταισματικό στοιχείο, και καταλήγει η ιατρική ευθύνη να προσομοιάζει με ευθύνη από διακινδύνευση. Το γεγονός αυτό, αντιτίθεται στην ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς από μόνη της η ιατρική δραστηριότητα ενέχει σημαντικό βαθμό επικινδυνότητας. Συγκεκριμένα, κάθε ιατρική επέμβαση στο σώμα του ασθενούς αποτελεί μια «προσβολή» της σωματικής του ακεραιότητας, απαραίτητης όμως για την

εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας του. Έχει προταθεί, λοιπόν, ότι η επίκληση του άρθρου 8 Ν.2251/1994, πρέπει να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις που το ζημιογόνο γεγονός βρισκόταν υπό τον έλεγχο του ιατρού και μπορούσε να είχε προβλεφθεί και αποφευχθεί, κατά τα κοινών αποδεκτά μέτρα επιμέλειας. Ειδάλλως, αν η ρύθμιση τύχει γενικής εφαρμογής, ακόμη και για γεγονότα που δε θα μπορούσε να ελέγξει ο ιατρός, τότε ο ιατρός θα έρθει σε πολλή δεινή αποδεικτική θέση, καλούμενος να αποδείξει για ποιο λόγο δεν ευθύνεται. (Τσιλίκα, 2018). Συγκεκριμένα, μέρος της θεωρίας τάσσεται υπέρ της προσθήκης εδαφίου στην παράγραφο 4 του άρθρου 8 ν.2251/1994, που θα αναφέρει ότι «Στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών, η διάταξη εφαρμόζεται όταν προκαλείται ζημία από την λειτουργία ιατρικού εξοπλισμού, από νοσοκομειακή λοίμωξη, από την οργάνωση και τη λειτουργία νοσηλευτικού οργανισμού και από τη διάθεση μολυσμένου αίματος.» (Φουντεδάκη, 2003, σ. 155).

Να σημειωθεί ακόμη, ότι σύμφωνα με μερίδα της θεωρίας στις περιπτώσεις αυθαίρετης ιατρικής πράξης λόγω έλλειψης συναίνεσης, δε γίνεται επίκληση του άρθρου 8 ν.2251/1994, διότι η διάταξη αφορά μόνο τις περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος. (Φουντεδάκη, 2013, σ. 21). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη το βάρος απόδειξης της έλλειψης επαρκούς ενημέρωσης και συναίνεσης φέρει ο ασθενής, ειδάλλως, ο ιατρός θα αντιμετώπιζε μεγάλες αποδεικτικές δυσχέρειες. Επομένως, δεν μπορεί να ενταχθεί στο πλαίσιο της νόθου αντικειμενικής ευθύνης και των ευνοϊκών για τον ασθενή διατάξεων των παραγράφων 3 και 4 που αντιστρέφουν το βάρος απόδειξης, κι ως εκ τούτου, ο ασθενής επωμίζεται την απόδειξη του ζημιογόνου γεγονότος, δηλαδή, της έλλειψης επαρκούς ενημέρωσης και του αιτιώδους συνδέσμου της πλημμέλειας αυτής με τη ζημία του.

5.3. ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

Τα άρθρα 104-106 ΕισΝΑΚ καθιερώνουν την αστική ευθύνη του Δημοσίου, που έγκειται στην υποχρέωση του Δημοσίου ή των ΝΠΔΔ να προβαίνουν στην αποκατάσταση των ζημιών που προκαλούνται από παράνομες πράξεις, παραλείψεις ή υλικές ενέργειες των οργάνων τους.

Η αστική ευθύνη του δημοσίου στηρίζεται αφενός στην αρχή του Κράτους Δικαίου και στην παρεπόμενη αρχή της νομιμότητας, υποστηρίζει αφετέρου το δικαίωμα για αποτελεσματική δικαστική προστασία κατ' άρθρον 20παρ.1 Συντ., καθώς και

το δικαίωμα της ισότητας όλων των υποκειμένων δικαίου έναντι των δημοσίων βαρών κατ'άρθρον 4 Συντ.

Ως προς τη φύση της αστικής ευθύνης του Δημοσίου, υπάρχει διχογνωμία στη θεωρία. Στην πλειοψηφία της γίνεται δεκτό, ότι πρόκειται για αντικειμενική ευθύνη, με την έννοια ότι αρκεί μόνο η βλάβη για να δημιουργηθεί υποχρέωση του Δημοσίου προς αποκατάσταση. Αυτή είναι και η βασική διαφορά της με την αστική ευθύνη των ιδιωτών, η στοιχειοθέτηση της οποίας προϋποθέτει την υπαιτιότητα (δόλο ή αμέλεια) του ζημιώσαντος. (Τυλλιανάκη, 2009-10). Η αντίθετη άποψη υποστηρίζει, ότι είναι εσφαλμένη η θεώρηση περί αντικειμενικής ευθύνης του Δημοσίου, καθώς το στοιχείο της υπαιτιότητας είναι σύμφυτο με την έννοια της παρανομίας, καθώς η παρανομία πάντα υποκρύπτει και υπαιτιότητα. (Τσαμπάση, 2008, σ. 527).

Όταν η ευθύνη του Δημοσίου έχει ως αιτία ιατρικά σφάλματα, δεν αφορά το κράτος εν γένει, αλλά τα συγκεκριμένα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, τα οποία λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Συγκεκριμένα, τα δημόσια νοσοκομεία ανήκουν στο σύστημα του ΕΣΥ και λειτουργούν ως αυτοτελή ΝΠΔΔ (άρθρο 7 παρ. 1 ν.3329/2005). Αναφορικά με τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, στην πλειοψηφία τους δεν πρόκειται για αυτοτελή ΝΠΔΔ, αλλά για κλινικές πανεπιστημιακές που λειτουργούν υπαγόμενα σε άλλα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ως αυτοτελή πανεπιστημιακά νοσοκομεία λειτουργούν το «Αττικόν» Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο και το «Αρεταίειο», τα οποία βέβαια υπάγονται και τα δύο στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών ως ΝΠΔΔ, κι ως εκ τούτου αντιμετωπίζονται όμοια με τα άλλα νοσοκομεία του ΕΣΥ. (Τυλλιανάκη, 2009-2010).

Με τα άρθρα 104-106 ΕισΝΑΚ καθιερώνεται συγκεκριμένα, η αδικοπρακτική ευθύνη των Νοσοκομείων του ΕΣΥ για τις ζημίες που υφίσταται ο ασθενής σε αυτά κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται, λοιπόν, για εξωσυμβατική ευθύνη, οι προϋποθέσεις της οποίας ομοιάζουν με την ευθύνη των άρθρων 914 επ. ΑΚ περί αδικοπραξιών. Ωστόσο, οι διατάξεις των άρθρων 104-106 ΕισΝΑΚ υπερισχύουν έναντι των γενικών διατάξεων 314 επ. ΑΚ, αφενός ως ειδικότερες, αφετέρου λόγω της αντικειμενικής ευθύνης που εισάγουν, καθώς δεν προϋποθέτουν υπαιτιότητα.

5.3.1. Προϋποθέσεις του άρθρου 105-106 ΕισΝΑΚ

Σύμφωνα με το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ «Για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του Δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το Δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος. Μαζί με το Δημόσιο ευθύνεται εις ολόκληρον και το υπαίτιο πρόσωπο, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων για την ευθύνη των υπουργών».

Όπως συνάγεται από τη διατύπωση της παραπάνω διάταξης, για τη θεμελίωση της αστικής ευθύνης του δημόσιου νοσοκομείου, πρέπει να πληρούνται σωρευτικά ορισμένες προϋποθέσεις θετικές και μία αρνητική, όπως αναλύονται παρακάτω:

i. Πράξη, παράλειψη, υλική ενέργεια

Ως προς την έννοια της ιατρικής πράξης, γίνεται δεκτός ο ορισμός που περιλαμβάνεται στο άρθρο 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν.3418/2005), σύμφωνα με τον οποίο, «Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.

ii. Όργανο του Δημοσίου

Στα όργανα του δημόσιου νοσοκομείου συγκαταλέγονται όχι μόνο οι ιατροί, αλλά και το παραϊατρικό προσωπικό του νοσοκομείου, νοσηλεύτές και μαίες, καθώς και όλοι οι άλλοι υπάλληλοι διοικητικοί, τεχνικοί και προσωπικό καθαριότητας και φύλαξης. Υποστηρίζεται, δηλαδή, ότι όταν επιχειρείται η στοιχειοθέτηση της αστικής ευθύνης του δημοσίου γενικά και όχι μόνο στις περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων,

ο όρος του «δημοσίου οργάνου» πρέπει να γίνεται αντιληπτός με την ευρύτερη έννοια , σύμφωνα με το ορισμό του δημοσίου υπαλλήλου κατά άρθρον 13 περ. α ΠΚ «Υπάλληλος είναι εκείνος στον οποίο νόμιμα έχει ανατεθεί έστω και προσωρινά , η άσκηση υπηρεσίας δημόσιας, δημοτικής ή κοινοτικής ή άλλου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου. (Τάχος , 2008, σ. 296) . Περιλαμβάνονται, δηλαδή, τα άτομα που ασκούν δημόσια εξουσία , είτε διακατέχονται με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα, είτε συνδέεται με το Δημόσιο με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου. (Δαγτόγλου, Γενικό Διοικητικό Δίκαιο, 2015).

iii. Άσκηση δημόσιας εξουσίας

Προϋπόθεση της θεμελίωσης της αστικής ευθύνης τους δημοσίου ή ΝΠΔΔ σύμφωνα με τα άρθρα 105-106 ΕισΝΑΚ είναι η ζημιογόνος πράξη, παράλειψη, ή υλική ενέργεια να διενεργείται στο πλαίσιο άσκησης δημόσιας εξουσίας .

Ως προς την έννοια της «Δημόσιας εξουσίας» , απάντηση έχει δώσει το Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο , σύμφωνα με το οποίο «Παρά δε τη συστατική διατύπωση του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ, που αναφέρεται σε πράξεις ή παραλείψεις κατά την άσκηση δημόσιας εξουσίας, η έννοια της διατάξεως αυτής είναι ότι η αγωγή αποζημίωσης κατά του Δημοσίου, των ΟΤΑ ή άλλων Ν.Π.Δ.Δ. για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων τους παρέχεται όχι μόνο στις περιπτώσεις ευθύνης από την έκδοση ή την παράλειψη εκδόσεως εκτελεστών διοικητικών πράξεων, αλλά και από υλικές ενέργειες που τελέσθηκαν σε συνάρτηση προς την οργάνωση και λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας ή εξ αιτίας αυτής και δεν συνδέονται με την ιδιωτική διαχείριση της περιουσίας των πιο πάνω προσώπων, ούτε οφείλονται σε προσωπικό πταίσμα οργάνου, που ενήργησε εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών του καθηκόντων» (ΑΕΔ 53/1995). Το ΑΕΔ ,λοιπόν, διαστέλλει την έννοια της δημόσιας εξουσίας , προσεγγίζοντας περισσότερο την έννοια της δημόσιας υπηρεσίας.

Ακόμη, αναγκαία προϋπόθεση είναι και η ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας εξωτερικής και εσωτερικής. Εξωτερική συνάφεια καλείται η αιτιώδης σχέση της ζημιογόνου πράξης, παράλειψης ή υλικής ενέργειας (π.χ. ιατρικού σφάλματος) με τη ζημία του ασθενούς. «Η συνάφεια αυτή συντρέχει όταν κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας και της λογικής, βάσει των πραγματικών δεδομένων της συγκεκριμένης περιπτώσεως, η πράξη ή παράλειψη, κατά το χρόνο και τους όρους που έγινε ,

ήταν ικανή, κατ'αντικειμενική πρόγνωση και σύμφωνα με τη συνήθη πορεία των πραγμάτων (χωρίς τη μεσολάβηση , τελείως άσχετων ή έκτακτων και ασυνήθιστων περιστατικών) να επιφέρει τη ζημία. (ΣΤΕ 4776/1997). Εσωτερική καλείται αντίστοιχα η αιτιώδης σχέση ανάμεσα στην ζημιογόνο πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια και το ανατεθειμένο καθήκον δημόσιας εξουσίας , πρέπει εν ολίγοις το ζημιογόνο γεγονός ,όπως υποστηρίζεται και νομολογιακά, να τελείται «κατά την άσκηση των νόμιμων καθηκόντων», «επ' ευκαιρία» , αλλά και « κατά κατάχρηση αυτών». Στην περίπτωση του ιατρικού σφάλματος συγκεκριμένα, ο γιατρός , εφόσον ανήκει σε δημόσιο νοσοκομείο αποκτά την ιδιότητα του οργάνου. Αν εκλείπει το στοιχείο αυτό της εσωτερικής συνάφειας, διακόπτεται και πάλι η αιτιώδης σχέση και είναι δυνατή μόνο η προσωπική του ευθύνη ως όργανο . (Τυλλιανάκη , 2009-2010, σ. 30)

iv. Το στοιχείο της «παρανομίας»

Για το χαρακτηρισμό της πράξης, παράλειψης ή υλικής ενέργειας ως παράνομης, δεν υπάρχει ειδική μνεία στα άρθρα 105-106 ΕισΝΑΚ. Ως εκ τούτου, επιχειρείται η ερμηνευτική προσέγγιση της έννοια της παρανομίας μέσω της νομολογίας και της θεωρίας. Γενικά, γίνεται δεκτό ότι η παρανομία είναι δυνατό να συνίσταται στη μη τήρηση της οφειλόμενης κατά τα συναλλακτικά ήθη καλόπιστης συμπεριφοράς, καθώς και στην παράβαση οποιουδήποτε κανόνα δικαίου. Ειδικά, ως προς την παρανομία στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας, κρίσιμο σημείο είναι τα μέτρα επιμέλειας , δηλαδή η *de lege artis* διενέργεια ιατρικών πράξεων, σύμφωνα με τους κοινώς παραδεδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τα καθιερωμένα ιατρικά πρότυπα και την επαγγελματική πείρα. Πρόκειται, επομένως, για τα συνήθη ιατρικά σφάλματα σε οποιοδήποτε στάδιο της ιατρικής αγωγής καθώς και για τις αυθαίρετες ιατρικές πράξεις, λόγω έλλειψης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την πάγια αντίληψη της νομολογίας «Ο παράνομος χαρακτήρας μιας ιατρικής πράξης που έχει θεραπευτικό σκοπό προκύπτει, είτε όταν διαπιστώνεται κάποιο ιατρικό σφάλμα κατά τη διενέργειά της, είτε όταν αυτή διενεργείται χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς και μάλιστα ανεξάρτητα από την επιτυχή έκβασή της» (296/2018 ΕΦ ΑΘ)

v. Παράβαση διάταξης κείμενης για λόγους δημοσίου συμφέροντος

Η αρνητική αυτή προϋπόθεση του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ , αποτελεί, κατ'ουσίαν λόγο άρσης της παρανομίας της ζημιογόνου συμπεριφοράς. Δε θεμελιώνεται , εν ολίγοις, ευθύνη της Δημόσιας Διοίκησης , εάν η ζημιογόνος συμπεριφορά συσχετίζεται με την «παράβαση κανόνα , εκ του οποίου δεν πηγάζει συγκεκριμένο δικαίωμα του διοικούμενου που ζημιώθηκε, επειδή ο κανόνας αυτός είχε θεσπιστεί αποκλειστικά και μόνον προς χάρη του δημοσίου συμφέροντος ή του συμφέροντος του ΝΠΔΔ ή άλλου τρίτου προσώπου, έστω και αν από την παράβαση αυτήν προσβλήθηκε έμμεσα δικαίωμα (ΣτΕ1920/1993)» (Σπηλιωτόπουλος, 2011, σ. 237). Η περίπτωση αυτή βρίσκει πολύ σπάνια πρακτικό αντίκρισμα , καθώς η διασταλτική της ερμηνεία θα εγκυμονούσε τον κίνδυνο σημαντικού περιορισμού της αστικής ευθύνης του Δημοσίου . Έτσι η νομολογία προχωρά σε συσταλτική ερμηνεία και την εφαρμόζει με μεγάλη φειδώ σε συγκεκριμένες μόνο περιπτώσεις.

Αντίθετα, η ευθύνη του Δημοσίου είναι αναντίρρητη σε περιπτώσεις παράβασης διατάξεων κείμενων για χάρη του δημοσίου συμφέροντος, από τις οποίες πηγάζουν, όμως, συγκεκριμένα δικαιώματα για το διοικούμενο. (π.χ προστασία της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας κτλ. ΣτΕ 1920/1993). (Σπηλιωτόπουλος, 2011) Καθίσταται, βέβαια, σαφές , ότι στην υπό κρίση περίπτωση των ιατρικών σφαλμάτων και των αυθαίρετων ιατρικών πράξεων για την ίδρυση αστικής ευθύνης του δημοσίου νοσοκομείου , δεν μπορεί να βρει πρακτική εφαρμογή.

vi. Ζημία

Η ζημία, γίνεται αντιληπτή στο πλαίσιο των αρ. 105-106 ΕισΝΑΚ , όπως ακριβώς και στο αστικό δίκαιο, ως « βλάβη των έννομων , άυλων ή υλικών αγαθών του διοικουμένου, δηλαδή της περιουσίας, της ζωής, της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας, της ελευθερίας, της τιμής..» (Σπηλιωτόπουλος, 2011, σ. 233). Μπορεί να είναι είτε περιουσιακή , είτε μη περιουσιακή (με τη μορφή ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης). Περιουσιακή θεωρείται η ζημία, όταν βλάπτονται είτε δικαιώματα του διοικουμένου που προβλέπονται από το ιδιωτικό δίκαιο (εμπράγματα, ενοχικά , επί άυλων αγαθών), είτε δημόσια δικαιώματα ή έννομα συμφέροντα προβλεπόμενα από το διοικητικό δίκαιο (δηλαδή η δυνατότητα του διοικουμένου να αξιώσει ορισμένη παροχή ή αποχή από ενέργεια από το Δημόσιο ή άλλο ΝΠΔΔ.), είτε όταν

επιβάλλονται υποχρεώσεις αποτιμητές σε χρήμα. Περαιτέρω, η περιουσιακή ζημία διακρίνεται α) σε θετική, που έγκειται στην πραγματική μείωση της περιουσίας από τη ζημιολόγο πράξη ή παράλειψη και β) σε αποθετική ή διαφυγόν κέρδος, όταν η πράξη ή παράλειψη είχε ως αποτέλεσμα τη ματαίωση αύξησης της περιουσίας. Ηθική βλάβη συνιστά η προσβολή αγαθών στενά συνδεδεμένων με την προσωπικότητα του διοικουμένου, όπως η ζωή, η σωματική ακεραιότητα, η επαγγελματική πίστη, η τιμή κτλ. (Σπηλιωτόπουλος, 2011, σ. 234).

Όσον αφορά συγκεκριμένα την αστική ευθύνη των δημόσιων νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ κατά 105-106 ΕισΝΑΚ, καθίσταται σαφές, ότι η ζημία πρέπει να λαμβάνει χώρα κατά την παραμονή του ασθενούς στους χώρους νοσηλείας τους. Η ζημία αυτή μπορεί να προκληθεί είτε από πράξεις παραλήψεις ή υλικές ενέργειες τόσο του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού (όταν πρόκειται για ιατρικά σφάλματα και αυθαίρετη ιατρική πράξη), αλλά κι εν γένει του προσωπικού του νοσοκομείου, τεχνικού, βοηθητικού και διοικητικού, (για παράδειγμα πλημμελής συντήρηση των μηχανημάτων εκ μέρους του τεχνικού προσωπικού με αποτέλεσμα τη βλάβη του ασθενούς, ή πλημμελής καθαριότητα με αποτέλεσμα τις λοιμώξεις των ασθενών από κακές συνθήκες υγιεινής). Βέβαια, οι πιο συνηθισμένες περιπτώσεις αστικής ευθύνης του νοσοκομείου που απασχολούν συχνά τις αίθουσες των δικαστηρίων, αποτελούν τα ιατρικά σφάλματα κατά την νοσηλεία των ασθενών, η μη τήρηση δηλαδή των απαιτούμενων μέτρων επιμέλειας του ιατρού κατά τα αποδεκτά ιατρικά πρότυπα.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η αστική ευθύνη του δημόσιου νοσοκομείου ως ΝΠΔΔ κατά τα αρ. 105-106 ΕισΝΑΚ μπορεί να προέρχεται είτε α) από την πλημμελή συμπεριφορά των ιατρών (ιατρικά σφάλματα, αυθαίρετες ιατρικές πράξεις) που έχει ως επακόλουθο βλάβη της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς κατά το διάστημα νοσηλείας του, είτε β) από ζημιολόγες πράξεις, παραλείψεις ή υλικές ενέργειες του υπόλοιπου διοικητικού, βοηθητικού και τεχνικού προσωπικού που εντάσσονται κυρίως στο πλαίσιο οργάνωσης του νοσοκομείου ως δημόσιας υπηρεσίας.

