

Η Ιατρική Ευθύνη δια μέσω των αιώνων.

Σαμαρά Ευαγγελία¹,
Τζούμας Λάμπρος²,
Τζούμα Βασιλική³,
Τζούμας Κων/νος⁴,
Παπαδόπουλος Γεώργιος⁵

- ¹ Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- ² Δικηγόρος, Σαλαμάγκα 2 Ιωάννινα – tzoumas12@yahoo.com
- ³ Δικηγόρος, Σαλαμάγκα 2 Ιωάννινα – tzoumas11@gmail.com
- ⁴ Δικηγόρος, Σαλαμάγκα 2 Ιωάννινα – tzoumas11@gmail.com
- ⁵ Ομότιμος Καθηγητής Αναισθησιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων georapad@uoi.gr

Λέξεις κλειδιά:

Ιατρικό σφάλμα, Ιατρική Ευθύνη, ιστορία

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:

Email: georapad@uoi.gr
Κινητό: 6942953390

Περίληψη

Η ιατρική ευθύνη έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από τις πρώτες απόπειρες ενός ανθρώπου να θεραπεύσει κάποιον άλλον στην αρχαιότητα. Αυτή η μελέτη συζητά τις αντιλήψεις για την ιατρική ευθύνη με βάση τη σχετική τεκμηρίωση από την αρχαία Βαβυλώνα και την Ιπποκρατική εποχή, ανά τους αιώνες, έως σήμερα. Επιπλέον, συγκρίνει τις καταστάσεις ιατρικής ευθύνης μεταξύ διαφορετικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στον σύγχρονο κόσμο.

Ιστορική αναδρομή

Η ιατρική αμέλεια εμφανίζεται όταν ένας γιατρός από εσφαλμένη ιατρική ενέργεια ή από παράλειψη οδηγεί σε σωματική βλάβη ή στον θάνατο ενός ασθενούς^{1,2,6,7}. Η πρώτη νομοθεσία για τη νομική ευθύνη των γιατρών προέρχεται από τον «Κώδικα του Hammurabi», που εκδόθηκε στην Βαβυλώνα τον 18ο αιώνα π.Χ. Ο κώδικας αυτός εκτός των άλλων, ρύθμιζε την αντιμισθία, καθώς και την πολιτική και ποινική ευθύνη των γιατρών, καθιερώνοντας βαρύτερες σωματικές ποινές^{3,4,6,7}.

Νομικούς κανόνες περί ιατρικής ευθύνης διαλάμβανε και η «Ιερά Βίβλος» των Αιγυπτίων. Σύμφωνα με αυτή, αν ο γιατρός δεν παραβίαζε τους ιατρικούς κανόνες, δεν υπείχε καμία ευθύνη έναντι του αρρώστου, ακόμα κι αν το αποτέλεσμα δεν ήταν το επιθυμητό. Αντίθετα, αν ο γιατρός παράβαινε τους κανόνες της τέχνης του, όπως περιγράφονταν στην Ιερά Βίβλο, τότε τιμωρούνταν με θανατική ποινή, ανεξαρτήτως της έκβασης της ασθένειας!^{4,8,9}.

Στο αρχαίο ελληνικό δίκαιο από την Ομηρική εποχή μέχρι και τον 8ο π.Χ. αιώνα επικρατούσε η θεοκρατική αντίληψη για την ιατρική και υπήρχε το ανεύθυνο των γιατρών. Τον 7ο αιώνα π.Χ., ο Δράκων (621 π.Χ. για πρώτη φορά καθιερώνει νομοθεσία για την ιατρική ευθύνη, θεσπίζοντας μάλιστα βαριές σωματικές ποινές έως και θάνατο για το γιατρό υπαίτιο βλάβης. Επόμενη ρύθμιση της ιατρικής ευθύνης γίνεται από το Σόλωνα (592 π.Χ.), η οποία είναι αισθητά ηπιότερη από την αντίστοιχη δρακόντεια^{6,7}.

Θεμελιωτής της ιατρικής δεοντολογίας θεωρείται ο Ιπποκράτης. (5ος αιώνας π. Χ.)^{6,7,9,10}. Από την εποχή αυτή αρχίζει μια σημαντική αποδέσμευση της ιατρικής από τη δεισιδαιμονία και τη δαιμονολογία^{6,7}. Στις πραγματείες του ο ίδιος επισημαίνει ως προβληματική την απουσία συγκεκριμένων νομοθετικών προβλέψεων αναφορικά με την ιατρική ευθύνη, ενώ ο σύγχρονός του Πλάτωνας υποστηρίζει τη μη στοιχειοθέτηση ευθύνης για τα σφάλματα των γιατρών, πάρα μόνο αν οι βλάβες στον ασθενή προκαλούνται από δόλο^{11,12}.

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη τα βασικά γνωρίσματα του ιατρού θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη σύνεση, την οργανωμένη και πειθαρχημένη ζωή, την άριστη σωματική και ψυχική υγεία, την επαγγελματική επάρκεια ως προς τις γνώσεις και τα μέσα που μετέχεται και την ευσέβεια προς το θείο, η επίκληση στο οποίο τίθεται αμέσως πριν από τη σχέση ηθικής δέσμευσης του⁹.

Στην Ιπποκρατική Συλλογή περιλαμβάνονται ο περίφημος Όρκος, ο οποίος χρησιμοποιείται ως γενική κατευθυντήρια γραμμή στην ηθική στον ιατρικό τομέα^{9,12-15} και είναι ο καταστατικός χάρτης της ιατρικής ηθικής και ο κώδικας επαγγελματικής δεοντολογίας. Στο απόσπασμα του Όρκου: «θα χρησιμοποιήσω τη δύναμή μου για να βοηθήσω τους άρρωστους στο μέτρο του δυνατού και της κρίσης μου. Θα απέχω από το να βλάψω ή να αδικήσω οποιονδήποτε από αυτό», διατάζει τους ιατρούς να κάνουν ό,τι καλύτερο μπορούν στη δουλειά τους και να μην χρησιμοποιούν τις ικανότητες ή τις γνώσεις τους για να βλάψουν ή να σκοτώσουν τους ασθενείς τους. Σε άλλο σημείο αναφέρει: «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υπηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε». Στην πραγματεία «Περί τέχνης» ο Ιπποκράτης σημειώνει: «Σχετικά με την τέχνη της ιατρικής: πιστεύω πως σκοπός της είναι να απαλλάξει από τα δεινά ή τουλάχιστον να ανακουφίσει από αυτά»⁹. Στην πραγματεία «Περί ιατρού», ο Ιπποκράτης επισημαίνει: «Χωρίς αμφιβολία, για να κάνει καλή εντύπωση ο ιατρός, πρέπει να έχει καλή εμφάνιση και θρέψη, δεδομένου ότι οι άνθρωποι πιστεύουν ότι εκείνοι που δεν γνωρίζουν πώς να φροντίσουν το δικό τους σώμα, δεν είναι σε θέση να φροντίζουν τα σώματα άλλων⁹. Πρέπει να γνωρίζει πώς και πότε να σωπαίνει. Να έχει τάξη στη ζωή του, δεδομένου ότι αυτό αυξάνει πολύ το κύρος του. Η συμπεριφορά του