Σε περίπτωση κατάφασης της αστικής ευθύνης του νοσοκομείου, η αξίωση του ζημιωθέντος ασθενούς προς αποζημίωση πραγματώνεται δικονομικά μέσω της άσκησης αγωγής ενώπιον του αρμόδιου διοικητικού πρωτοδικείου. Σε δεύτερο βαθμό αρμόδιο ορίζεται το διοικητικό εφετείο, η απόφαση του οποίου υπόκειται σε

αίτηση αναιρέσεως ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στον Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας.

5.3.2. Σώρευση αστικής με άλλες μορφές ευθύνης- Προσωπική ευθύνη του γιατρού ως όργανο

Σύμφωνα με το εδ.β' του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ «Μαζί με το δημόσιο ευθύνεται εις ολόκληρον και το υπαίτιο πρόσωπο, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων για την ευθύνη των υπουργών.». Εντούτοις, με βάση το άρθρο 38 παρ. 1 του Υπαλληλικού Κώδικα (ν. 2683/1999, όπως τροποποιήθηκε με το ν. 3528/2007) που ρυθμίζει την αστική ευθύνη, ορίζει μεταξύ άλλων πως: «Ο υπάλληλος ευθύνεται έναντι του Δημοσίου για κάθε ζημιά την οποία προξένησε σε αυτό από δόλο ή βαρεία αμέλεια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του. Ο υπάλληλος ευθύνεται επίσης για την αποζημίωση την οποία κατέβαλε το Δημόσιο σε τρίτους για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, εφόσον οφείλονται σε δόλο ή βαρεία αμέλεια. Ο υπάλληλος δεν ευθύνεται έναντι των τρίτων για τις ανωτέρω πράξεις ή παραλείψεις του.» Συνεπώς, κατά του ζημιωθέντος ασθενούς, εν προκειμένω, ευθύνεται μόνο το δημόσιο νοσοκομείο ως ΝΠΔΔ, και όχι ο ιατρός ατομικά. Ο ιατρός ευθύνεται ως υπάλληλος μόνο έναντι του Νοσοκομείου που κατέβαλε την αποζημίωση εξαιτίας της δικής του πλημμέλειας. Εξ' άλλου όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η επικρατούσα τάση τόσο στη θεωρία όσο και στη νομολογία, προκρίνει στο πλαίσιο του αρ.105 ΕισΝΑΚ την υιοθέτηση της ευρείας έννοιας του δημοσίου υπαλλήλου σύμφωνα με το 13 εδ. α' ΠΚ, στη ρυθμιστική εμβέλεια του οποίου εντάσσεται αναμφίβολα όλο το προσωπικό του νοσοκομείου, ιατρικό και μη. Ως εκ τούτου, σε περίπτωση έγερσης σχετικής αγωγής αποζημίωσης δε νομιμοποιείται παθητικά το προσωπικό του νοσοκομείου, αλλά το ίδιο το νοσοκομείο ως ΝΠΔΔ, στο οποίο υπηρετεί ο ζημιώσας υπάλληλος.

Ξεχωριστό ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση των πανεπιστημιακών ιατρών. Πρόκειται για ιατρούς, μέλη Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού κάποιας ιατρικής σχολής των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της χώρας που προσφέρουν και τις υπηρεσίες τους σε κάποιο νοσοκομείο του ΕΣΥ (αφού αμιγώς πανεπιστημιακά είναι μόνο το Αρεταίειο, το Αττικόν και το Αιγινήτειο). Το άρθρο 16παρ.

6 του Συντάγματος ορίζει ότι «Οι καθηγητές των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων είναι δημόσιοι λειτουργοί » ενώ το άρθρο 13 Ν.1268/1982 στην παρ. 4 ορίζει αντίστοιχα πως : «Τα μέλη του Δ.Ε.Π. είναι δημόσιοι λειτουργοί. Οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα που προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία για τους καθηγητές των Α.Ε.Ι. επεκτείνονται εφεξής στο σύνολο των μελών του Δ.Ε.Π.». Φαίνεται λοιπόν ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί συγκεντρώνουν στο πρόσωπό τους δύο ιδιότητες. Αφενός την ιδιότητα του μέλους ΔΕΠ των ΑΕΙ , με τις ευεργετικές διατάξεις περί ακαδημαϊκής ελευθερίας και αυτή του ιατρού του ΕΣΥ (εφόσον στην πλειοψηφία τους πρόκειται για πανεπιστημιακές κλινικές υπαγόμενες σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, με την εξαίρεση των τριών αμιγώς πανεπιστημιακών νοσοκομείων που υπάγοντα στο ΕΚΠΑ), που υπάγεται σε καθεστώς ανάλογο με αυτό του δημοσίου υπαλλήλου.

Ως προς την αστική ευθύνη που υπέχουν οι πανεπιστημιακοί γιατροί , επικράτησε για πολλά χρόνια προβληματισμός τόσο στη θεωρία , όσο και στη νομολογία. Η κυρίαρχη νομολογιακή τάση για πολλά χρόνια ακολουθούσε το εξής σκεπτικό: «η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου ΕΣΥ θεωρείται όργανο του νοσοκομείου και μπορεί να θεμελιωθεί ευθύνη του τελευταίου προς αποζημίωση από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του ιατρικού προσωπικού σύμφωνα με το 105 -106 ΕισΝΑΚ .» (2736/2007 ΣτΕ) . «Ωστόσο , η μη υπαγωγή, κατ` ανάλογη εφαρμογή, λόγω της έλλειψης ρητής ρύθμισης, των πανεπιστημιακών καθηγητών στην ευνοϊκή νομοθετική ρύθμιση για το ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων και υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. έναντι των τρίτων για τη ζημία που προκάλεσαν σε αυτούς από παράνομη πράξη ή παράλειψή τους κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, είτε στο δημόσιο, είτε σε Ν.Π.Δ.Δ., κατά το χρονικό διάστημα που ίσχυε ο κωδικοποιημένος με το ΠΔ 611/1977 Υπαλληλικός Κώδικας (από 15-7-1977 έως 9-4-1999), συνάδει προς την ιδιότητα αυτών ως ανωτάτων δημοσίων λειτουργών με αυξημένο κύρος και με την απ` αυτήν απορρέουσα πρόσθετη ευθύνη από εκείνη του απλού δημοσίου υπαλλήλου, κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους, καίτοι παράλληλα και ταυτόχρονα ασκούν και το λειτούργημα του ιατρού του Ε.Σ.Υ., με την επισήμανση ότι με δική τους επιλογή και ευθύνη και για δικό τους όφελος κατείχαν τη θέση του Καθηγητή σε Α.Ε.Ι. παράλληλα με τη θέση του ιατρού υπαγομένου στο Ε.Σ.Υ.» (3/2009 ΑΠ-Ολμο). Εν ολίγοις , η νομολογία , λόγω της θέσης αυξημένου κύρους κι ευθύνης που κατείχαν οι πανεπιστημιακοί γιατροί, προέκρινε τη διαφορετική με-

ταχείρισή τους σε σχέση με τους γιατρούς του ΕΣΥ, υποστηρίζοντας την προσωπική ευθύνη των πανεπιστημιακών γιατρών με την ατομική τους παρουσία για ζημία που έχουν προκαλέσει σε τρίτους κατά την ενάσκηση των ιατρικών τους καθηκόντων σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Η νομολογιακή αυτή τάση, βέβαια, δέχθηκε μεγάλη αποδοκιμασία από τον κύκλο των θεωρητικών με βασικό επιχείρημα την παραβίαση της θεμελιώδους αρχής της ισότητας κατ' άρθρον 4 παρ. 1 του Συντ.

Λύση στο παραπάνω νομικό πρόβλημα, έδωσε εν τέλει ο νομοθέτης με το Νόμο 3754/2009 (ΦΕΚ Α 43/11.03.2009). Στο Άρθρο 1 παρ.2 εδ. γ' του ν. 2754/2009 (όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 6 του ν.4498/2017) ορίζει ρητά ότι «Οι ισχύουσες για την αστική ευθύνη των νοσοκομειακών ιατρών διατάξεις εφαρμόζονται και για τους πανεπιστημιακούς ιατρούς», εξομοιώνοντας κατά αυτό τον τρόπο το νομικό καθεστώς αναφορικά με την αστική ευθύνη των γιατρών του ΕΣΥ με τους πανεπιστημιακούς γιατρούς. (Τυλλιανάκη, 2009-2010)

5.4.ΠΟΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΙΑΤΡΟΥ

Η αστική ευθύνη, όπως αναλύθηκε, έχει αποκαταστατικό σκοπό, ιδρύεται δηλαδή πάνω στην αξίωση του ασθενούς για αποκατάσταση της ζημίας που υπέστη από το ιατρικό σφάλμα ή την αυθαίρετη ιατρική πράξη, αξίωση που στρέφεται αποκλειστικά κατά του ιατρού ή του Νοσοκομείου ως ΝΠΔΔ, εφόσον πρόκειται για γιατρό του ΕΣΥ.

Ωστόσο, η ευθύνη του ιατρού έχει τριπλή διάσταση. Εκτός από την αστική, ο ιατρός υπέχει πειθαρχική και ποινική ευθύνη για την εκάστοτε πλημμελή του συμπεριφορά.

5.4.1. Ποινική ευθύνη

Αναφορικά με την ποινική ευθύνη του ιατρού, πρόκειται για τη «δημόσια αποδοκιμασία» της πολιτείας, για την προσβολή ενός εννόμου αγαθού όπως είναι η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα. Η ποινική ευθύνη έχει κυρωτική διάσταση, προσβλέπει, δηλαδή, στην τιμώρηση του δράστη-ιατρού, στο ευρύτερο πλαίσιο των ειδικοπροληπτικών σκοπών του Ποινικού Δικαίου.

Τα ποινικά αδικήματα , στα οποία μπορεί να υποπέσει ο ιατρός κατά την ενάσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων κατατάσσονται σε εγκλήματα από πρόθεση και σε εγκλήματα από αμέλεια. Εγκλήματα που ο γιατρός διαπράττει από δόλο ,που προβλέπονται ρητά στον Ποινικό Κώδικα και εντάσσονται στο πλαίσιο ενάσκησης των επαγγελματικών του καθηκόντων μπορούν να είναι ενδεικτικά η άμβλωση (αρ. 304ΠΚ),η ανθρωποκτονία με συναίνεση (αρ.300ΠΚ), η εκ προθέσεως σωματική βλάβη (308 ΠΚ), η παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής(307 ΠΚ), καθώς και κάθε άλλο έγκλημα του Ποινικού Κώδικα που γίνεται «επ’ ευκαιρία» ή «κατά κατάχρηση» του καθήκοντος παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, ωστόσο, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται κυρίως στις περιπτώσεις που η άδικη πράξη οφείλεται σε ιατρικό σφάλμα , οπότε γίνεται λόγος για τις περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας. Οι πιο συνηθισμένες περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας που απασχολούν τα ποινικά δικαστήρια της χώρας, αφορούν σε ανθρωποκτονίες εξ αμελείας (αρ. 302 ΠΚ) και σωματικές βλάβες από αμέλεια (αρ.314 ΠΚ). Για την κατάφαση εγκλημάτων ιατρικής αμέλειας , ισχύουν όλες οι γενικές προϋποθέσεις που ισχύουν για οποιοδήποτε έγκλημα του ΠΚ εξ αμελείας τελούμενο. Να τονιστεί εν προκειμένω, ότι η αμέλεια δεν είναι απλώς η έλλειψη δόλου, αλλά αποτελεί ένα αυτοτελές στοιχείο υποκειμενικής αιτιότητας, η ύπαρξη του οποίου πρέπει να αποδειχθεί, προκειμένου να καταφαθεί το έγκλημα και να στοιχειοθετηθεί ευθύνη. (Μανωλεδάκης , 2005). Η αμέλεια ως στοιχείο της υποκειμενικής υπόστασης του εγκλήματος , που πρέπει να καλύπτει όλα τα στοιχεία της αντικειμενικής του υπόστασης(δηλ. της συντελούμενης πράξης ή παράλειψης), στοιχειοθετείται «όταν το αποτέλεσμα της πράξης ή της παράλειψης του δράστη δεν καλύπτεται από τη βούλησή του, θα μπορούσε όμως να έχει αποφευχθεί ,αν αυτός κατέβαλλε την κοινωνικά απαιτούμενη προσοχή και επιμέλεια, την οποία μπορούσε στη συγκεκριμένη περίπτωση να καταβάλλει.» (Μανωλεδάκης , 2005, σ. 216)

Σύμφωνα με το αρ. 28 ΠΚ «Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεπε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν.». Η αμέλεια , επομένως, στον ποινικό κώδικα συντίθεται από δύο στοιχεία: α) το αντικειμενικό στοιχείο(αρ.28 ΠΚ «..έλλειψη προσοχής ... που όφειλε να καταβάλλει» και β) το υποκειμενικό

(«...έλλειψη προσοχής ...που μπορούσε να καταβάλλει») . Μάλιστα , η έλλειψη προσοχής πρέπει να καταλαμβάνει όχι μόνο την πράξη ή παράλειψη , αλλά και το αποτέλεσμα που επέρχεται από αυτήν. Σε πρώτο επίπεδο, το αντικειμενικό στοιχείο της αμέλειας , το κατά πόσο δηλαδή ο δράστης όφειλε να καταβάλλει προσοχή την οποία δεν κατέβαλε, ελέγχεται , - όπως γίνεται παγίως νομολογιακά δεκτό- «με βάση την προσοχή που οφείλει να καταβάλει κάθε μετρίως συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος κάτω από τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν στις συναλλαγές, την κοινή πείρα και η λογική» (ΑΠ 724/99). Βέβαια, όσον αφορά ειδικά τις περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας, η νομολογία έχει κρίνει , ότι από μόνη της η ιατρική ιδιότητα ανάγεται σε κρίσιμο στοιχείο , με επίκληση στην επιμέλεια που θα όφειλε ο μέσος συνετός ιατρός της ειδικότητάς του στις συγκεκριμένες συνθήκες. (Τσιριγώτη, 2017). Σε δεύτερο επίπεδο (εφόσον διαπιστωθεί ότι ο δράστης δεν κατέβαλε την προσοχή που όφειλε), ερευνάται το υποκειμενικό στοιχείο της αμέλειας, το αν ο γιατρός μπορούσε , δηλαδή, με βάση τις υποκειμενικές του γνώσεις, δεξιότητες κ.τ.λ. να δείξει μεγαλύτερη προσοχή στο εν λόγω περιστατικό . Πρόκειται για το λεγόμενο «άλλως δύνασθαι πράττειν» της ενοχής , το οποίο πρέπει πάντα να λειτουργεί προς όφελος του κατηγορούμενου. (Μανωλεδάκης , 2005, σ. 238)

Παρ'όλο που η αεροπαγίτικη νομολογία παγίως προσεγγίζει την αμέλεια ως ένα αυστηρά υποκειμενικό στοιχείο κατά το άρθρο 28 ΠΚ , η θεωρία έχει αναπτύξει τη συνεχώς διευρυνόμενη άποψη , ότι η αμέλεια έχει και αντικειμενική πλευρά, κάνοντας λόγο για «εξωτερική αμέλεια». Υποστηρίζει , δηλαδή, «ότι για την πλήρωση της αντικειμενική υπόστασης των εγκλημάτων αμέλειας , δεν αρκεί η διαπίστωση μιας πράξης ή παράλειψης , όπως στα εγκλήματα δόλου, αλλά πρέπει να βεβαιώνεται η πλημμελής διεξαγωγή ενός εγχειρήματος, ένα σφάλμα στη συμπεριφορά του δράστη». Με βάση τη θεωρία αυτή, απαιτείται αιτιώδης συνάφεια όχι μεταξύ της πράξης ή παράλειψης με το αποτέλεσμα, αλλά μεταξύ του σφάλματος με το αποτέλεσμα. (Μανωλεδάκης , 2005, σ. 241). Εν προκειμένω, θα πρέπει ο ιατρός να λειτουργεί κατ' απόκλιση των γενικώς παραδεδωγμένων κανόνων της ιατρικής , εφαρμόζοντας μια επικίνδυνη για την υγεία του ασθενούς πρακτική. Σε αντίθετη περίπτωση, αν αποδειχθεί ότι η επιλεγμένη μέθοδος ήταν η επιστημονικά ενδεδειγμένη, ότι ο ασθενής ήταν ενημερωμένος και είχε συναινέσει έγκυρα επ' αυτής (άρθρα 11 και 12 ΚΙΔ) , και η ιατρική πράξη εφαρμόστηκε *lege artis* , δεν μπορεί

να στοιχειοθετηθεί εξωτερική αμέλεια και κατ' επέκταση ποινική ευθύνη του ιατρού. (Τσιριγώτη, 2017)

5.4.2. Πειθαρχική ευθύνη

Εκτός από την αστική και ποινική του ευθύνη, ο ιατρός μπορεί να υπέχει και πειθαρχική ευθύνη. Η πειθαρχική ευθύνη του ιατρού έγκειται στην υποβολή κυρώσεων από τα αρμόδια όργανα του Ιατρικού συλλόγου, όταν διαπιστωθούν συγκεκριμένες παραβάσεις. Σκοπός της πρόβλεψης πειθαρχικών κυρώσεων από το αρμόδιο επαγγελματικό όργανο, είναι η αποκατάσταση της αξιοπρέπειας και του κύρους του ιατρικού λειτουργήματος, που εθίγη με υπαιτιότητα κάποιου από τα μέλη του.

Η επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων εις βάρος του ιατρού αποτελεί μια αμιγώς νομική διαδικασία και προκειμένου να καταφασθεί η πειθαρχική ευθύνη απαιτείται η διαπίστωση παράβασης διατάξεων που ρυθμίζουν κατά τρόπο γενικό την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Συγκεκριμένα, το πειθαρχικό δίκαιο των ιατρών θεσπίζεται με το Ν. 4512/2018, Κεφάλαιο Γ', Άρθρα 319 επ., όπου προβλέπει συγκεκριμένα τα παραπτώματα που επισύρουν την πειθαρχική ευθύνη του ιατρού. Συγκεκριμένα, ως πειθαρχικό παράπτωμα σύμφωνα με το άρθρο 319 παρ. 1, θεωρείται: «α) κάθε παράβαση των καθηκόντων και υποχρεώσεων των ιατρών, όπως ορίζονται στο νόμο καθώς και στις νόμιμες αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου και του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., β) διαγωγή που δεν συνάδει με την αξιοπρέπεια του ιατρικού επαγγέλματος, γ) διαγωγή που είναι ασυμβίβαστη προς το λειτούργημα του ιατρού, δ) συμπεριφορά που δεν συνάδει με την ιατρική ηθική, επιστήμη και δεοντολογία ή που μπορεί να κλονίσει την πίστη της κοινωνίας προς το ιατρικό λειτούργημα.

Αρμόδιοι για την εκδίκαση και την επιβολή πειθαρχικής κύρωσης θεωρούνται ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου ή το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου (άρθρο 319 παρ. 1 Ν.4512/2018.) Οι πειθαρχικές κυρώσεις που μπορούν να επιβληθούν είναι με σειρά βαρύτητας, σύμφωνα με το άρθρο 322: α) Έγγραφο επίπληξη, η οποία καταχωρείται στο μητρώο, όπως και κάθε άλλη ποινή, β) Πρόστιμο. Το κατώτατο πρόστιμο ορίζεται στο ποσό των εκατόν πενήντα (150) ευρώ και το ανώτατο στο ποσό των είκοσι χιλιάδων (20.000) ευρώ, γ) Προσωρινή παύ-

ση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος από ένα (1) μήνα μέχρι τρία (3) έτη και δ) Οριστική παύση. Η οριστική παύση επιβάλλεται σε περίπτωση βαρέων πειθαρχικών παραπτώματων, που αποτελούν κατά το ποινικό δίκαιο κακουργήματα ή τελούμενα καθ' υποτροπή πλημμελήματα καθώς και εκείνα που προβλέπονται από την παράγραφο 2 του άρθρου 321, και σε σοβαρά πειθαρχικά αδικήματα, τελούμενα καθ' επάγγελμα ή καθ' υποτροπή.

Κατά της απόφασης του Πειθαρχικού συμβουλίου, χωρεί έφεση εντός δέκα ημερολογιακών ημερών από την επίδοση της απόφασης . Σε δεύτερο βαθμό επιλαμβάνεται το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών , που όταν δικάζει ως δευτεροβάθμιο όργανο έχει τη δυνατότητα να διατάξει νέα Ένορκη Διοικητική Εξέταση ή ανάκριση , σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 326 και 327 Ν. 4512/2018.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

6.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Στη σύγχρονη εποχή του τεχνολογικού παροξυσμού κι ανάπτυξης η ανθρωπότητα έγινε μάρτυρας ραγδαίας ανάπτυξης στον τομέα της βιοτεχνολογίας. Η βιοτεχνολογία έχει αυξήσει την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων, η ιατρική τεχνολογία είναι πλέον στη ζωή μας και το βιοτικό επίπεδο έχει ανέλθει. Από την άλλη πλευρά, σε επιστημονικό επίπεδο, εκφράζονται αρκετοί φόβοι και ηθικά διλήμματα για την ταχύτητα της τεχνολογίας, την επανάσταση της θεραπευτικής, τις παρεμβάσεις πάνω στον άνθρωπο, την κατάφορη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όλοι οι παραπάνω προβληματισμοί οδήγησαν κατά καιρούς στη νομική οριοθέτηση του χώρου του επιστήμονα και των παρεμβάσεων του καθώς και στην Ιατρική Δεοντολογία. Για να εξασφαλιστεί το μέλλον του ανθρώπου απαιτείται όμως βασικός έλεγχος και αυτά τα κενά και τα ηθικά διλήμματα που δημιουργήθηκαν αποτέλεσαν την αφετηρία δημιουργίας ενός νέου επιστημονικού κλάδου, της Βιοηθικής.

Η Βιοηθική, εμφανίστηκε στο επιστημονικό προσκήνιο ως όρος στις αρχές της δεκαετίας του 1970 στις Η.Π.Α., σε μια προσπάθεια συμμετοχής ασθενών σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Με τη μορφή που υπάρχει σήμερα, μια πρώτη προσέγγιση λαμβάνει χώρα στη δίκη της Νυρεμβέργης (1945), όπου διατυπώθηκαν κώδικες ηθικής δεοντολογίας σχετικά με τις ιατρικές έρευνες κι επιπτώσεις πάνω στον ανθρώπινο οργανισμό.

Σύμφωνα με τον Ν.Κόιο τα αίτια που οδήγησαν στη γένεση της Βιοηθικής είναι οι τελευταίες ανακαλύψεις κι εφαρμογές της ιατρικής επιστήμης και βιολογίας, οι οποίες προκάλεσαν σημαντικές αλλαγές στις σχέσεις ιατρών κι ασθενών, στη γενική θεώρηση της υγείας, της ζωής και λειτουργίας των έμβιων όντων. (Κόιος, 2003). Θέματα όπως η γονιδιακή θεραπεία, ο γενετικός έλεγχος, η κλωνοποίηση, η εξωσωματική γονιμοποίηση, οι μεταμοσχεύσεις κι άλλα συναφή, στα οποία επισημαίνονται ευεργετήματα και κίνδυνοι ταυτόχρονα, ήταν αδύνατον να αντιμετωπιστούν με την «κλασική» ηθική διάσταση της ιατρικής. Εμφανίστηκε, λοιπόν, ένα

νέο πεδίο έρευνας και προβληματισμού, η Βιοηθική. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιαζάκης, Άννα Μαυροφόρου -Γιαννούκα, 2012).

Η Βιοηθική επιστήμη ανάγεται στην αρχαία εποχή ,όπου η θεραπευτική δύναμη στηριζόταν σε μεταφυσική ή θεία δωρεά με τη συνοδεία τελετουργικών και προσευχής. Πάντοτε, όμως, υπήρχε ο φόβος εάν η θεραπεία λειτουργήσει προς όφελος του ασθενή ή όχι και υπήρχαν περιορισμοί και αξιώματα που ρύθμιζαν τα όρια της επιστήμης. (Προκοπίου , 2000).Επίσης ,στον όρκο του Ιπποκράτη για πρώτη φορά εμφανίζεται ο όρος «ήθος» στην ιατρική θεραπεία αλλά με το πέρασμα των αιώνων οι ηθικοί κανόνες του Ιπποκράτη παραμερίστηκαν μπροστά στις νέες επιστημονικές προκλήσεις και στη δημιουργία ηθικών διλημμάτων. (Κόιος, 2003).

Σήμερα διεθνώς αναγνωρίζεται ο όρος «Bioethics-Βιοηθική» ,τον οποίο πρωτοχρησιμοποίησαν οι: Van Renssealer Potter (ερευνητής ογκολόγος στο Πανεπιστημίου Madison στο Wisconsin) και Andre Hellegers (ογκολόγος στο Πανεπιστήμιο Georgetown).Για τη δημιουργία του όρου χρησιμοποίησαν το συνθετικό bio ,από το ελληνικό βίος, ως αντιπροσωπευτικό της βιολογικής γνώσης ,και το δεύτερο συνθετικό *ethics* από την ελληνική λέξη ηθική για να προσδιορίσουν το ηθικό σύστημα αξιών. (Κόιος, 2003).Ο επιστημονικός αυτός όρος προσδιορίζει τους σκοπούς της συγκεκριμένης επιστήμης οι οποίοι οδηγούν στην ανάπτυξη της τεχνολογίας ,της ιατρικής ,της βιοτεχνολογίας ,της βιολογίας, της φυσικής και της χημείας σε συνεργασία με την έντονη παρουσία του σεβασμού, της πίστewς στην υπεράνω του ανθρώπου δύναμη.

Καταληκτικά, υπάρχει μια ευρύτητα στην προσέγγιση του όρου της Βιοηθικής. Ουσιαστικά μελετά τη σχέση του ανθρώπου με όλο τον έμβιο κόσμο κι απαιτεί τη συνεργασία της κλασικής Ηθικής με τις επιστήμες της Ιατρικής, της Βιολογίας ,της Γενετικής, της Νομικής ,της Φιλοσοφίας και της Θεολογίας, της τεχνολογίας. Συνεπώς ,η Βιοηθική έχει την αποστολή να αξιολογήσει την τολμηρή πρόοδο και να δει αν και σε ποιο βαθμό συμβαδίζει με τις εν γένει παραδεκτές αξίες που διέπουν τη ζωή του ανθρώπου. (Σκουτέρης).Καλείται να αντιμετωπίσει τους νέους ηθικούς προβληματισμούς ,τους οποίους δημιούργησε και δημιουργεί η έρευνα στο χώρο της Βιολογίας και της Ιατρικής και το αντικείμενο του προβληματισμού εστιάζεται σε ηθικές αρχές. Για την προσέγγιση του όρου *ήθος* χρησιμοποιούνται τύποι ηθικών θεωριών. Στόχος των ηθικών θεωριών αποτελεί η συνοχή και η αλληλουχία

στη δημιουργία των αποφάσεών μας ,καθώς και η ανάπτυξη του συναισθήματος της ευθύνης απέναντι στην επιλογή των αποφάσεών μας.

Βασικές ηθικές θεωρίες στο πλαίσιο της Βιοηθικής είναι οι ακόλουθες:

- i. Δεοντολογισμός: Η θεωρία του δεοντολογισμού υποστηρίζει το διαχωρισμό μεταξύ ενεργειών κι αποτελεσμάτων, υποδηλώνει το «δέον» και υπογραμμίζει τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα ,τα οποία είναι απαραίτητα και πρωταρχικά ώστε να μην καταπατούνται οι ηθικές υποχρεώσεις από τις προσωπικές φιλοδοξίες και την ιδιοτέλεια. Υποστηρικτές αυτής της θεωρίας προβάλλουν την άποψή τους ,ότι οι βασικές πράξεις της ζωής είναι ή σωστές ή λάθος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα της δεοντολογικής θεωρίας αποτελούν οι Δέκα Εντολές, οι εκκλησιαστικοί συγγραφείς που επικαλούνται τη Θεία Αποκάλυψη και άλλοι που επικαλούνται το φυσικό δίκαιο που υπάρχει σε κάθε άνθρωπο. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιαζάκης, Άννα Μαυροφόρου -Γιαννούκα, 2012).Θετικό στοιχείο του δεοντολογισμού αποτελεί η γνώση των νόμων και των καθηκόντων ώστε να είναι φανερό αυτό που είναι ηθικό. Εάν, όμως, όλες οι πράξεις εστιάζουν στη διαδικασία των καθηκόντων μπορεί να χαθούν ουσιαστικές απόψεις των προβλημάτων και των αποτελεσμάτων τους.
- ii. Τελεολογική θεωρία: Πρόκειται για τη θεωρία των αποτελεσμάτων κι απαντά στο ερώτημα «τι πρέπει να κάνω» .Ηθική είναι η συμπεριφορά που εξασφαλίζει αποτελέσματα που επιφέρουν μεγαλύτερο καλό σε μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων. Λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες των πράξεων και στη συνέχεια εξετάζεται η ηθική απόφαση. Χρησιμοποιεί τη μέθοδο της περιστατικής ηθικής και τη μέθοδο του ωφελιμισμού. (Παπαδοπούλου, 2015).Η θεωρία αυτή είναι εναρμονισμένη με τις ανάγκες της ζωής κι αποτελεί μια απάντηση σε αυτές.
- iii. Η θεωρία του ωφελιμισμού: Πρόκειται για έναν άλλο τύπο τελεολογικής θεωρίας που κρίνει ως σωστή μια ενέργεια ή συμπεριφορά όταν οδηγεί στο μεγαλύτερο ποσοστό ευτυχίας . (Πουλής & Βλάχου , 2016).Τα αποτελέσματα όταν είναι ωφέλιμα δε διαχωρίζονται από τις ενέργειες. Βασικοί υποστηρικτές της θεωρίας ήταν οι Άγγλοι Jeremy Bentham και John Stuart Mill.Ισχυρίζονταν ότι οι άνθρωποι ωφελούνται μόνο όταν αγγίζουν την ευχαρίστηση και την ευτυχία κι όταν αποφεύγουν τον πόνο.
- iv. Η θεωρία των περιστάσεων: Στη σημερινή εποχή ανάπτυξης της τεχνολογίας για την επίτευξη του καλού απαιτείται η παρέκκλιση από τους ηθικούς κανόνες των

παραπάνω θεωριών. Στην έμπρακτη ηθική καθήκον κάποιου είναι να επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα όχι υπακούοντας στους ηθικούς θεσμούς αλλά προσφέροντας ωφέλιμα αποτελέσματα. (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012). Η θεωρία αυτή προσπαθεί να εφαρμοστεί στα ηθικά διλήμματα της ιατρικής με τη μορφή του περιστασιακού ωφελιμισμού επιφέροντας ορθά αποτελέσματα σε συγκεκριμένη περίπτωση κι όχι επί του γενικού συνόλου των ανθρώπων.

v. Η θεωρία των δικαιωμάτων: Η θεωρία αυτή προσεγγίζει ηθικά διλήμματα δίνοντας έμφαση στα δικαιώματα και στις ηθικές διεκδικήσεις κάθε περίπτωσης. Δίνει μεγάλη βαρύτητα στο ηθικό κέντρο του προσώπου και στις ηθικές του διεκδικήσεις χωρίς να ξεκαθαρίζει ενδεχόμενες αντιθέσεις δικαιωμάτων. (Beauchamp Tom, Childress James, 1989). Όλα τα διλήμματα αναλύονται και προσεγγίζονται με βάση την ιεραρχία των δικαιωμάτων.

vi. Η θεωρία των προαισθήσεων: Πρωταρχικό ρόλο αποτελεί η προαίσθηση του κάθε ανθρώπου με την οποία μπορεί να αντιληφθεί το σωστό και το λάθος. Επικαλείται όχι τις περιστάσεις, τα καθήκοντα και τα δικαιώματα αλλά την ηθική συνείδηση της οποίας η δύναμη είναι τεράστια. Πολλοί στηρίζονται σε αυτή τη μέθοδο και δεν εξωτερικεύουν τις συνειδησιακές επιφυλάξεις τους που προϋπάρχουν των αποφάσεών τους. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιαζάκης, Άννα Μαυροφόρου - Γιαννούκα, 2012).

Οι παραπάνω θεωρίες της Βιοηθικής στηρίζονται στην ανθρώπινη συμπεριφορά και προκύπτουν από τις αντιπαραθέσεις ηθικών αξιών. Ειδικά στο χώρο της Ιατρικής τα ηθικά διλήμματα αφορούν περιπτώσεις συγκρουόμενων ηθικών υποχρεώσεων των ατόμων, θέματα νοοτροπίας και επαρκούς προβληματισμού και η προσέγγισή τους οδηγεί στην κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην ορθή λήψη αποφάσεων.

Η βιοηθική και οι ηθικές της θεωρίες όπως εκτέθηκαν παραπάνω δεν αποτελούν ένα θεωρητικό κατασκεύασμα φιλοσοφικής ανάλυσης και προβληματισμού. Αντιθέτως, αποτελούν επιτακτική αναγκαιότητα της ιατρικής πρακτικής καθότι καθημερινά καλείται να δώσει απαντήσεις σε πρακτικά ιατρικά ζητήματα και να προτείνει λύσεις στα αδιέξοδα που υπεισέρχονται οι επαγγελματίες της υγείας. Στη χώρα μας, ήδη από το Νόμο 2667/1998 (ΦΕΚ Α' 281/18.12.1998) συστάθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Στη σύνθεσή της συμμετέχουν επιστήμονες εγνωσμένου κύ-

ρους από τους τομείς των Βιοϊατρικών και Ανθρωπιστικών σπουδών , ενώ παράλληλα έχει τη δυνατότητα να συνεργάζεται για τα επιμέρους θέματα με εξωτερικούς συνεργάτες. Οι αρμοδιότητές της , όπως αναφύονται από τα άρθρα του ιδρυτικού της νόμου, είναι κυρίως συμβουλευτικού χαρακτήρα. Συγκεκριμένα , σύμφωνα με το άρθρο 10 Ν.2667/89 « η Επιτροπή α)) εξετάζει κάθε ηθικό, κοινωνικό ή νομικό ζήτημα σχετικό με τις εξελίξεις, ιδίως στη Βιολογία, τη Βιοτεχνολογία, την Ιατρική και τη Γενετική. β) διατυπώνει, σε συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία, προτάσεις συνολικής πολιτικής και συγκεκριμένων ενεργειών για ειδικά προβλήματα σε αυτά τα θέματα. γ) συνεργάζεται με διεθνείς οργανισμούς κα παρεμφερή όργανα, μεριμνά δε για τη συμμετοχή της Ελλάδας σε διεθνείς εκδηλώσεις σχετικές με την έρευνα στους τομείς ενδιαφέροντός της. δ) ενημερώνει τους πολίτες με κάθε πρόσφορο μέσο για θέματα που αφορούν την εξέλιξη των βιολογικών επιστημών και τις συνέπειες των εφαρμογών τους.» Ακόμη έχει το έλεγχο και τη γενική εποπτεία των επιμέρους επιτροπών Βιοηθικής που έχουν συσταθεί σε κρατικούς φορείς , όπως για παράδειγμα η Επιτροπή Βιοηθικής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), του Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής « Prolepsis», του ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ καθώς και των διάφορων ΑΕΙ της χώρας.

6.2. ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

6.2.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Θεμέλιος λίθος της ζωής είναι η διαδικασία της αναπαραγωγής. Για πολλούς αιώνες, από τις απαρχές ακόμη της ιστορίας της ανθρωπότητας η γέννηση ενός ανθρώπου θεωρούνταν ως μια αποκλειστική ενέργεια της φύσης , επικουρούμενη συνήθως από τη θεία χάρη , με σκοπό την αναπαραγωγή και τη δημιουργία οικογένειας. Η « φυσική» ωστόσο αυτή διαδικασία δεν ήταν πάντοτε εύκολη και σε καμία περίπτωση δεν ήταν δεδομένη για όλους τους ανθρώπους. Το πρόβλημα της υπογονιμότητας, με την έννοια της αδυναμίας ή της δυσκολίας στις διαδικασίες της αναπαραγωγής, συναντάται σε όλες τις χρονικές περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας , σε κάθε περιοχή του χάρτη. Χαρακτηριστική είναι η ομηρική αναφορά στη Ραψωδία Δ΄ της Οδύσσειας , όπου ο Μενέλαος προσκαλεί στο τραπέζι τον

μικρό του υιό , το Μεγαπένθη, τον οποίο απέκτησε με μία σκλάβο , καθώς οι θεοί δεν χάριζαν πια παιδιά στην Ελένη («υίει δὲ Σπάρτηθεν Ἀλέκτορος ἤγετο κούρην, ὅς οἱ τηλύγετος γένετο κρατερὸς Μεγαπένθης ἐκ δούλης: Ἐλένη δὲ θεοὶ γόνον οὐκέτ' ἔφαινον») . Φαίνεται , λοιπόν, ότι ο θεσμός της αναπλήρωσης μιας γυναίκας από μία άλλη σε περίπτωση αδυναμίας ή δυσκολίας τεκνοποίησης δεν ήταν άγνωστος . Ανάλογες αναφορές απαντώνται και στην Αγία Γραφή , όπου η Σάρα απευθυνόμενη στον Αβράαμ του είπε: «Ο Κύριος μου στέρησε την ικανότητα να γεννώ. Πήγαινε, λοιπόν, στη δούλη μου, και ίσως αποκτήσω μέσω αυτής ένα γιο» , και πράγματι ο Αβράαμ απέκτησε με τη δούλη Άγαρ τον υιό του , Ισμαήλ. (Γένεσις , Κεφ.16, εδ. 1-13). Γνωστός είναι ακόμη ο εθιμικός θεσμός της «Σύγκριας» που συναντάται στον ελλαδικό χώρο και συγκεκριμένα στην περιοχή της Μάνης από την αρχαιότητα έως τα τέλη περίπου του 19^{ου} αιώνα. Σύμφωνα με το έθιμο , σε περίπτωση που από τον νόμιμο γάμο δεν είχαν προκύψει αρσενικά τέκνα , ο σύζυγος είχε δικαίωμα να συζεί παράλληλα με τη νόμιμη σύζυγο και με δεύτερη σύντροφο, συνήθως προερχόμενη από κατώτερες κοινωνικές τάξεις, με σκοπό την απόκτηση απογόνων, αρσενικών , δηλαδή, τέκνων. (Δασκαλάκης, 1974, σσ. 80-102)

Σήμερα, με την εξέλιξη των επιστημών υγείας αλλά και με την πρόοδο της τεχνολογίας η διαδικασία της ανθρώπινης αναπαραγωγής έχει απομακρυνθεί αρκετά από τη θεώρηση της «θείας» επέμβασης και κυρίως της «αμιγώς φυσικής» διαδικασίας. Η αναπαραγωγή αποτελεί πλέον μια ιατρικής φύσεως διαδικασία, ένα ιατρικό εγχείρημα που μπορεί να μεθοδευτεί και να σχεδιαστεί κατά τρόπο ιδανικό. Το ζήτημα της υπογονιμότητας, που δεν αφορά μόνο τη δυσκολία της γυναίκας να συλλάβει και να γεννήσει , αλλά αφορά και την ανδρική αδυναμία τεκνοποίησης, ,αγγίζει σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 15% του πληθυσμού, αντιμετωπίζεται πλέον με αμιγώς ιατρικές μεθόδους και πράξεις . Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκε η «Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή» . Με τον όρο αυτό αποδίδεται κάθε περίπτωση κυοφορίας ή τεκνοποίησης αποσυνδεδεμένης από τη σεξουαλική πράξη, που δεν επιτυγχάνεται , δηλαδή, από τη φυσική ένωση των δύο φύλων , αλλά με ιατρικές μεθόδους οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες.

Οι κύριες αναγνωρισμένες έως τώρα μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι οι εξής:

- i. Η τεχνητή σπερματέγχυση , η οποία έγκειται στην εισαγωγή σπέρματος στο γυναικείο γεννητικό σύστημα , με οποιονδήποτε τρόπο, εκτός της γενετικής επαφής. Το σπέρμα (νωπό ή κρυοσυντηρημένο) μπορεί να ανήκει είτε στο σύζυγο ή σύντροφο της γυναίκας (ομόλογη τεχνητή σπερματέγχυση), είτε σε τρίτο πρόσωπο – δότη (ετερόλογη τεχνητή σπερματέγχυση).
- ii. Εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων , η οποία έγκειται στην επεμβατική λήψη ωαρίων από τη γυναίκα και στη μεταφορά εκτός του σώματος αυτής, γονιμοποιημένων ενός ή περισσότερων ωαρίων στην ενδομήτρια κοιλότητα της ίδια ή άλλης γυναίκας. Η γονιμοποίηση επιτυγχάνεται σε δοκιμαστικό σωλήνα.
- iii. Η παρένθετη μητρότητα ή ο θεσμός της « δανεικής μήτρας» . Με την εν λόγω μέθοδο μια γυναίκα που αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους , μπορεί να γίνει μητέρα μέσω άλλης γυναίκας, η οποία αναλαμβάνει να κυοφορήσει και να γεννήσει για λογαριασμό της, αφού προηγουμένως υποβληθεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων.
- iv. Ακόμη στο πλαίσιο της ιατρικής υποβοήθησης στην αναπαραγωγή εντάσσονται και άλλες επιμέρους τεχνικές , όπως είναι η μεταφορά ωαρίων και σπερματοζωαρίων ή γονιμοποιημένων ωαρίων στη σάλπιγγα, η εισαγωγή σπερματοζωαρίου εντός ωοκυττάρου επεμβατικά , η υποβοηθούμενη εκκόλαψη, η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση και η κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου σε γονιμοποιημένο άζωτο. (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012, σ. 312)

Η υποβοήθηση στην ιατρική αναπαραγωγή δεν είναι ανεξέλεγκτη .Η ιατρική και η τεχνολογία σε κάθε περίπτωση οφείλουν να λειτουργούν είτε βοηθητικά είτε θεραπευτικά και ως εκ τούτου δεν πρέπει να γίνεται κατάχρηση των οποιωνδήποτε τεχνολογικών ή ιατρικών επιτευγμάτων , για σκοπό αντίθετο ή άσχετο με αυτόν για τον οποίο έχουν ταχθεί. Ως εκ τούτου η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επιτρέπεται μόνο εφόσον υπάρχει αντικειμενική και ιατρικώς αποδεδειγμένη αδυναμία τεκνοποίησης με φυσικό τρόπο καθώς και σε περιπτώσεις που κρίνεται απολύτως αναγκαία για λόγους πρόληψης , όπως είναι η αποφυγή μετάδοσης από τη μητέρα στο κυοφορούμενο μια σοβαρής ασθένειας . Αξιοσημείωτο είναι ακόμη , ότι απαγορεύεται η επιλογή φύλου εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σο-

βαρή κληρονομική νόσος συνδεόμενη με το φύλο , όπως είναι παραδείγματος χάριν , η μυοπάθεια Duchene που αφορά αποκλειστικά τους άνδρες. (Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012)

6.2.2. Νομικό πλαίσιο

Η πρώτη περίπτωση εξωσωματικής γονιμοποίησης έλαβε χώρα το 1978 στην Αγγλία , από την ιατρική ομάδα των R. Edwards και Steptoe. Αποτέλεσμα του όλου εγχειρήματος ήταν η γέννηση της Luise Brawn , ενός υγιέστατου κοριτσιού, γνωστού σε όλο τον κόσμο ως «το πρώτο παιδί του σωλήνα» , η γέννηση του οποίου ενέπνευσε τη σύγχρονη ιατρική επιστήμη και χάρισε την ελπίδα σε εκατομμύρια οικογένειες. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1982 , στη Γαλλία μια ιατρική ομάδα με επικεφαλής τον J.Testard επανέλαβε το θαύμα με αποτέλεσμα σήμερα εκατομμύρια παιδιά ανά τον κόσμο να γεννιούνται μέσω της παραπάνω αναγνωρισμένης πρακτικής. Η ραγδαία εξάπλωση της μεθόδου αυτής και η αποδοχή της από τον κόσμο παρά τις διάφορες αμφισβητήσεις δεοντολογικού κυρίως χαρακτήρα που εκφράστηκαν γύρω από την εφαρμογή της, οδήγησε σχετικά γρήγορα περί το 1989 στο Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου το οποίο έκανε λόγο για τεχνητή γονιμοποίηση «in vivo» και «in vitro» και το οποίο παρότρυνε τους εθνικούς νομοθέτες να προχωρήσουν στις απαραίτητες ενέργειες για να επιτραπεί η προσφυγή στις νέες μεθόδους αναπαραγωγής, λαμβάνοντας πάντα υπόψη, τα αναγνωρισμένα ατομικά δικαιώματα. (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012, σ. 311)

Η Ελλάδα , δυστυχώς, άργησε να αποκτήσει συγκριτικά με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες νομικό πλαίσιο για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Τα ζευγάρια που αντιμετώπιζαν προβλήματα υπογονιμότητας αναγκάζονταν για πολλά χρόνια να προσφύγουν στο εξωτερικό και κυρίως στη Μ. Βρετανία , παρά τις μειωμένες πιθανότητες επιτυχίας και τις υψηλές δαπάνες. Ακόμη τα ζητήματα που αναφύονταν γύρω από την ιατρική αυτή μέθοδο , τα αποτελέσματά της καθώς και ζητήματα οικογενειακής και κληρονομικής φύσεως που προέκυπταν , ακολουθούσαν συχνά τη δικαστική οδό και επιλύονταν νομολογιακά, με τις εκάστοτε , δηλαδή, αποφάσεις των ελληνικών δικαστηρίων. Μόλις το 2002 με τον Νόμο 3089/2002, ρυθμίζεται για πρώτη φορά νομοθετικά στην εσωτερική έννομη τάξη το ζήτημα της «ιατρικής Υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή». Εισάγε-

ται νέο κεφάλαιο, το Κεφάλαιο όγδοο στον Αστικό Κώδικα που ρυθμίζει συγκεκριμένα τα ζητήματα της τεχνητής γονιμοποίησης, τις διαδικασίες, τα ζητήματα συγγένειας και κληρονομικής διαδοχής. Δύο χρόνια αργότερα με τον Νόμο 3305/2005 εισάγονται ρυθμίσεις που εξειδικεύουν ακόμη περισσότερο το γενικό νομικό πλαίσιο του Αστικού Κώδικα, αναλύοντας τις επιμέρους προϋποθέσεις και του τρόπους εφαρμογής των μεθόδων τεχνητής γονιμοποίησης, καθώς και τα ειδικότερα σχετικά με τις μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τις διαδικασίες ελέγχου αυτών.

Συγκεκριμένα με τα άρθρα 1455 -1460 ΑΚ ρυθμίζονται τόσο οι ειδικότερες προϋποθέσεις της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όσο και οι συγκεκριμένοι τρόποι εφαρμογής των πρακτικών αυτών. Ως προς το επιτρεπτό των μεθόδων τεχνητής γονιμοποίησης ο νόμος είναι σαφής. Το άρθρο 1455 ΑΚ, όπως εισήχθη με το Ν.3089/2002, ορίζει ότι: «Η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή επιτρέπεται μόνο για να αντιμετωπίζεται η αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή για να αποφεύγεται η μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας.» Για το λόγο αυτό, άλλωστε, προβλέπει ακόμη, ότι «Η υποβοήθηση αυτή επιτρέπεται μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου» απαγορεύοντας επίσης ρητά την κλωνοποίηση ως μέθοδο ανθρώπινης αναπαραγωγής, καθώς και την επιλογή του φύλου με την εξαίρεση της επαπειλούμενης σοβαρής κληρονομικής ασθένειας, σχετιζόμενη άμεσα με το φύλο. Ειδικότερα, το άρθρο 4 του Ν.3305/2005 ορίζει ότι: «Η μέθοδοι της Ι.Υ.Α. εφαρμόζονται σε ενήλικα πρόσωπα μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Σε περίπτωση που το υποβοηθούμενο πρόσωπο είναι γυναίκα, ως ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής νοείται το πεντηκοστό έτος. Η εφαρμογή τους σε ανήλικα πρόσωπα επιτρέπεται κατ' εξαίρεση λόγω σοβαρού νοσήματος που επισύρει κίνδυνο στειρότητας, για να εξασφαλιστεί η δυνατότητα τεκνοποίησης». Ο περιορισμός του πεντηκοστού έτους εισήχθη κυρίως εξαιτίας του φαινομένου πολλές γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση να επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο με εξωσωματική γονιμοποίηση αφού υποβληθούν βέβαια στην απαραίτητη ορμονοθεραπεία. Αξιοσημείωτο είναι, ότι, όταν ο Ν.3305/2005 εισήχθη στη Βουλή προς συζήτηση, μερίδα βουλευτών αντέτεινε πως από τη στιγμή που μία γυναίκα μπορεί να υιοθετήσει μέχρι τα 60 της χρόνια σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία, δεν υπάρχει ανασταλτικός λόγος στο να κυο-

φορήσει έως την ηλικία εκείνη. Ακόμη, διατυπώθηκαν ποικίλα επιχειρήματα κατά της εν λόγω διάταξης, φεμινιστικού κυρίως χαρακτήρα, σε άμεση αντιδιαστολή με την εφ' όρου ζωής δυνατότητα του άνδρα προς τεκνοποιία. Παρ' όλα αυτά, ο όλος διάλογος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο εν λόγω περιορισμός δεν έχει τόσο κοινωνική, όσο αμιγώς ιατρική βάση, καθ'ότι η υγεία μιας γυναίκας, η ορμονική και σωματική της κατάσταση, διαφοροποιείται δραστικά μέσα σε αυτή τη δεκαετία, με αποτέλεσμα να κρίνεται εύλογος. (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012) Διαφαίνεται, λοιπόν, πως πρωταρχικός σκοπός του νομοθέτη είναι να καθορίσει ένα τέτοιο πλαίσιο νομικό, που δε θα αφήνει περιθώρια να εφαρμοσθούν καταχρηστικά οι οποιεσδήποτε ιατρικές πρακτικές, προς ικανοποίηση παράλογων ή μη σύννομων επιδιώξεων. Το γεγονός αυτό, άλλωστε, επιβεβαιώνεται και στο άρθρο 1 του Ν. 3305/2005 που ακολούθησε, σύμφωνα με το οποίο: «Οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται με τρόπο που να εξασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας και την ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τις αρχές της βιοηθικής. Κατά την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων πρέπει να λαμβάνεται κυρίως υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί.» Η ρητή αυτή πρόβλεψη αποκλείει κάθε καταχρηστική εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων και θέτει σε πρώτο πλάνο το συμφέρον του παιδιού. Η πρόβλεψη αυτή είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς τα δικαστήρια και κυρίως του εξωτερικού όπου η μέθοδοι της τεχνητής γονιμοποίησης εφαρμόστηκαν πιο γρήγορα και πιο μαζικά σε σχέση με την Ελλάδα, απασχόλησαν συχνά περιπτώσεις, όπου για παράδειγμα και οι δυο γονείς ήταν κωφάλαλοι και επιθυμούσαν να αποκτήσουν με εξωσωματική γονιμοποίηση επίσης κωφάλαλο τέκνο, παρότι κατά την ιατρική επιστήμη είχε πιθανότητες να γεννηθεί υγιές. Ο νομοθέτης με την επίκληση του συμφέροντος του παιδιού αποκλείει ακριβώς τις περιπτώσεις αυτές αυθαίρετων και παράλογων επιθυμιών των γονέων.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το άρθρο 1456 ΑΚ με το οποίο θεσπίζεται η έγγραφη συναίνεση ως απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε ιατρική πράξη στο πλαίσιο της τεχνητής γονιμοποίησης. Συγκεκριμένα, το άρθρο 1456 ΑΚ ορίζει ότι: «Κάθε ιατρική πράξη που αποβλέπει στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής διενεργείται με την έγγραφη συναίνεση των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Αν η υποβοήθηση αφορά άγαμη γυναίκα, η συναίνεση αυτής, και

εφόσον συντρέχει περίπτωση ελεύθερης ένωσης, του άνδρα με τον οποίο συζεί παρέχεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.» Επιπλέον, ο Ν. 3305/2005 προσθέτει στο άρθρο 5 , την έννοια της « ενημερωμένης συναίνεσης» , ορίζοντας συγκεκριμένα πως: « Τα πρόσωπα που επιθυμούν να προσφύγουν ή να συμμετάσχουν στις μεθόδους Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής , ενημερώνονται από το επιστημονικό προσωπικό των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, λεπτομερώς και με τρόπο κατανοητό , ως προς τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους πιθανούς κινδύνους από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών. Η παροχή των παραπάνω πληροφοριών αποτελεί προϋπόθεση για τις έγγραφες συναιέσεις που προβλέπονται από τα άρθρα 1455 επ. ΑΚ και τον παρόντα νόμο».

Με το Ν.3305/2005 ρυθμίζονται επίσης οι ειδικότερες προϋποθέσεις κατά την εφαρμογή των μεθόδων της τεχνητής γονιμοποίησης ως προς την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση και τη διακίνηση του γεννητικού υλικού. Με το άρθρο 16 του εν λόγω Νόμου προβλέπεται επίσης η ίδρυση και η λειτουργία των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής , ενώ στο αμέσως επόμενο άρθρο ρυθμίζεται η ίδρυση και η λειτουργία των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης. Ιδιάζουσας σημασίας είναι , μεταξύ άλλων, το Κεφάλαιο Ε' του Ν. 3305/2005 , όπου στα άρθρα 19 επ. προβλέπει τη σύσταση Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και ρυθμίζει τις αρμοδιότητες και τον τρόπο λειτουργίας της. Βασικός συστατικός σκοπός της Αρχής αυτής είναι η γενική εποπτεία της εφαρμογής των ρυθμίσεων των Ν.3089/2002 και 3305/2005. Πρόκειται για μια ανεξάρτητη διοικητική Αρχή , με οικονομική αυτοτέλεια , που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εδρεύει στην Αθήνα. Βασική αρμοδιότητα της Αρχής είναι ο η οριοθέτηση και ο έλεγχος των επιστημονικών, νομικών και ηθικών πλαισίων εντός των οποίων οφείλουν να δρουν οι πάροχοι υπηρεσιών ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Συγκεκριμένα διενεργεί ελέγχους , κάνει συστάσεις, διεξάγει έρευνα και καταγράφει τα περιστατικά τεχνητής γονιμοποίησης, διασφαλίζοντας έτσι την προστασία των ζευγαριών ή των γυναικών που καταφεύγουν στις μεθόδους αυτές , ότι οι υπηρεσίες που λαμβάνουν είναι απόλυτα ασφαλείς και αξιόπιστες και ότι έχουν ενημερωθεί αντικειμενικά για τις απαραίτητες ιατρικές πρά-

ξεις, για την ακολουθητέα διαδικασία, τα ποσοστά επιτυχίας, τους ενδεχόμενους κινδύνους ανά περίπτωση και τις οικονομικές της κυρίως προεκτάσεις.¹⁴

6.2.3. Βιοηθική Διάσταση

Όπως εκτέθηκε παραπάνω, η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σαν έννοια αφορά όλες εκείνες τις περιπτώσεις όπου με τη βοήθεια της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας επιχειρείται η σύλληψη και η τεκνοποιία με άλλες διαδικασίες εκτός της φυσικής ένωσης του πατέρα και της μητέρας. Η ιατρική αυτή εξέλιξη, μολονότι βοήθησε χιλιάδες ανθρώπους ανά τον κόσμο, κυρίως γυναίκες, που αντιμετώπιζαν προβλήματα υπογονιμότητας, δημιούργησε ποικίλα ηθικά διλήμματα και προβληματισμούς κοινωνικο-ηθικής και δεοντολογικής κυρίως φύσεως. Απέναντι σε όλα τα θέματα αυτά προσπαθεί να δώσει λύσεις ο κλάδος της Βιοηθικής, μέσα από την «πρακτική εναρμόνιση» του συλλογικού συμφέροντος –κοινωνικού, θρησκευτικού- και των ατομικών δικαιωμάτων.

Πρώτο και βασικότερο ζήτημα που προέκυψε, ήδη από τα πρώτα χρόνια εφαρμογής των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αφορά την ηλικία και τη δυνατότητα αναπαραγωγής μέσω των μεθόδων τεχνητής γονιμοποίησης ακόμη και σε προχωρημένες, σε σχέση με τη φυσική διαδικασία, ηλικίες. Είναι σαφές ότι η τεκνοποιία σε προχωρημένες ηλικίες εγκυμονεί πολλούς κινδύνους κυρίως για την υγεία της μητέρας κατά το διάστημα της κύησης. Ερευνητέο είναι ακόμη, το κατά ποσό είναι δεοντολογικά και επιστημονικά ορθό να εφαρμόζεται μέθοδος ιατρικής υποβοήθησης αναπαραγωγής σε γυναίκες που βρίσκονται σε μετα-εμμηνοπαυσιακό στάδιο, καθώς αντιβαίνει εξ ολοκλήρου στην ανθρώπινη φύση. Υπάρχει ακόμη έντονη επιχειρηματολογία, ότι η τεκνοποιία σε μεγάλες ηλικίες εγκυμονεί τον κίνδυνο, τόσο η μητέρα όσο και ο πατέρας να μην μπορούν να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στα γονεϊκά τους καθήκοντα λόγω έλλειψης αντοχής, σωματικής υγείας, πνευματικής διαύγειας καθώς δεν είναι ακόμη σπάνιο από μια ηλικία και μετά να μην βρίσκονται καν σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν, πόσο μάλλον να μεγαλώσουν και να φροντίσουν ένα παιδί. Από την άλλη όμως, δεν πρέπει να λησμονείται ότι το δικαίωμα στην τεκνοποιία είναι αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου και οφείλει να είναι γίνεται σεβαστό από κάθε κοινωνία. Σαφώς και

¹⁴ <http://eaiya.gov.gr/>

τα επίπεδα σθένους ψυχικού και σωματικού δεν είναι τα ίδια σε όλες τις ηλικίες, αυτό όμως δεν αποτελεί εχέγγυο ότι ένα νεαρό ζευγάρι είναι σε θέση να μεγαλώσει καλύτερα ένα παιδί από ότι ένα ζευγάρι προχωρημένης ηλικίας. Εξάλλου, η κατάσταση της υγείας και η πνευματική διαύγεια είναι δυστυχώς ένας παράγοντας που εξαρτάται από τις εκάστοτε συνθήκες και τα συγκεκριμένα άτομα και δεν μπορεί να ταυτιστεί με την ηλικία, μολονότι επηρεάζεται συχνά από αυτή. Ακόμη, έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, που μάλιστα αντιμετώπισαν και προβλήματα υπογονιμότητας, είναι απόλυτα συνειδητοποιημένες ως προς την απόκτηση ενός παιδιού και συχνά αποδεικνύονται ικανότερες στη δημιουργία ευνοϊκού περιβάλλοντος για την ανατροφή του, λόγω της εμπειρίας και ενδεχομένως της καλύτερης οικονομικής κατάστασης σε σχέση με μια γυναίκα σε πολύ νεαρή ηλικία.

Η μεταβολή της παραδοσιακής δομής της οικογένειας αποτελεί ακόμη ένα σοβαρό ζήτημα με έντονο ηθικό περιεχόμενο και κοινωνικές προεκτάσεις. Μέσα από τις μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δίνεται πλέον η δυνατότητα τεκνοποίησης σε άγαμες γυναίκες ή ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Συγκεκριμένα, με σπέρμα δωρητή και τη μέθοδο της εξωσωματικής μπορούν να αποκτήσουν παιδί τόσο οι γυναίκες που δεν έχουν σύντροφο όσο και τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια γυναικών, ενώ ως προς τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια ανδρών δόκιμη κρίνεται η μέθοδος της παρένθετης μητρότητας. Οι παραπάνω περιπτώσεις, αντιμετωπίζονται ακόμη και σήμερα ως «παρεκκλίνουσες» συμπεριφορές και πολύ δύσκολα γίνονται αποδεκτές από τις μικρές κοινωνίες, καθότι αποκλίνουν σημαντικά από τα καθιερωμένα κοινωνικά πρότυπα. Η θέση της Εκκλησίας ως προς τις περιπτώσεις αυτές, η οποία είναι αρνητική δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο το ζήτημα της κοινωνικής αποδοχής. Ακόμη, ο όλος προβληματισμός κινείται γύρω από το κατά πόσο ένα παιδί μπορεί να μεγαλώσει φυσιολογικά μέσα σε ένα οικογενειακό περιβάλλον που δεν τυγχάνει κοινωνικής αποδοχής και στο οποίο εκλείπει το πατρικό ή το μητρικό πρότυπο. Με βάση τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα, φαίνεται ότι η ανάπτυξη, η κοινωνική προσαρμογή ακόμη και ο σεξουαλικός προσανατολισμός δεν επηρεάζεται αρνητικά σε περιπτώσεις μονογονεϊκών οικογενειών ή ομοφυλόφιλων γονέων. Αυτή είναι, άλλωστε, και η δικαιολογητική βάση της νομικής αναγνώρισης πλέον του δικαιώματος των ομοφυλόφιλων ζευγαριών

στον γάμων και στην υιοθεσία και εν τεκνοποιία , με τον ίδιο τρόπο που προβλέπεται και για τους ετεροφυλόφιλους.

Συναφής είναι και ο ηθικός προβληματισμός ως προς την μεταθανάτια (post mortem) υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Με τον Ν. 3890/2002 θεσπίστηκαν για πρώτη φορά οι προϋποθέσεις του επιτρεπτού της εν λόγω μεθόδου. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 1457 ΑΚ ««Η τεχνητή γονιμοποίηση μετά το θάνατο του συζύγου ή του άνδρα με τον οποίο η γυναίκα συζούσε σε ελεύθερη ένωση επιτρέπεται με δικαστική άδεια μόνο εφόσον συντρέχουν σωρευτικώς οι εξής προϋποθέσεις: α. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του. β. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση. Η τεχνητή γονιμοποίηση διενεργείται μετά την πάροδο έξι μηνών και πριν από τη συμπλήρωση διετίας από το θάνατο του άνδρα». Όπως και στην προηγούμενες περιπτώσεις , έτσι και εδώ , οι βασική ένσταση έγκειται στο κατά πόσο είναι ηθική η σύλληψη ενός παιδιού, το οποίο πριν ακόμη γεννηθεί είναι καταδικασμένο να γεννηθεί σε ένα περιβάλλον στο οποίο θα εκλείπει ο ένας γονέας. Μάλιστα αμφιβολία υπάρχει σχετικά και με το κατά πόσο είναι ενσυνείδητη η απόφαση της μητέρας να αποκτήσει παιδί μετά το θάνατο του συζύγου ή δε γίνεται για λόγους αμιγώς συναισθηματικούς ή κατόπιν πίεσεως του στενού περιβάλλοντος π.χ. ανιόντες θανόντος ή δεν υποκινείται ακόμη από περιουσιακής φύσεως συμφέροντα π.χ. κληρονομική διαδοχή θανόντος. Όλες τις παραπάνω αμφιβολίες διαλύει η νομοθετική πρόβλεψη του ΑΚ 1457 με τις αυστηρές προϋποθέσεις που θέτει . Συγκεκριμένα η πάροδος του εύλογου χρονικού διαστήματος των έξι μηνών κατατείνει ακριβώς στην συναισθηματική αποφόρτιση και την εξασφάλιση ότι η απόφαση τεκνοποιίας είναι απόλυτα ενσυνείδητη, ενώ η έγγραφη συναίνεση του θανόντος συζύγου καθώς και η προηγούμενη δικαστική άδεια αποκλείουν κάθε περιθώριο καταχρηστικής άσκησης της μεθόδου μεταθανάτιας εξωσωματικής γονιμοποίησης. (Φράγκου & Γαλάνης, 2016)

Τέλος, μεγάλη είναι η συζήτηση γύρω από το θέμα της επιλογής φύλου, υπό την έννοια της οποιασδήποτε πρακτικής τεχνικής ή επέμβασης που κατατείνει στην αύξηση της πιθανότητας σύλληψης, κύησης και γέννησης τέκνου συγκεκριμένου φύλου. Σύμφωνα με τον Έλληνα νομοθέτη η επιλογή φύλου απαγορεύεται με μο-

ναδική εξαίρεση την περίπτωση μετάδοσης κληρονομικής ασθένειας στο κυοφορούμενο, που συνδέεται με το φύλο. Το ηθικό δίλημμα εν προκειμένω είναι στο κατά πόσο είναι δεοντολογικό για ένα γιατρό και το κατά πόσο μπορεί να γίνει ανεκτό από μια σύγχρονη προοδευτική κοινωνία η « κατά παραγγελία» γέννηση αρρένων ή θηλέων. Ως προς το ιατρό, πρέπει να καταστεί σαφές, ότι όπως σε κάθε περίπτωση, έτσι κι εδώ η ιατρική οφείλει να λειτουργεί θεραπευτικά ή βοηθητικά. Δεν νοείται ο γιατρός να λειτουργεί παρεμβατικά στη φύση, ικανοποιώντας τις οποιοσδήποτε ματαιοδοξίες ή επιθυμίες των γονέων, από τη στιγμή που δεν παρεμβάλλεται σπουδαίος ιατρικός κίνδυνος. Όσον αφορά τον κοινωνικό αντίκτυπο του ζητήματος αυτού, πρέπει να τονιστεί ότι η δυνατότητα επιλογής φύλου ελλοχεύει τον σοβαρό κίνδυνο για μια κοινωνία, να προωθήσει και να υιοθετήσει άθελά της σεξιστικές, ρατσιστικές αντιλήψεις και παρωχημένα κοινωνικά πρότυπα. Δεν πρέπει να λησμονείται το γεγονός, ότι οι μέθοδοι της τεχνητής γονιμοποίησης ήρθαν να δώσουν λύση στις περιπτώσεις, όπου η τεκνοποιία δεν μπορεί να επιτευχθεί με τις φυσικές διαδικασίες. Σε καμία περίπτωση, δεν ήρθαν να αντικαταστήσουν τη φύση, ή να επέμβουν καταστροφικά σε αυτή, μετατρέποντας το γυναικείο σώμα σε «εκκολαπτήρια» κατά επιλογή αρσενικών ή θηλυκών γόνων. (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012)

6.3. ΑΠΕΡΓΙΑ ΠΕΙΝΑΣ ΣΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

6.3.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Με τον όρο απεργία πείνας νοείται η άρνηση του κρατουμένου να σιτιστεί και να ενυδατωθεί. Αποτελεί εδώ και χρόνια έναν τρόπο διαμαρτυρίας των κρατουμένων απέναντι στην κρατική εξουσία, ένα μέσο έκφρασης της απόγνωσης και της απελπισίας τους για τις συνθήκες εγκλεισμού τους στα σωφρονιστικά ιδρύματα, για την ενδεχόμενη καταπάτηση των δικαιωμάτων τους καθώς και για την άδικη κρίση της δικαιοσύνης που οδήγησε στον περιορισμό τους. Ακόμη, πολλές είναι και οι περιπτώσεις που η απεργία πείνας εκφράζεται ως ένδειξη αλληλεγγύης, προς υποστήριξη άλλου κρατουμένου. Η άρνηση σίτισης και ενυδάτωσης αποτελεί για τους απεργούς την εκπεφρασμένη εναντίωσή τους στο να συνεργαστούν με τις κρατικές αρχές και να συμμορφωθούν στις υποδείξεις των κρατικών οργάνων και

στον τρόπο λειτουργίας του σωφρονιστικού συστήματος. Βασικός σκοπός, στον οποίο αποβλέπει ο απεργός πείνας, είναι να κεντρίσει το ενδιαφέρον της Πολιτείας και να εγείρει το κοινό αίσθημα περί δικαίου και έτσι να ασκήσει πίεση προς την ταχύτερη δυνατή διεκπεραίωση των αιτημάτων του. Σύμφωνα με τον Hernan Reyes, μέλος της Διεθνούς Επιτροπής του Ερυθρού Σταυρού, για να χαρακτηριστεί κάποιος απεργός πείνας πρέπει να συγκεντρώνει σωρευτικά τα εξής χαρακτηριστικά: α) να αρνείται να δεχτεί όλες τις μορφές σίτισης, είτε στερεάς είτε υγρής μορφής, β) η συμπεριφορά του αυτή να είναι οικειοθελής και συνειδητή και όχι εξαναγκασμένη ή αποτέλεσμα εξωτερικών πιέσεων και γ) να υπάρχει εξαρχής εκπεφρασμένος σκοπός για τη στάση του αυτή. Με τους παραπάνω περιορισμούς, ο Reyes αποκλείει από το χαρακτηρισμό τους ως απεργούς πείνας τις περιπτώσεις των κρατουμένων που αρνούνται να σιτιστούν λόγω ψυχολογικών ή σωματικών διαταραχών π.χ. κρατουμένων με βαριάς μορφής κατάθλιψη. Προς επίρρωση των παραπάνω, στη Διακήρυξη της Μάλτας το 1991, ορίζεται ως απεργός πείνας «κάθε διανοητικά ικανό πρόσωπο, που αρνείται τη λήψη στερεάς ή ρευστής τροφής για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα». (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012).

Οι ιατροί που υπηρετούν σε σωφρονιστικά ιδρύματα ή σε δημόσια νοσοκομεία στα οποία διακομίζονται αρκετά συχνά κρατούμενοι, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με το εν λόγω θέμα, το οποίο απαιτεί πολύ λεπτή και σοβαρή διαχείριση τόσο από ιατρικής απόψεως όσο και από νομικής – πολιτικοκοινωνικής. Αυτονόητο είναι, ότι η ιατρική οφείλει να παρέχεται από τους λειτουργούς της αδιακρίτως, χωρίς να διαφοροποιείται ή να υπολείπεται σε ποιότητα ανάλογα με των αποδέκτη της. Επομένως, όλες οι γενικές αρχές και οι παραδεδομένοι κανόνες της ιατρικής, ο γενικός κανόνας του «ωφελείν μη βλάπτειν», η *de lege artis* πρακτική, καθώς και όλοι οι ειδικότεροι δεοντολογικοί κανόνες της έγκαιρης ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς, του ιατρικού απορρήτου τυγχάνουν εφαρμογής και σε όλες τις περιπτώσεις που ασθενής είναι ένας κρατούμενος. Μάλιστα, όπως έχει παρατηρηθεί και από την καθημερινή πρακτική κι εμπειρία, σε περιπτώσεις παρακολούθησης κρατουμένων, επιβάλλεται περισσότερη προσοχή και επιμέλεια από τον ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς εκλείπει η σχέση εμπιστοσύνης που είναι απαραίτητη κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Για τον κρατούμενο, ο ιατρός,

δεν είναι παρά ένα ακόμη όργανο της Πολιτείας, ταγμένο να υπηρετεί τις κρατικές επιδιώξεις .

Στις Οδηγίες της Παγκόσμιας Ιατρικής Οργάνωσης (WMA) , προβλέπεται ότι ο γιατρός που του έχει ανατεθεί η παρακολούθηση κρατουμένου – απεργού πείνας , οφείλει να τηρεί πλήρες και ενημερωμένο ιατρικό ιστορικό, στο οποίο θα καταγράφεται διαρκώς η κατάσταση της υγείας τους απεργού. Ακόμη, ο γιατρός οφείλει να ενημερώνει τον απεργό για τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα προβλήματα υγείας που μπορεί να προκαλέσει στην υγεία του η επί μακρῶ ἀρνήση σίτισης. Ακόμη, και σε περίπτωση που ο απεργός αποφασίσει τη διακοπή της ασιτίας , κρίνεται απαραίτητο αυτό να γίνει σταδιακά και με ιατρική βοήθεια και παρακολούθηση καθώς η αιφνίδια επαναπρόσληψη τροφής μετά από παρατεταμένη ασιτία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβλαβής για τον απεργό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ιατρικής πρακτικής που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις απόφασης διακοπής της παρατεταμένης απεργίας πείνας , είναι η πρόσληψη βιταμίνης Β και θειαμίνης προς αποφυγή εγκεφαλοπάθειας τύπου Wernicke. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012). Ακόμη, ο γιατρός που παρακολουθεί τον απεργό πείνας, μέσω της επικοινωνίας και της προσωπικής επαφής, πρέπει να αντιλαμβάνεται σε κάθε χρονική στιγμή εάν ο απεργός διατηρεί την πνευματική του διαύγεια και την νομική ικανότητα λήψης αποφάσεων. Σε περίπτωση ανυπαρξίας τέτοιας ικανότητας και εφόσον δεν υπάρχει πρόσωπο να αναπληρώνει την ανεπάρκεια αυτή νομικά (π.χ. δικαστικός συμπαραστάτης) , ο γιατρός οφείλει να επιχειρήσει άμεσα τη σίτισή τους και να προβεί σε όλες τις αναγκαίες ιατρικές πράξεις προς αποκατάσταση της υγείας του. Η διαδικασία της αποκατάστασης εκκινεί συνήθως με την ενυδάτωση του ασθενούς και τη χορήγηση βιταμινών και κυρίως βιταμίνης Β και θειαμίνης. Η αποκατάσταση πρέπει να γίνεται σταδιακά και με συνεχή ιατρική παρακολούθηση. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιαζάκης, Άννα Μαυροφόρου -Γιαννούκα, 2012)

6.3.2. Νομικό πλαίσιο

Στην ελληνική νομοθεσία δεν ορίζεται ρητά η απεργία πείνας , αλλά εξακολουθεί να αποτελεί αόριστη νομική έννοια , υποκείμενη στην ελεύθερη κρίση και ερμηνεία του δικαστηρίου. (Νούσκαλης , 2009). Το δικαίωμα στην απεργία πείνας θεσπίστηκε για πρώτη φορά με το άρθρο 34 του Ν.1851/1989 «Κώδικας βασικών κανόν-

νων για την μεταχείριση των κρατουμένων». Έως τότε τα περιστατικά απεργίας πείνας αντιμετωπιζόντας ως περιστατικά ψυχασθένειας. Σύμφωνα με τον προϊσχύοντα Σωφρονιστικό Κώδικα (άρθρο 102 Ν.125/1967), οι απεργοί μεταφέρονταν μέσα σε εικοσιτέσσερις ώρες από την έναρξη της ασπίας στο ψυχιατρείο, όπου και υποβάλλονταν σε αναγκαστική σίτιση με ορό. Άλλωστε με τον προϊσχύοντα κώδικα η απεργία πείνας αποτελούσε πειθαρχικό παράπτωμα.

Το νομοθετικό πλαίσιο στο ζήτημα της απεργίας πείνας άλλαξε ριζικά , μέσα από τις μαζικές διαμαρτυρίες των κρατουμένων για τις απάνθρωπες συνθήκες κράτησης στα ελληνικά σωφρονιστικά ιδρύματα. Πολλαπλές είναι , άλλωστε, και οι καταδίκες του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων κατά της χώρας μας , αναφορικά με τις συνθήκες εγκλεισμού στα σωφρονιστικά καταστήματα. Ουσιαστική ήταν και η συμβολή του Διεθνούς Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, το οποίο έδωσε μια σαφή κατευθυντήριο προς την απαγόρευση της υποχρεωτικής σίτισης, ως πράξη ταπεινωτικής μεταχείρισης των κρατουμένων και παράβασης της αρχής του σεβασμού στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στην αυτοδιάθεση και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012)

Ο σημερινός Σωφρονιστικός Κώδικας , όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 2776/1999 αναγνωρίζει ρητά το δικαίωμα του κρατουμένου στην απεργία πείνας. Συγκεκριμένα στο άρθρο 31 ορίζεται ότι « Ο κρατούμενος που δηλώνει ότι κατέρχεται σε Απεργία πείνας έχει το δικαίωμα να καλέσει ιατρό του καταστήματος ή και ιατρό της επιλογής του για να διαπιστωθεί η κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής του υγείας. Μετά τη δήλωση αυτή ο διευθυντής σε συνεργασία με τον ιατρό του καταστήματος λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για την παρακολούθηση και την προστασία του σε ειδικό χώρο του καταστήματος. Αν κατά τη διάρκεια της απεργίας ο ιατρός του καταστήματος κρίνει ότι ο απεργός χρειάζεται ειδικότερη ιατρική παρακολούθηση, ζητεί με αιτιολογημένη γνωμάτευσή του τη μεταγωγή του απεργού σε θεραπευτικό κατάστημα. Αν ο απεργός περιέλθει σε κατάσταση άμεσου κινδύνου ζωής ή σοβαρής και μόνιμης βλάβης της υγείας του εφαρμόζεται ανάλογα η διάταξη του άρθρου 29 παράγραφος 3 του παρόντος. Για τη φύση και την έκταση των μέτρων συνεκτιμώνται η προσωπικότητα του κρατουμένου, οι επιδιώξεις του και η σταθερότητα της απόφασής του.» Ο νομοθέτης , δηλαδή, σε περίπτωση που ο απεργός αρνείται να συναινέσει στην απαιτούμενη ιατρική πράξη ή

δεν είναι σε θέση να συναινέσει και επίκειται σοβαρός κίνδυνος ζωής ή βλάβης της υγείας του , επιβάλλει την παρέμβαση αρμόδιου δικαστικού λειτουργού , δηλαδή του εισαγγελέα (άρθρα 29 παρ. 3 και 87 παρ. 2 του Ν. 2276/99) , για τη λήψη των κατάλληλων μέτρων. Προφανώς, στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός με εντολή εισαγγελέα είναι υποχρεωμένος να προβεί στις απαραίτητες ιατρικές πράξεις ακόμη και χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 12 παρ. 3 περ. α του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

Αξιοσημείωτο είναι ακόμη το άρθρο 27 του ισχύοντος Σωφρονιστικού Κώδικα , όπου θεσπίζεται η υποχρέωση παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους κρατούμενους και μάλιστα προβλέπεται ότι σε περιπτώσεις μακροχρόνιων παθήσεων ο κρατούμενος δύναται να αιτηθεί να τον παρακολουθεί ο θεράπων ιατρός του , με την παρουσία πάντοτε του ιατρού του σωφρονιστικού καταστήματος που βρίσκεται. Σε περίπτωση μάλιστα διαφωνίας ως προς την ιατρική αντιμετώπιση του προβλήματος μεταξύ του θεράποντος ιατρού και του ιατρού του σωφρονιστικού καταστήματος επιλαμβάνεται ο τοπικά αρμόδιος ιατροδικαστής.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να τονιστεί, ότι εφόσον δεν συντρέχουν οι ως άνω προϋποθέσεις, δηλαδή δεν επίκειται άμεσος και σοβαρός κίνδυνος για την υγεία του ασθενούς ή τη ζωή του , η διενέργεια αυθαίρετης ιατρικής πράξης παρά την συναίνεσή του , όπως είναι η σίτισή του, αποτελεί , μεταξύ άλλων, παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του απεργού και δικαιούται κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 57 ΑΚ να διεκδικήσει αποζημίωση. Ανάλογη είναι και η πειθαρχική ευθύνη καθώς και η κατά περίπτωση ποινική ευθύνη του ιατρού. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012)

6.3.3. Βιοηθική Διάσταση

Ο ηθικός προβληματισμός που εγείρεται ως προς την ιατρική αντιμετώπιση των απεργών πείνας αφορά κυρίως τη σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος στην αυτονομία και της αρχής της αγαθοεργίας. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012, σ. 70). Από την μία , η αρχή της αυτονομίας, η οποία αναγνωρίζεται νομοθετικά στο Σύνταγμα, στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας καθώς και στον ισχύοντα Σωφρονιστικό Κώδικα, επιτάσσει το σεβασμό στο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ατόμου, με την έννοια ότι κάθε άνθρωπος είναι ελεύθερος να διαθέτει το σώμα του όπως αυτός επιλέγει και να αυτοκαθορίζεται. Με

την αρχή της αυτονομίας δίδεται προτεραιότητα στην ποιότητα της ζωής και όχι μόνο στη βιολογική της ύπαρξη. Η απεργία πείνας, ως ειρηνική ένδειξη διαμαρτυρίας, εμπίπτει επομένως στο πλαίσιο της αρχής της αυτονομίας και του κατοχυρωμένου δικαιώματος στην αυτοδιάθεση .

Από την άλλη, βασική ιπποκρατική αρχή της ιατρικής επιστήμης είναι το «ωφελέειν μη βλάπτειν» . Ο ιπποκρατικός όρκος που δίνει κάθε ιατρός τον δεσμεύει να θέτει πάντα τις υπηρεσίες του προς όφελος του ασθενούς και να μην επιχειρεί ή να μην παραλείπει τίποτε που θα μπορούσε να λειτουργήσει προς βλάβη της υγείας του. Ο γιατρός , επομένως, έχει την υποχρέωση , με βάση την αρχή της αγαθοεργίας που διαπνέει όλο του το λειτούργημα , να πράττει οτιδήποτε είναι απαραίτητο για να μην κινδυνέψει η ζωή του απεργού πείνας. Άλλωστε, στους ιατρικούς κύκλους , όσο και σε ολόκληρο το δικαϊκό μας σύστημα κυριαρχεί η άποψη ότι το υπέρτερο έννομο αγαθό που χρήζει της ύψιστης δυνατής προστασίας και η προσβολή του δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από κανένα λόγο, ηθικό , νομικό ή λόγο δημοσίου συμφέροντος είναι το έννομο αγαθό της ζωής.

Η παραπάνω προβληματική παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις περιπτώσεις αναγκαστικής σίτισης. Η υποχρεωτική σίτιση μολονότι αποτελεί αδόκιμο κατά το δίκαιο όρο και δεν κατονομάζεται ρητώς έτσι, προβλέπεται εμμέσως στον ισχύοντα Σωφρονιστικό Κώδικα. Συγκεκριμένα στο άρθρο 31 παρ. 3 προβλέπεται εξαιρετικά πως : « Εάν ο απεργός περιέλθει σε κατάσταση άμεσου κινδύνου ζωής ή σοβαρής και μόνιμης βλάβης της υγείας του εφαρμόζεται ανάλογα η διάταξη του άρθρου 29 παρ. 3» , η οποία με τη σειρά της προβλέπει ότι « εάν ο κρατούμενος δεν βρίσκεται σε κατάσταση να συναινέσει ή αρνείται να συναινέσει σε ιατρική πράξη, η οποία κρίνεται αναγκαία για την υγεία του, ο αρμόδιος δικαστικός λειτουργός διατάσσει τη λήψη των κατάλληλων κατά περίπτωση μέτρων». Άλλωστε και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας στο άρθρο 12 που προβλέπεται η υποχρέωση συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς , η παράγραφος 3 ορίζει , ότι : «Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας...». Φαίνεται , λοιπόν, πως από νομικής άποψης δεν υπάρχει πρόβλημα, καθώς εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις του νόμου κι επίκειται άμεσος κίνδυνος ζωής ή βλάβης της υγείας , η αναγκαστική σίτιση χωρίς τη συναίνεση του απεργού δε συνιστά παράνομη ιατρική πράξη.

Το πρόβλημα που αναφέρεται έχει ουσιαστική ηθική βάση. Έχει διατυπωθεί πολλές η άποψη ότι η αναγκαστική σίτιση στον απεργό πείνας συνιστά βασανιστήριο. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Ιατρών του Τόκιο (1975) « όταν ο κρατούμενος αρνείται να σιτιστεί και κρίνεται από το γιατρό του ως ικανός να διατυπώσει και να λάβει λογικές και μη βλαπτικές για την υγεία του αποφάσεις, ως προς τις συνέπειες της μη σίτισής του, δε θα πρέπει να σιτίζεται με τεχνητά μέσα. Η αξιολόγηση του κατά πόσο ο απεργός διατηρεί τη δυνατότητα του να λαμβάνει τέτοιες αποφάσεις εναπόκειται στην κρίση ανεξάρτητου γιατρού. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012, σ. 71) Ακόμη, μεταξύ των Κατευθυντήριων Οδηγιών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Ιατρών, διατυπώνεται πως « η αποφυγή πρόκλησης βλάβης στον ασθενή δε σημαίνει μόνο βλάβη στη σωματική υγεία , αλλά και μη άσκηση δια της βίας θεραπείας σε νομικώς ικανά άτομα.» Συναφής είναι και η Διακήρυξη της Μάλτας το 2006 που μεταξύ άλλων ορίζεται , ότι : « Η σίτιση του απεργού πείνας με τη χρήση βίας, εφόσον έχει καταστεί ενήμερος για τις πιθανές συνέπειες της συμπεριφοράς του, είναι αδικαιολόγητη», ενώ σε άλλο σημείο του ίδιου κειμένου αναφέρεται , ότι « η αναγκαστική σίτιση ακόμη και στην περίπτωση που έχει στόχο να βοηθήσει τον απεργό πείνας, εφόσον τελείται με τη χρήση βίας , απειλών, οποιαδήποτε φύσεων εξαναγκασμών ή φυσικών περιορισμών, συνιστά απάνθρωπη και ταπεινωτική μεταχείριση του κρατουμένου». (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012, σ. 71)

Χαρακτηριστικό παράδειγμα πρόσφατης περίπτωσης αναγκαστικής σίτισης στο διεθνή χάρτη, είναι η περίπτωση των απεργών πείνας – κρατουμένων των φυλακών του Γκουαντάναμο στην Κούβα, εντός της ναυτικής βάσης των ΗΠΑ. Γενικότερα, το αμερικανικό Σύνταγμα απαγορεύει κάθε βίαιη και ταπεινωτική μεταχείριση των κρατουμένων. Ειδικά ως προς τη μεταχείριση των απεργών πείνας εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων, τα πρωτόκολλα διαφοροποιούνται ανάλογα με την κάθε πολιτεία και το κάθε σωφρονιστικό κατάστημα, περιστρέφονταν όμως πάντα γύρω από τον άξονα του σεβασμού της αξιοπρέπειας του κρατουμένου. Το 2006 ήρθαν στο φως της δημοσιότητας πολλές καταγγελίες για περιστατικά αναγκαστικής σίτισης των κρατουμένων στις φυλακές του Guantanamo, οι οποίες χαρακτηρίστηκαν συχνά στον Τύπο ως «κολαστήρια ψυχών». Αναλυτικότερα, στις εν λόγω φυλακές κρατούνταν κυρίως , ύποπτοι για τρομοκρατικές επιθέσεις μετά της 11^η

Σεπτεμβρίου. Το 2013 περίπου το 70 % των κρατουμένων ξεκίνησε ομαδικές απεργίας πείνας και προκειμένου να λήξουν, το στρατιωτικό προσωπικό της φυλακής του επέβαλε στις διαδικασίες αναγκαστικής σίτισης. Όπως διέρρευσε στα δημοσιεύματα, οι απεργοί υποβάλλονταν με τη χρήση βίας, δεμένοι χειροπόδαρα, μία με δύο φορές την ημέρα σε μια επίπονη διαδικασία πρόσληψης τροφής υγρής μορφής, ενώ όσους δε συνεργάζονταν του έδεναν σε μία «καρέκλα περιορισμού» για να κάμψουν την αντίστασή τους και να τους ακινητοποιήσουν. Η αντίδραση των διεθνών οργανώσεων ήταν άμεση. Το Μάιο του 2013 η Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων εξέδωσε έκθεση με την οποία κατέκρινε τις εν λόγω πρακτικές κατάφωρης βίας προς αναγκαστική σίτιση των απεργών, ενώ χαρακτηριστική είναι και η δήλωση του Dr. Steven Miles, καθηγητή φαρμακευτικής και βιοηθικής στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότας, σύμφωνα με τον οποίο: « Η εμμονή του στρατού στην αναγκαστική σίτιση παραβιάζει καταφανώς το διεθνές δίκαιο, ενώ η πρακτική με την οποία εφαρμόζεται συνιστά απάνθρωπο βασανιστήριο».¹⁵

Εν κατακλείδι, καθίσταται σαφές ότι η απεργία πείνας αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μορφή ειρηνικής διαμαρτυρίας μεταξύ των κρατουμένων και μια προσπάθεια επίτευξης διαλόγου με την κρατική εξουσία και διεκδίκησης κατοχυρωμένων δικαιωμάτων. Η ενσυνείδητη επιλογή ενός ατόμου νομικά ικανού, να προβεί σε απεργία πείνας είναι αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου, ακόμη και σε συνθήκες περιορισμού σε σωφρονιστικό κατάστημα, και πηγάζει από τη θεμελιώδη αρχή της αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης του ατόμου. Η υποχρέωση του γιατρού, από την άλλη πλευρά, είναι να υπηρετεί με αξιοπρέπεια και σεβασμό την επιστήμη του με γνώμονα πάντα το όφελος του ασθενούς και την αρχή της ευεργεσίας που διαπνέει το λειτούργημά του. Μολονότι, οι δύο αυτές αρχές, φαινομενικά έρχονται σε ευθεία σύγκρουση, στην πραγματικότητα λειτουργούν συμπληρωματικά κι επικουρικά η μία προς την άλλη. Η διαπίστωση αυτή γίνεται κατανοητή μέσα από την εμπέδωση του ότι ο γιατρός δεν είναι ούτε όργανο καταστολής, ούτε όργανο της κρατικής εξουσίας με τη στενή έννοια του όρου, ακόμη κι όταν υπηρετεί σε δημόσια νοσοκομεία ή σε σωφρονιστικά καταστήματα. Αυτό που είναι επιφορτισμένος και δεσμευμένος από τον όρκο του να πράττει ο γιατρός, είναι να ενημερώνει όσο το δυνατόν πληρέστερα και κατανοητά τον απεργό για τις συνέπειες που μπορεί

¹⁵ <https://www.mixanitouxronou.gr/to-vasanistirio-tis-anagkastikis-sitisis-sto-gkouantanamostatritotes-me-ti-via-evazan-solina-apo-ti-myti-mexri-to-stomaxi-gia-na-ta%CE%90soun-apergous-peinas-vinteo-me-sokaristiki-anaparasta/>

να έχει στην υγεία ή τη ζωή του η απεργία πείνας και να προσπαθεί με το διάλογο και τον επιστημονικό του λόγο να τον αποθαρρύνει από οτιδήποτε θα τον έβλαπτε. Αφετέρου, όσοι γιατροί υπηρετούν σε σωφρονιστικά καταστήματα και αντιμετωπίζουν περιστατικά απεργών πείνας, είναι υποχρεωμένοι να γνωρίζουν τόσο την εγχώρια νομοθεσία όσο και τις ευρωπαϊκές και διεθνείς κατευθυντήριες Οδηγίες στο ζήτημα της διαχείρισης των απεργών πείνας- κρατουμένων. Η εξαιρετική πρόβλεψη του νόμου, που δικαιολογεί την έλλειψη συναίνεσης προς αναγκαστική σίτιση του απεργού, θα πρέπει να κρίνεται πάντα με ιδιαίτερη επιμέλεια και συνείδηση, προκειμένου να αποφεύγονται περιπτώσεις καταχρηστικής άσκησης των εν λόγω νομοθετικών προβλέψεων εκ μέρους της κρατικής εξουσίας για λόγους άσχετους προς την υγεία του απεργού. Η απεργία πείνας είναι ένα ζήτημα πολυδιάστατο και διαχρονικό. Οι ηθικής φύσεως ενστάσεις που διατυπώνονται οφείλουν να λαμβάνονται πάντα υπόψη και να αποτελούν τη βάση ενός γόνιμου διαλόγου μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών του προβλήματος, δηλ. της Πολιτείας, της Ιατρικής και των κρατουμένων. (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιαζάκης, Άννα Μαυροφόρου -Γιαννούκα, 2012)

6.4. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

6.4.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα του ιατρικού δικαίου με σοβαρές ηθικές προεκτάσεις είναι η « ευθανασία». Ο όρος της «ευθανασίας» προέρχεται ετυμολογικά από την αρχαία ελληνική λέξη εύθανατέω / εύθανατῶ < εύθάνατος < εὖ +θάνατος, και ως έννοια οριοθετεί τον καλό, τον αξιοπρεπή θάνατο. Αφαιρείται η ζωή για να λυτρωθεί το άτομο, όταν πάσχει από μια μη ιάσιμη ασθένεια και βρίσκεται στο τελικό στάδιο ή από βαρύτατο τραυματισμό ή από οξεία δηλητηρίαση. Η ευθανασία έχει προκαλέσει ποικίλες συζητήσεις κι αποτελεί μια πρακτική που απαγορεύεται από το Δίκαιο. Μερικοί τη θεωρούν αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου κι άλλοι καταλογίζουν ποινική ευθύνη στο άτομο που την επιχειρεί. Το δίλημμα που δημιουργείται αφορά άτομα χωρίς ελπίδα σωτηρίας, ασθενείς που υποφέρουν από ισχυρούς πόνους, αδυνατούν να εξυπηρετηθούν και βρίσκονται στο τελικό

στάδιο ζωής. Το βασικό ερώτημα που γεννάται είναι :Νομιμοποιείται κάποιος να αφαιρέσει μια ανθρώπινη ζωή, ακόμη κι αν έχει χαθεί κάθε ίχνος αξιοπρέπειας; Πρόκειται για ένα ζήτημα που από αρχαιοτάτων χρόνων προβλημάτιζε τον άνθρωπο και τον οδηγούσαν σε διαδικασία κριτικής σκέψης κι αντιμετώπισης ανάλογα με τις ιατρικές γνώσεις κάθε κοινωνίας. Στον Ιπποκρατικό όρκο επισημαίνεται ο σεβασμός προς την ανθρώπινη ζωή ,η προσφορά της ιατρικής μόνο με έντιμα μέσα και τίθεται η απαγόρευση του γιατρού να χορηγήσει δηλητήριο, θανατηφόρο φάρμακο ,έστω κι να του ζητηθεί. *«Ού δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε.»* (Χαραλαμπίδης , 2017).

Αντίθετα ο ρωμαίος στωικός φιλόσοφος Σενέκας ενστερνίζεται την εθελούσια έξοδο από τη ζωή. Υποστηρίζει ότι όταν ένας θάνατος είναι μαρτυρικός και ένας είναι εύκολος κι απλός ,θα επιλέξει τον ευκολότερο τρόπο. (Tristram, 2007) .

Γνωστή είναι και η πρακτική που εφαρμοζόταν στην Αρχαία Σπάρτη, που σύμφωνα με το νόμο του Λυκούργου, τα ασθενικά και μη αρτιμελή νεογέννητα παιδιά ρίπτονταν στον Καιάδα. Η θανάτωση αυτή θεωρείτο ότι υπηρετούσε το καλύτερο συμφέρον, τόσο των ασθενών βρεφών, όσο και της πόλης. (Κρανιδιώτης, 2018).Ουσιαστικά, στην αρχαία Ελλάδα η ευθανασία θεωρούνταν έντιμη και αξιοθαύμαστη πράξη όταν η κατάσταση υγείας προοίωνιζε έναν επαχθή μελλοντικό βίο.

Ο Πλάτων ,όπως κι ο Ιπποκράτης, στο τρίτο βιβλίο της Πολιτείας ,χωρία 407-410 υποστηρίζει ότι όσοι στερούνται σωματικής υγείας ,θα πρέπει να εγκαταλείπονται από τους οικείους τους για να πεθάνουν ,εξυπηρετώντας έτσι το καλό της πόλης και των ιδίων. Υπερασπίζεται, ωστόσο, τη μη εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής ή την απόσυρση της ήδη χορηγούμενης σε περιπτώσεις βαρέως και ανιάτως πασχόντων ασθενών, αντιτιθέμενος στην πεισματική εμμονή των ιατρών να παρατείνουν τη βασανιστική ζωή και να επιμηκύνουν τη διαδικασία του θανάτου. (Πλάτων, 2014).

Η ευθανασία, με τη σύγχρονη έννοια του όρου ,εμφανίζεται στο έργο του Thomas More (1516) στο έργο του ,Ουτοπία. Στην ουτοπική κοινωνία απεικονίζεται η ευθανασία ως λύτρωση σε ασθενείς που δεν μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή κι αποτελούν βάρος για τους ίδιους και το περιβάλλον τους. Ουσιαστικά τους παροτρύνει να τερματίσουν τη ζωή τους γιατί η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη,

να καταφύγουν σε εθελούσιο ,αυτόνομο κι έντιμο θάνατο με την έγκριση των ιερέων και των πολιτειακών αρχών. (More, 1995).

Ο χριστιανισμός αλλάζει τον τρόπο αντιμετώπισης της ευθανασίας επισημαίνοντας την αξία της ανθρώπινης ζωής. Κάθε μορφή της καταδικάζεται από τη διδασκαλία του Ευαγγελίου και τους αγίους Πατέρες και για αυτούς που παραβαίνουν αυτή τη διδασκαλία έχουν θεσπίσει αυστηρούς κανόνες.

Στην πορεία της ιστορίας, βέβαια, εφαρμόστηκαν ανατριχιαστικές πρακτικές ευθανασίας όπως εκείνες των ομοφυλόφιλων και των Εβραίων στη ναζιστική Γερμανία. Επρόκειτο ,με βάση τα επιχειρήματα των εμπνευστών τους, για πρακτικές «δωρεάς θανάτου» ,ώστε να επωφεληθεί ολόκληρη η ανθρωπότητα. (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012).Υπό το συνειδησιακό φορτίο των γεγονότων αυτών ο όρος «ευθανασία» δεν υπάρχει στο γερμανικό λεξιλόγιο και στη νομική ορολογία.

Όπως προαναφέρθηκε η έννοια της «ευθανασίας» προσιδιάζει στον καλό θάνατο, χωρίς πόνους ,χωρίς αγωνία. Πολλοί θεωρούν το θάνατο προσωπική επιλογή του κάθε ανθρώπου κι η εθελούσια έξοδος του από τη ζωή εξαρτάται από τις αρχές και τις αξίες κάθε κοινωνίας κι εποχής . Η ευθανασία έχει πολλά κοινά σημεία με την αυτοκτονία με βασική διαφορά ότι στην ευθανασία τα άτομα δε δύνανται να σωματικά να τερματίσουν τη ζωή τους και κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή ενός άλλου ατόμου. Παρά την ύπαρξη τα τελευταία χρόνια πολλών κοινωνιών που νομιμοποιούν αυτή την πρακτική της ευθανασίας ,έντονες διαμάχες καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα του ζητήματος προβάλλοντας την αξία και ιερότητα της ανθρώπινης ζωής.

6.4.2. Νομικό Πλαίσιο

Η ευθανασία αποτελεί έναν πολυσύνθετο όρο που έχει πυροδοτήσει έντονες αντιπαραθέσεις και συζητήσεις σε ηθικό ,νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο. Ο τεχνολογικός παροξυσμός της εποχής στον τομέα της ιατρικής και η κρίση των θεμελιωδών αξιών στην ανθρώπινη κοινωνία οδηγούν στην υιοθέτηση της έννοιας και στην αποδοχή της. Η αξιολόγηση της ευθανασίας ως κολάσιμη πράξη ή ως δίκαιη συμπεριφορά κάτω από ορισμένες συνθήκες θεωρείται εσφαλμένη. . (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012).Η Ελλάδα ακολουθεί την ίδια τακτική που ισχύει

σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες και έτσι ακολουθείται η διάκριση μεταξύ Ενεργητικής και Παθητικής Ευθανασίας.

Η Ενεργητική ευθανασία είναι πράξη που οδηγεί στο θάνατο. Διακρίνεται στις ακόλουθες μορφές: α) την ευθεία ενεργητική ευθανασία, β) την έμμεση ευθανασία, γ) τη συμμετοχή στην αυτοκτονία.

➤ Ευθεία ενεργητική ευθανασία

Ο θάνατος του ατόμου που νιώθει αφόρητους πόνους επιδιώκεται για τη λύτρωσή του με κάθε πράξη που είτε επιφέρει άμεσα το θάνατο ,είτε ανακουφίζει αρχικά τους πόνους κι επιταχύνει το θάνατο. Αυτή η μορφή ευθανασίας απορρίπτεται από το νομικό σύστημα γιατί εξομοιώνεται με την ανθρωποκτονία σύμφωνα με το άρθρο 300 του ΠΚ. Το άρθρο ορίζει ότι «όποιος αποφάσισε κι εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση». Στην ελληνική νομοθεσία δεν υπάρχει ειδικός νόμος για την ευθανασία αλλά ο όρος στον ΠΚ χρησιμοποιείται κι αναφέρεται μόνο στην ευθανασία των ζώων που δεν μπορούν να επιτελέσουν το σκοπό για τον οποίο είναι προορισμένα. Προϋποθέσεις του άρθρου 300 στον ΠΚ είναι η επίμονη απαίτηση του θύματος, ο οίκτος για το θύμα και η ανίατη ασθένεια του θύματος. Από τη διατύπωση του άρθρου προκύπτει πως η πρόκληση του θανάτου ,κατόπιν απαιτήσεως του ασθενούς ,όταν ο θάνατος είναι βέβαιος λόγω της σωματικής ου αδυναμίας, με κίνητρο του δράστη τον οίκτο, είναι αξιόποινη πράξη. Η πράξη αυτή τιμωρείται με μικρότερη ποινή (φυλάκιση από δέκα ημέρες έως πέντε χρόνια), συγκριτικά με την ποινή που προβλέπεται για την κοινή ανθρωποκτονία από πρόθεση σύμφωνα με το άρθρο 299 του ΠΚ (ισόβια κάθειρξη).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο νομοθέτης επικεντρώνεται στη βούληση ,στην απόφαση και απαίτηση του θύματος. Δεν υπάρχει ,όμως, διευκρίνιση για τις ανίατες ασθένειες. Ως ανίατη ασθένεια νοείται εκείνη που δεν είναι ιάσιμη ή εκείνη που οδηγεί τον ασθενή σε άσχημη κι οδυνηρή καθημερινότητα. Στη σύγχρονη εποχή σε σχέση με το παρελθόν ,οι ανίατες ασθένειες είναι λιγότερες λόγω της εξέλιξης στην ιατρική επιστήμη.

Αν και δεν υπάρχει συγκεκριμένη ερμηνεία στο ερώτημα της ανίατης νόσου στο άρθρο 300 του ΠΚ, σήμερα, η έννοια μέσω της νομολογίας εμφανίζεται διευρυμέ-

νη. Οι προϋποθέσεις του άρθρου μπορούν να ξεπεραστούν και να πάψουν να δικαιολογούν πράξεις ευθανασίας. Η άρση του αδίκου για πράξεις ευθανασίας έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το ιατρικό ήθος που εκφράζεται στον ιπποκρατικό όρκο και διαταράσσει πλήρως την εμπιστοσύνη ασθενών προς το πρόσωπο του γιατρού. Εκτός από την ποινική ευθύνη, ο γιατρός που προβαίνει σε ανθρωποκτονία ακόμη και με τη συναίνεση του ασθενούς, υπέχει κι αστική ευθύνη που οδηγεί στην αποζημίωση ασθενούς και οικείων του, όταν από την ιατρική υπηρεσία που έχει προσφέρει προέλθει θάνατος ή βλάβη στην υγεία του ασθενούς.

➤ Έμμεση ενεργητική ευθανασία

Στην έμμεση ενεργητική ευθανασία υπάγεται κάθε ιατρική πράξη που είναι απαραίτητη για την ανακούφιση του ασθενούς από τους πόνους ακόμη κι αν έχει ως παρενέργεια την πρόκληση του θανάτου. Δεν επιδιώκεται ο θάνατος του ασθενούς αλλά από το δράστη γίνεται αποδεκτός, ως αποτέλεσμα της παροχής και χορήγησης θεραπείας στο άτομο που υποφέρει και χρήζει βοήθειας για απάλειψη των πόνων του. Στην Ελλάδα αυτή η μορφή ευθανασίας είναι επιτρεπτή και η πρόκληση του θανάτου ως παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση των αφόρητων πόνων, είναι δικαιολογημένη, όταν υφίστανται και οι προϋποθέσεις της κινδυνώδους ενέργειας.

➤ Συμμετοχή σε αυτοκτονία

Εντάσσεται από πολλούς νομικούς στην ενεργητική ευθανασία αλλά διαφέρει από την ευθεία ενεργητική ευθανασία στο ότι η πράξη για το θάνατο γίνεται από το ίδιο το άτομο κι όχι με την επενέργεια και συμμετοχή κάποιου άλλου. Θεωρείται αξιόποινη πράξη αλλά δεν τιμωρείται η παροχή βοήθειας προς αυτόν που θέλει να τελέσει την αυτοκτονία. Σύμφωνα με το άρθρο 307 του ΠΚ άδικη κρίνεται η παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής. («Όποιος με πρόθεση παραλείπει να σώσει άλλον από κίνδυνο ζωής αν και μπορεί να το πράξει χωρίς κίνδυνο της δικής του ζωής ή υγείας, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.»)

➤ Παθητική ευθανασία

Η σύγχρονη ανάπτυξη της ιατρικής και της τεχνολογίας παρέχει τη δυνατότητα παράτασης της ζωής ενός «καταδικασμένου» ιατρικώς ασθενούς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η παθητική ευθανασία εκφράζει τη μη χρήση ή και τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης που επιφέρει το θάνατο του ασθενούς. Διαφέρει από την ενεργητική ως προς την αιτία του θανάτου. Δράστης της ενεργητικής ευθανασίας ορίζεται εκείνος που με την παρέμβασή του επιφέρει το θάνατο ,ενώ στην παθητική ευθανασία, δράστης είναι για τον απλό κόσμο μόνο ο γιατρός του ασθενούς. Στην παθητική ευθανασία οι νομικές συνέπειες είναι σχεδόν ανύπαρκτες και συνήθως συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1. Ο ασθενής να μην επιθυμεί τη συνέχιση της θεραπείας του. Το δικαίωμα άρνησης θεραπευτικής αγωγής αναγνωρίζεται στην Ελλάδα από το 1992 και ο νέος ΚΙΔ στο άρθρο 12 προβλέπει την υποχρέωση του γιατρού να απέχει από κάθε ιατρική πράξη αν δεν προηγηθεί η συναίνεση του ασθενούς. Αν δεν έχει τη δυνατότητα επικοινωνίας ,η απόφαση θα ληφθεί αγνοώντας τις όποιες προηγούμενες δηλώσεις του και θα στηριχτεί στην εικαζόμενη συναίνεσή του .Η εικαζόμενη βούληση (ή μια διαθήκη ευθανασίας εν ζωή)λειτουργεί μόνο υπέρ της ζωής κι όχι κατά αυτής.
2. Ο ασθενής να επιθυμεί με οποιοδήποτε τρόπο την παράταση της θεραπείας του αλλά η όλη διαδικασία να θεωρείται από το γιατρό μάταιη. Στο άρθρο 9 παρ.4 του ΚΙΔ ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Επομένως ,αν διακόψει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών ,πληρούνται οι προϋποθέσεις ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως.
3. Ο ασθενής να μην μπορεί να εκφράσει τη βούλησή του λόγω αδυναμίας επικοινωνίας με το περιβάλλον του. Στο άρθρο 12 παρ.3 του ΚΙΔ προκύπτει ότι ο γιατρός οφείλει να προσφέρει την αναγκαία παροχή φροντίδας και ιατρικής περίθαλψης ακόμη και χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς . Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.

➤ Ευθανασία «ελαττωματικών νεογνών»

Στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς, είναι συχνή η πρακτική της πρόωρης ευθανασίας νεογνών που νοσούν από σοβαρές ασθένειες, αναπηρίες ή εγκεφαλικές βλάβες. Οι γονείς αναλογίζονται την ψυχική και σωματική ταλαιπωρία των ιδίων και του παιδιού τους και προφανώς αυτές οι πρακτικές αυτές γίνονται μέσω μυστικής συμφωνίας μεταξύ γιατρών και γονέων ,διότι αποτελούν ποινικά κολάσιμες ενέργειες (Μαυροφόρου- Γιαννούκα, 2012).Ακόμη κι αν ένα νεογνό δεν έχει κανένα περιθώριο επιβίωσης ,η χρήση του όρου ευθανασία πρέπει να είναι πολύ προσεκτική καθώς πρόκειται για αξιόποινη συμπεριφορά και μπορεί να συνδυαστεί με ευγονική πολιτική που κρίνει ποια ζωή είναι άξια ή ανάξια να ζει.

Συμπερασματικά, η ευθανασία αποτελεί μια πρακτική με έντονο προβληματισμό στην κοινή γνώμη. Με τον νέο ΚΙΔ και με το άρθρο 29 παρ.1 καθιερώνεται η οφειλή του γιατρού να προσφέρει παρηγορητική αγωγή στον ασθενή ,ανεξάρτητα αν αυτή επιφέρει ακόμη και το θάνατο, χωρίς βέβαια να επιδιώκεται ο τελευταίος. Επίσης, τονίζεται πως ο γιατρός δεν μπορεί να προχωρήσει σε πράξεις επίσπευσης του θανάτου ,ακόμη κι αν ο ίδιος ο ασθενής το επιζητεί και για αυτό το λόγο δε μένει ατιμώρητη η ανθρωποκτονία με συναίνεση του παθόντος όπως καθορίζεται από το άρθρο 300 του ποινικού κώδικα. Το Ελληνικό Σύνταγμα αποκλείει κάθε μορφή ευθανασίας .Συνταγματικά κατοχυρώνεται το δικαίωμα της ζωής με το άρθρο 5 ,παρ. .2 ,από το οποίο προκύπτει η υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύει τη ζωή όλων των ατόμων εντός της ελληνικής επικράτειας. Δε ρυθμίζεται στο Σύνταγμα η πρακτική της εκούσιας ευθανασίας γιατί στο άρθρο 5 ,παρ.2 ρυθμίζεται το δικαίωμα στη ζωή κι όχι το δικαίωμα στο θάνατο.

6.4.3. Βιοηθική Διάσταση

Οι αντιλήψεις για την ευθανασία προκαλούν κι εγείρουν έντονους ηθικούς προβληματισμούς και διλήμματα στην κοινωνία είτε με νομικές, είτε με θρησκευτικές και ιατρικές προεκτάσεις. Το δικαίωμα στη ζωή αποτελεί το υπέρτατο αγαθό και αποτελεί μια σημαντική αξία που δεν μπορεί να αποτιμηθεί και προσδιοριστεί. Προβλήματα και ηθικά διλήμματα δημιουργούνται στις περιπτώσεις που η ζωή αντιμετωπίζεται με γνώμονα το καθήκον κι όχι το δικαίωμα. Στο πλαίσιο της ευθα-

νασίας ανήκουν δύο σημαντικοί προβληματισμοί :ο «θάνατος και η διαδικασία θανάτου» και «ο θάνατος με αξιοπρέπεια». (Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, 2012)

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτυγχάνεται με τις τεχνικές της ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας και πολλοί πιστεύουν ,εφόσον είμαστε ελεύθεροι άνθρωποι, ότι το κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να θέσει τέρμα στη ζωή του. Η ευθανασία παρουσιάζεται ως μια πράξη φιλευσπλαχνίας που απαλλάσσει τον άνθρωπο από τους φρικτούς πόνους και τον επαχθή θάνατο. Με την εμβάθυνση του θέματος γίνεται αντιληπτό ότι η παραπάνω πρακτική προκαλεί αρκετές συνέπειες όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στο γιατρό που παρέχει τις δυνατότητες θανάτου ,καθώς, και στους οικείους του ασθενούς και γενικότερα σε όλη την κοινωνία. Το πρώτο θύμα της ευθανασίας είναι ο ασθενής που επιζητά να πεθάνει. Εύλογα γεννάνται το ερώτημα εάν ο ασθενής είναι θύμα εφόσον ο ίδιος επιλέγει τον τερματισμό της ζωής του. Στο σημείο αυτό δημιουργείται αδιέξοδο και μεγάλο δίλημμα και στο γιατρό :Να βοηθήσει τον ασθενή για ήρεμο και γλυκό θάνατο ή να σεβαστεί την αυτονομία του και την ελευθερία της απόφασής του;

Μεταξύ του δικαιώματος της αυτονομίας και της προστασίας από οποιαδήποτε βλάβη διαπιστώνεται πως η αυτονομία μπορεί να δίνει το δικαίωμα στο άτομο να θέσει τέλος στη ζωή του αλλά παράλληλα τίθεται το ερώτημα για το πώς κάποιος μπορεί να βάλει τέλος σε όλες τις μελλοντικές του επιλογές.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι με κάθε μορφή ευθανασίας ο ασθενής πεθαίνει «αξιοπρεπώς» .Πεθαίνει χωρίς οδυνηρούς πόνους και χωρίς να βιώνει τη ντροπή για τη νοσηρότητά του. Επιφανειακά η παραπάνω επιχειρηματολογία καθίσταται λογική αλλά παράλληλα εγείρει ένα σημαντικό και ουσιαστικό δίλημμα: Ο ασθενής εκλιπαρεί σε συγκεκριμένη στιγμή για λύτρωση από μη αντιμετωπίσιμους πόνους, ανεξάρτητα από το αν έχει επιζητήσει κάτι τέτοιο σε προηγούμενη φάση της ζωής του. Παράλληλα γεννάνται ο προβληματισμός για το πώς μπορεί να θεωρηθεί η ευθανασία λογική πράξη. Εάν ασθενείς είχαν ερωτηθεί πριν βρεθούν στο τελικό στάδιο εάν επιλέγουν τη ζωή ή το θάνατο ,πιθανό είναι ότι θα επέλεγαν τη ζωή. Κανένας λογικός άνθρωπος ,ψυχολογικά υγιής ,δε θέλει να πεθάνει πρόωρα. Συνεπώς τίθεται το εξής ερώτημα :Τι πρέπει να κάνει ένας γιατρός σε έναν ασθενή που πεθαίνει; Να ικανοποιήσει την επιθυμία του ή να προσπαθήσει να τον θεραπεύσει από την κατάθλιψη στην οποία έχει περιέλθει; Εάν τεθεί κάτι τέτοιο τότε

απομακρυνόμαστε από την επιχειρηματολογία ότι η ευθανασία βασίζεται στην απαλλαγή του πόνου και του γλυκού θανάτου και οδηγούμαστε στην ψυχική απόγνωση ή στην διανοητική αναπηρία του ασθενούς.

Συναφής είναι κι ο ηθικός προβληματισμός στη σχέση ευθανασίας και ιατρικής επιστήμης. Έργο της ιατρικής επιστήμης είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων είτε με τη μέθοδο της θεραπείας είτε με την εξασφάλιση ενός εύκολου και γαλήνιου θανάτου. Στην ευθανασία ο θάνατος επέρχεται με τη βοήθεια της ιατρικής είτε ενεργητικά είτε παθητικά. Με βάση τα παραπάνω ,εύλογα γεννάται το ερώτημα: οι γιατροί έχουν το δικαίωμα να «γίνουν θεοί» και να οδηγήσουν κάποιον στο θάνατο όπως ακριβώς συμβάλλουν και στη γέννησή του; Χάνεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια όταν παρατείνεται μηχανικά η ζωή κάποιου ή μετατρέπεται σε αντικείμενο ιατρικού πειραματισμού; Πολλοί υποστηρίζουν ότι θεραπεία που δεν αποκαθιστά την υγεία κι απλά παρατείνει τεχνητά τη ζωή ,ίσως είναι χειρότερη κι οδυνηρότερη από τον ίδιο τον θάνατο. Η ιατρική παρέμβαση δε νομιμοποιείται ηθικά όταν υπάρχει ιατρική παρέμβαση χωρίς τη θέληση του ασθενούς και αποτελεί παράβαση της σωστής ιατρικής πρακτικής. Οι γιατροί επισημαίνουν ότι το δικαίωμα στη ζωή ή στο θάνατο είναι θέμα ατομικό, κοινωνικό, πολιτικό. Οι ίδιοι στηρίζονται στα επιστημονικά τεκμήρια και στις βιολογικές ανάγκες του ασθενούς και μέσω παρηγορητικής θεραπείας στηρίζουν τον ασθενή, χωρίς να σταματούν το θάνατο εφόσον έρχεται. Παράλληλα με την άρνηση των συγγενών να δεχτούν το θάνατο και την πίεση που ασκούν στους γιατρούς γεννάται το ερώτημα: είναι ηθική επιλογή, η εμμονή στις θεραπείες , εφόσον δεν προσφέρει σωτηρία; Ή αποτελεί σπατάλη πόρων σε κλινικές ,φάρμακα και επιστημονικό προσωπικό;

Σίγουρα τα ερωτήματα ηθικής είναι περίπλοκα και ενδιαφέροντα. Η ευθανασία αποτελεί ισχυρό ερέθισμα αναστοχασμών και προβληματισμών. Στη σύγχρονη εποχή οικονομικής αποτίμησης των πάντων και κοστολόγησης της ανθρώπινης ζωής ,απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στις δυνατότητες της ιατρικής .Η νομιμοποίηση της ευθανασίας αφορά ολόκληρη τη διεθνή κοινότητα. Είναι ένα πρόβλημα που απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση γιατί προκαλεί σύγκρουση αξιών. Δύσκολα η κοινωνία θα αποδεχθεί έναν επιστήμονα που λύνει τα προβλήματα υγείας με το θάνατο. Ο πόνος επίσης ,είναι ατομική υπόθεση ,είναι θέμα καρτερικότητας και υπομονής από άτομο σε άτομο και δεν πρέπει να γενικεύεται .Για την απάντηση

στο δίλημμα ναι ή όχι στην ευθανασία ,η κοινωνία θα πρέπει να αποδεχτεί ότι όπως υπάρχει η αρχή ,υπάρχει και το τέλος. Ο συμβιβασμός με την ιδέα του θανάτου δίνει δύναμη στον άνθρωπο να αγωνιστεί και να χαρεί πρώτα την ίδια τη ζωή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σημερινή εποχή του «τεχνολογικού παροξυσμού» , όπως αρέσκονται να τη χαρακτηρίζουν οι σύγχρονοι κοινωνιολόγοι , η ιατρική επιστήμη έχει σημειώσει μεγάλη πρόοδο και συνεχίζει να αναπτύσσεται διαρκώς. Παράλληλα με την ιατρική, ανάλογη είναι και η πρόοδος που σημειώνει η επιστήμη της νομικής καθώς σε μια κοινωνία συνεχώς εξελισσόμενη , καλείται καθημερινά να καλύψει τα «νομοθετικά κενά» και να ρυθμίζει τα ζητήματα που οι νέες εξελίξεις δημιουργούν. Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, αποτελεί τον υποκλάδο εκείνο του δημοσίου δικαίου, που επιχειρεί να συνδυάσει και να φέρει σε ισορροπία αφενός τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και τα σύγχρονα δεδομένα της με τις βασικές αρχές του δικαϊκού μας συστήματος, σε ευρύτερο πλαίσιο του συνταγματικά κατοχυρωμένου κράτους δικαίου. Εστιάζει στην οργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας και την εξασφάλιση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων αμφοτέρων των παρόχων και των ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Δεν εξαντλείται στη ρύθμιση των ζητημάτων του *stricto sensu* ιατρικού δικαίου , με την έννοια της δεοντολογίας των επαγγελματιών της υγείας και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά επεκτείνεται και σε κάθε πιθανό ζήτημα, που άπτεται του ευρύτερου τομέα της υγείας , όπως είναι το φαρμακευτικό δίκαιο καθώς και το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης. Η υγεία είναι ένα αγαθό που υπερκερνά ως έννοια τη σωματική , ψυχική και πνευματική ευεξία και λαμβάνει και κοινωνική διάσταση, με την έννοια της προσβασιμότητας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η διαπίστωση αυτή προκύπτει άμεσα από τη διατύπωση του ίδιου του συντακτικού νομοθέτη, ο οποίος επιλέγει να κατοχυρώσει το δικαίωμα στην υγεία , όχι μόνο ως ατομικό , αλλά και ως κοινωνικό δικαίωμα. Προς επίρρωση αυτού, οι υπηρεσίες υγείας , μέσα από μια μακρά διαδρομή στο χρόνο , οργανώθηκαν , αναπτύχθηκαν , προσαρμόστηκαν στις νέες εξελίξεις της επιστήμης αλλά και της κοινωνίας με στόχο την ανάπτυξη υγειονομικού προγραμματισμού και την επίτευξη της μέγιστης δυνατής ικανοποίησης κι εξυπηρέτησης των πολιτών. Στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) βασίζεται στο πρότυπο Beveridge και βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία οργανωτικών και δομικών αλλαγών. Παρά τις λειτουργικές και νομοθετικές παρεμβάσεις των τελευταίων ετών, ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει πολλές δυσλειτουργίες στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση, την ποιότητα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

ας. Οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν στα πλαίσια της οικονομικής ύφεσης στην ελληνική οικονομία, έφεραν στην επιφάνεια δυσεπίλυτα προβλήματα , τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν με την ενιαία οργάνωση, και την ισότιμη διαχείριση των οικονομικών πόρων καθώς και με τον τακτικό έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο ιατρός πρωτίστως, αλλά και κάθε επαγγελματίας υγείας , δεσμεύεται να λειτουργεί με γνώμονα την αρχή της ευεργεσίας ή άλλως την ιπποκρατική αρχή του «ωφελείν μη βλάπτειν». Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης , όπως έχει διαμορφωθεί νομοθετικά αλλά και νομολογιακά, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα στο δίκαιο της υγείας. Η ιατρική ευθύνη, είναι άμεσα συνυφασμένη με την ιατρική αμέλεια , η οποία έγκειται είτε στο ιατρικό σφάλμα είτε στην αυθαίρετη ιατρική πράξη με την έννοια της έλλειψης ενημέρωσης και συναίνεσης εκ μέρους του ασθενούς. Το ιατρικό σφάλμα εξετάζεται ως προς τη συμπεριφορά του ιατρού , αν ενήργησε , δηλαδή, *de lege artis* , με βάση τους παραδεδομένους κανόνες της επιστήμης του, όπως αναμενόταν να ενεργήσει ο μέσος ιατρός της ειδικότητάς του. Πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι ο ιατρός δεσμεύεται να επιχειρήσει κάθε πράξη και να θέσει στη διάθεση του ασθενούς τα κατάλληλα μέσα, την επιστημονική του γνώση και την τεχνική του προς όφελος της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς , και σε καμία περίπτωση δεν δεσμεύεται για την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος . Ως εκ τούτου, το ιατρικό σφάλμα δεν εντοπίζεται στο προσδοκώμενο αποτέλεσμα, αλλά στις διενεργηθείσες ιατρικές πράξεις προς επίτευξη αυτού. Η ιατρική αμέλεια *latō sensu* επισύρει αφενός την αστική ευθύνη του ιατρού , με την έννοια της αστικής αξίωσης του ασθενούς προς αποζημίωση για τη βλάβη που υπέστη στα πολιτικά δικαστήρια, αφετέρου την ποινική και πειθαρχική ευθύνη του , όταν η συμπεριφορά του συνιστά αντίστοιχα και παράβαση των διατάξεων του Ποινικού Κώδικα και του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Η κατάφαση ποινικής ευθύνης του ιατρού έχει ως αποτέλεσμα την ποινική του καταδίκη από τα ποινικά δικαστήρια, ενώ η κατά παράβαση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας συμπεριφορά επισύρει πειθαρχικές κυρώσεις , όπως είναι η έγγραφη επίπληξη, το πρόστιμο, η προσωρινή ή η οριστική παύση καθηκόντων , οι οποίες επιβάλλονται από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο. Ιδιαίτερα , όταν η ιατρική αμέλεια εντοπίζεται σε ιατρό- όργανο δημόσιου Νοσοκομείου ή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου , το Δημόσιο ευθύνεται εις ολόκληρον με το όργανό- ιατρό προς αποζημίωση απέ-

ναντι στον ασθενή. Επομένως, η ιατρική ευθύνη προσδιορίζεται μέσα από ένα ευρύ νομοθετικό πλαίσιο , που περιλαμβάνει τον Αστικό Κώδικα , τον Ποινικό Κώδικα, τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και συμπληρώνεται συχνά από άλλα επιμέρους νομοθετήματα όπως είναι ενδεικτικά ο Υπαλληλικός Κώδικας και ο Ν. 2251/1994 «Περί προστασίας των καταναλωτών». Νομικής φύσεως ζητήματα που αναφύονται ανά καιρούς για τα οποία δεν υπάρχει ρητή νομοθετική πρόβλεψη, επιλύονται ερμηνευτικά με τη βοήθεια της θεωρίας και της νομολογίας των δικαστηρίων.

Σε αντιπαράθεση με τα νομικής φύσεως ζητήματα που ανακύπτουν στον τομέα της Υγείας , τα ηθικά διλήμματα δεν ακολουθούν συγκεκριμένες μεθόδους επίλυσης και δεν επιδέχονται ενιαίας ρύθμισης. Συνδέονται με αμφιλεγόμενα σημεία τόσο της επιστήμης της ιατρικής , όσο και της νομικής. Στο πλαίσιο της παρούσας αναλύθηκαν ενδεικτικά τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν σχετικά με την αρχή και το τέλος της βιολογικής ζωής, την ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, την απεργία πείνας εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Στη βάση της επίλυσης των ηθικών διλημάτων που δημιουργούνται συνεχώς σε σχέση με τις εξελίξεις της ιατρικής, αναπτύχθηκε ένας σχετικά νέος και συνεχώς εξελισσόμενος τομέας επιστήμης, η Βιοηθική. Η Βιοηθική, μολονότι θεωρητική επιστήμη καλείται να δώσει λύσεις σε πρακτικά ζητήματα, καλείται εν ολίγοις να απαντήσει αν κάθε συγκεκριμένη εξέλιξη της ιατρικής συνιστά παραβίαση κάποιου δικαιώματος ή κάποιας ανθρώπινης αξίας , που η νομική επιστήμη δεν τη ρυθμίζει με επάρκεια. Προς το σκοπό αυτό, δε χρησιμοποιεί κάποιο συγκεκριμένο «Κώδικα» , για δώσει απαντήσεις με βάση τις αναγνωρισμένες έως τώρα αρχές της , με σημαντικότερες μεταξύ άλλων την αρχή της δεοντολογίας, της συνεπειοκρατίας και του ωφελιμισμού. Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι η Βιοηθική δεν προτείνει την εφαρμογή συγκεκριμένης μεθόδου, ούτε προκρίνει κάποια ως σωστότερης έναντι άλλης, αλλά χαρίζει στην επιστημονική σκέψη ένα θεωρητικό υπόβαθρο για να υπερκεράσει τα όποια ηθικά διλήμματα προκύπτουν κατά την εφαρμογή των νέων επιτευγμάτων της . Μοναδικό «αντικειμενικό» στοιχείο που οφείλει να διαπνέει τη συλλογιστική προς την λήψη «υποκειμενικά» ηθικής απόφασης είναι ο σεβασμός στη ζωή και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου.

Βιβλιογραφία

- Onmed*. (2015, Απρίλιος 22). Ανάκτηση Σεπτέμβριος 22, 2019, από onmed.gr:
<https://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis/story/328895/erevna-to-43-ton-giatron-den-lene-panta-tin-alitheia-stous-astheneis>
- 38/2010, Α. Α. (Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα).
- Aristotle. (2000). *Nicomachean Ethics* (Cambridge University Press εκδ.). (R. C. Crisp, Μεταφρ.)
- Beauchamp Tom, Childress James . (1989). *Biomedical Ethics*. New York.
- Boorse, C. (1975). *On the distinction between disease and illness*. Philos Public.
- BverfGE 88,203- Schwangerschaftsabbruch, 88,203 (BverfGE-Bundesverfassungsgerichts).
- Cullis, J., & West, P. (1979). *The Economic of Health* . Oxford: Martin Robertson .
- dypethessaly.gr*. (n.d.). Ανάκτηση 9 10, 2019, από 5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας : <http://www.dypethessaly.gr/>
- eaiya.gov.gr*. (n.d.). Ανάκτηση 11 29, 2019, από eaiya.gov.gr Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής: <http://eaiya.gov.gr/>
- filosofia.gr*. (n.d.). Ανάκτηση Σεπτέμβριος 27, 2019, από <http://www.filosofia.gr/orkos.html>
- Gostin , O. L., & Wiley, F. L. (2016). *Public Health Law :Power, Duty, Restraint*. University of California Press.
- Jellinek, G. (1892). *System der subjektiven öffentlichen Rechte*. Mohr Siebeck.
- Kass , R. (1975). *Regarding the end of medicine and the pursuit of health*. London: Reading Mass.
- Marshall, T.-H., & Bottomore, T. (2001). *Ιδιότητα του πολίτη και κοινωνική τάξη - ελλ.μτφρ.* Gutenberg.

Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. New York: Free Press.

moh.gov.gr. (n.d.). Ανάκτηση 9 10, 2019, από Ministry of Health - Υπουργείο Υγείας: <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias>

More, T. (1995). *Utopia*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tristram, E. (2007). *Τα θεμέλια της Βιοηθικής ,Μια Χριστιανική θεώρηση*. Αθήνα: Αρμός.

WHO. (1958). *The first ten years of WHO ,Annex Constitution of the WHO*. Geneva.

World Health Organization (WHO). (n.d.). Ανάκτηση Σεπτέμβριος 20, 2019, από World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

www.eopyy.gov.gr. (n.d.). Ανάκτηση 9 10, 2019, από Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: <https://www.eopyy.gov.gr/>

www.grpalliative.gr. (n.d.). Ανάκτηση από Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας και Παρηγορικής Φροντίδας: <https://grpalliative.gr/>

www.mixanitouxronou.gr. (n.d.). Ανάκτηση 11 30, 2019, από www.mixanitouxronou.gr: <https://www.mixanitouxronou.gr/to-vasanistirio-tis-anagkastikis-sitisis-sto-gkouantanamo-stratiotes-me-ti-via-evazan-solina-apo-ti-myti-mexri-to-stomaxi-gia-na-ta%CE%90soun-apergous-peinas-vinteo-me-sokaristiki-anaparasta/>

Αγραφιώτης, Δ. (1988). *Υγεία και αρρώστια, Κοινωνικό-πολιτιστικές διαστάσεις*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Αλεξιάδης, Α. (2000, Ιανουάριος-Φεβρουάριος). Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(1).

Αλεξιάδης, Α. (2015). Τα δικαιώματα του ασθενούς ως επίκεντρο της σχέσης ιατρού-ασθενή. Στο Σ. έργο, *Σχέση Ιατρού- Ασθενή* (σ. 108). Πανεπιστήμιο Κρήτης -Σχολή Επιστημών Υγείας- Τμήμα Ιατρικής.

- Αλεξιάδου, Σ.Α. κ.α. (1990). Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Διοικητική Ενημέρωση*, Τεύχος 35, σ. 108.
- Αλικάκος, Π. (2018, Μάρτιος 22). Αστική Ιατρική Ευθύνη - Ουσιαστικά και δικονομικά ζητήματα με βάση και τις παραδοχές της νομολογίας. *Εισήγηση στο επιμορφωτικό σεμινάριο δικαστικών λειτουργιών "Ζητήματα Ιατρικής Ευθύνης"*. Θεσσαλονίκη.
- Αλικάκος, Π. (n.d.). *Αστική Ιατρική Ευθύνη - Οθσιαστικά και δικονομικά ζητήματα με βάση και τις παραδοχές της νομολογίας*.
- Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, Ι. (1993). *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*. Αθήνα- Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Απόφαση αρ.99/2002 Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. (2002). *Έκθεση ιατρικήςπραγαμτογνωμοσύνης ως δικαιολογητικό για την εκκαθάριση αμοιβήςπραγαμτογνώμονα*. Ανάκτηση 9 20, 2019, από Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: https://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33%2C15453&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref33_15473_33_15453_15453.etos=2002&_piref33_15473_33_15453_15453.arithmosApofasis=99&_piref33_15473_33_15453_15453.thematikiEnotita=92&_piref33_15473_33_15453_15453.ananeosi
- Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης, & Μαυροφόρου-Γιαννούκα, Ά. (2012). *Βιοηθικοί Προβληματισμοί στην Ιατρική Δεοντολογία*. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιαζάκης, Άννα Μαυροφόρου -Γιαννούκα. (2012). *Βιοηθικοί Προβληματισμοί στην Ιατρική Δεοντολογία*. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Βλάχου, Α. (2016). *Η προστασία των δεδομένων υγείας ως ειδική έκφανση της προστασίας προσωπικών δεδομένων κατ' άρθρον 9Α Σ*. Θεσσαλονίκη: Διπλωματική Εργασία στο μάθημα του Συνταγματικού Δικαίου, Τομέας Δημοσίου Δικαίου και πολιτικής επιστήμης, Τμήμα Νομικής, ΑΠΘ.

- Βούλτσος, Π., & Τσούγκας, Μ. (2007, Οκτώβριος- Νοέμβριος). Ο αυτοκαθορισμός του αρρώστου και ο ιατρικός πατερναλισμός στη σύγχρονη ιατρική. *ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ*.
- Γέροντας, Α. (2002). *Η προστασία του πολίτη από την ηλεκτρονική επεξεργασία προσωπικών δεδομένων*. Σάκκουλας.
- Γεωργιάδης, Α. (1999). *Ενοχικό Δίκαιο - Γενικό Μέρος*. Αθήνα : Σάκκουλας.
- Δαγτόγλου, Π. (1991). *Ατομικά Δικαιώματα* (Τόμ. Β').
- Δαγτόγλου, Π. (2015). *Γενικό Διοικητικό Δίκαιο*. Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Δασκαλάκης, Α. Β. (1974). Ο θεσμός της σύγκρισης εις την Μάνην. *Πελοποννησιακά, 10*.
- Δημητρόπουλος, Α. (2004). *Γενική Συνταγματική Θεωρία*. Αθήνα : Σάκκουλας.
- Δουγαλής, Ζ. (2013). *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005)*. (Ε. Ι. Λασκαρίδης, Επιμ.) Νομική Βιβλιοθήκη.
- Επιβατιανού, Π. (1989). *Ιατρικό Δίκαιο- Δεοντολογία και Προβληματική*. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.
- Ζηλίδης, Χ. (1988). *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*. Αθήνα: ΑΤΕ.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Θεοδώρου, Μ. (2001). *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Καλαχάνης, Κ., Πάνου, Ε., Κωστίκας, Ι., & Μανιμάνης, Β. (2014, 11 12). Από τα στοιχεία του ανθρώπου στα στοιχεία του σύμπαντος. *Επιστημονική Ημερίδα " Φιλοσοφία, Φυσικές Επιστήμες, Βιοηθική"*. Αθήνα.
- Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

- Κατσή , Β., Boudoulas, Κ., Λυτρίβη, Ε., Μασούρα, Κ., Τσιούφης, Κ., Βλασερός, Ι., και συν. (2013). Το ιατρικό σφάλμα στην Κλινική Πράξη:"Errare Humanum Est". *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*.
- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Επιστημών. (1976). *Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-80:Υγεία*. Αθήνα: Έκθεση Ομάδας Εργασίας.
- Κοϊμτζόγλου, Ι. (2005). *Στοιχεία Δημοσίου Δικαίου*. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ.
- Κόιος, Ν. (2003). *Ηθική Θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα* . Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας.
- Κοντιάδη , Ξ. (1997). *Κράτος πρόνοιας και κοινωνικά δικαιώματα* .
- Κορνηλάκης , Π. (2002). *Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο*. Αθήνα- Θεσσαλονίκη : Σάκκουλας.
- Κουδουμά , Ι. (2018, Μάρτιος). Wrongful life : Βιοηθικές και Νομικές προεκτάσεις. *Βιοηθικά*, 4.
- Κουτσελίνης , Α., & Μιχαλοδημητράκης, Μ. (1984). *Ιατρική Ευθύνη: Γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης*. Αθήνα: Gutenberg.
- Κρανιδιώτης, Γ. (2018, Απρίλιος). Ευθανασία . *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, σσ. 527-534.
- Κυριακόπουλος, Γ. (1990). *Οι Υπηρεσίες Υγείας :Οργάνωση,Διοίκηση,Προγραμματισμός*. Αθήνα: Ελληνικό τμήμα.
- Κωστούλη, Τ. (2017). *Διπλωματική Εργασία: ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ: έρευνα βάσει διακστικών αποφάσεων*. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΠΜΣ "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας".
- Λάμπρου- Θεοδώρου, Α. (2010). *Διπλωματική Εργασία: Ιατρικό Λάθος και αποζημίωση*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο, Γενικό Τμήμα Δικαίου, ΠΜΣ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας* . Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Μάνεσης, Α. (1982). *Ατομικές ελευθερίες*.

- Μανιτάκης, Α. (1994). *Κράτος δικαίου και δικαστικός έλεγχος της συνταγματικότητας*. Σάκκουλας.
- Μάντζαρη , Δ. (2006-07). *Το συνταγματικό δικαίωμα στην υγεία*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιον Αθηνών- τομέας Δημοσίου Δικαίου , Νομικών , Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών .
- Μανωλεδάκης , Ι. (2005). *Ποινικό Δίκαιο - Επιτομή Γενικού Μέρους*. (Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, & Ε. Συμεωνίδου - Καστανίδου, Επιμ.) Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μαρκεζίνη, Κ. (2002). Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*.
- Ματσαγγάνης, Μ. (1992). Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βρετανία:η περίπτωση των προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών. *Κοινωνία, Οικονομία, Υγεία 1, 1*, σσ. 41-50.
- Μαυροφόρου- Γιαννούκα, Α. (2012). *Ιατρική Ευθύνη και Ηθική* . Βόλος: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Μητροσύλη, Μ. (2009). *Δίκαιο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Μπαμπούρης, Β. (2008). Η σκοτεινή πλευρά τση επιστήμης- Πειράματα σε ανθρώπους. *ΤΟ ΒΗΜΑ*.
- Μπιλανάκης, Ν. (2004). *Ψυχιατρική περίθαλψη κι ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Μπούρμαλης, Μ. (2007). *Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα:παρελθόν,παρόν και μέλλον*. Αθήνα: Λιβάνης.
- Μυρωδικού , Π. (2015). Η ενήμερη συγκατάθεση από πλευρά ιατρικής δεοντολογίας ,έργο υπαγόμενο σε άδεια χρήσης από <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.el>. *Pro Justitia*, 1.
- Νέτα, Σ. (2017, Μάρτιος 20). *Παρηγορητική Φροντίδα στην Αθήνα*. Ανάκτηση Σεπτέμβριος 20, 2019, από iatronet:

<https://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/40126/parigoritiki-frontida-stin-athina.html>

- Νούσκαλης , Γ. (2009). Απεργία πείνας κρατουμένων και αυτοδιάθεση της ζωής. *Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική*(3).
- Παναγοπούλου- Κουτναντζή, Φ. (2015). Χορήγηση δεδομένων υγείας με άδεια της ΑΠΔΠΧ: μια θεσμική αποτύπωση. *Εφημερίδα Διοικητικού Δικαίου*(5), 758-759.
- Παπαδάτου , Μ. (2004). *Δημόσια Υγεία- Προστασία του δικαιώματος στην υγεία- Οι ρυθμίσεις για το Ε.Σ.Υ.* Αθήνα: Τμήμα Νομικής , ΕΚΠΑ.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2015). *Ειδικά Θέματα Βοηθητικής.* Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Παπαρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη , Π. (2017). *Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας .* Νομική Βιβλιοθήκη .
- Πάτρας, Λ. (1969). *Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής .* Αθήνα: Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός.
- Πετρέλης Ματθαίος ,Δομάγερ Φίλιππος -Ριχάρδος. (2016, Οκτώβριος- Δεκέμβριος). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπιού*, σσ. 367-368.
- Πιερράκος, Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία.* Αθήνα: Παπαζήσης.
- Πλάτων. (2014). *Πολιτεία .* Αθήνα: Πόλις.
- Πλάτωνας. (n.d.). *Πολιτείας.* (Ι. Γρυπάρη, Μεταφρ.)
- Πουλής , Ι., & Βλάχου , Ε. (2016). *Βιοηθική, Δεοντολογία και Νομοθεσία στις Επιστήμες Υγείας.* Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας.

- Προκοπίου , Α. (2000). Όρκος Ιπποκράτη. *Ομιλία στο Δ΄ Παγκύπριο Συνέδριο Βιοϊατρικής Ηθικής της Ένωσης Ορθοδόξων Επιστημόνων Λεμεσού*. Λεμεσός.
- Ρήγας, Ι. (2018). Ιατρικό Δίκαιο- Η συναίνεση στο ιατρικό δίκαιο. *Expressis Verbis Law Journal*, 2.
- Σημαντήρας, Κ. (1990). *Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου*. Αθήνα: Σάκκουλας.
- Σίμου , Έ. (2019, 2 4). *iatronet*. Ανάκτηση 9 20, 2019, από *iatronet.gr*: <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/apopseis-sxolia/news/49304/sxesi-giatroy-asthenoys-paternalismos-i-aftonomia.html>
- Σκουτέλης, Γ. (1990). *Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών.
- Σκουτέρης, Κ. (n.d.). *BioethicsOrthodoxy*. Ανάκτηση από Βιοηθική και το Έθος της Ορθοδοξίας: www.bioethics.org
- Σουτζόγλου-Κοτταρίδη , Γ. (1986). Κοινωνιογενείς νοσογόνοι παράγοντες. *Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών*.
- Σπηλιωτόπουλος, Ε. (2011). *Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου* . Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη.
- Τάχος , Α. (2008). *Ελληνικό Διοικητικό Δίκαιο* . Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Τούντας Γ. (2003, Ιανουάριος-Φεβρουάριος). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής*, 20(1), σσ. 76-87.
- Τούντας, Γ. (2003). Οικονομία της Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, σσ. 76-78.
- Τσαμπάση, Α. (2008, 5). Το Δίκαιο της αστικής ευθύνης του Δημοσίου ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων- Γενική επισκόπηση. *Θεωρία και Πράξη Διοικητικού Δικαίου*, σ. 523.

- Τσιλίκα, Ε. (2018). *Διπλωματική Εργασία: Ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίας - α.8 Ν.2251/1994*. Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ, Τμήμα Νομικής, Τομέας Εμπορικού και Οικονομικού Δικαίου.
- Τσιότρας Γ., Μποχώρης Γ., Σκορδή Α. (1998). Ποιότητα και υγεία : Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα. *Η ποιότητα στο χώρο της υγείας*, (σσ. 8-14). Αθήνα.
- Τσιριγώτη, Κ. (2017). Η ιατρική ευθύνη στην ελληνική έννομη τάξη- μια εισαγωγή. *Expressis Verbis Law Journal*, 1, σ. 110.
- Τσουμάνη, Μ. Ε. (2015, 3 10). *Βιοχημικός*. Ανάκτηση 9 30, 2019, από www.bioximikos.gr: <https://bioximikos.gr/topics/health-medication/258-placebo-nocebo-ola-einai-sto-myalo-mas>
- Τυλλιανάκη , Μ.-Δ. (2009-2010). *Διπλωματική Εργασία "Αστική Ευθύνη του Δημοσίου από Ιατρικά Σφάλματα"*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο , Τμήμα Γενικού Δικαίου, ΠΜΣ "Δίκαιο και Ευρωπαϊκή Ενοποίηση".
- Τυλλιανάκη, Μ.-Δ. (2009-10). *Αστική Ευθύνη του Δημοσίου από Ιατρικά Σφάλματα*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο, Κατεύθυνση Δημοσίου Δικαίου, ΠΜΣ "Δίκαιο και ευρωπαϊκή ενοποίηση".
- Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. (1981). *Το νομοσχέδιο : Μέτρα Προστασίας της Υγείας*. Αθήνα.
- Φουντεδάκη, Κ. (2003). *Αστική Ιατρική Ευθύνη*. Σάκκουλας.
- Φουντεδάκη, Κ. (2007). *Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη*. Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Φουντεδάκη, Κ. (2007). *Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη*. Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Φουντεδάκη, Κ. (2013). *Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς ,σε Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική - Ποινική)*. Νομική Βιβλιοθήκη .

- Φουντεδάκη, Κ. (2014, 12 20). Εισήγηση με θέμα: Θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία. Αθήνα: Ένωση Αστικολόγων, Digesta 2004.
- Φράγκου, Δ., & Γαλάνης, Π. (2016, 11 26). Ηθικά ζητήματα στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*.
- Χαραλαμπάκης, Α. (2014). *Ποινικός κώδικας: Ερμηνεία κατ' άρθρο* (Τόμ. 2). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Χαραλαμπίδης, Γ. (2017). *Ο Όρκος του Ιπποκράτη*. Αθήνα: Οσελότος.
- Χρυσόγονος, Κ. Χ. (2006). *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα*. Νομική βιβλιοθήκη.
- Ψαρούλης, Δ., & Βούλτσος, Π. (2010). *Ιατρικό δίκαιο- στοιχεία βιοηθικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.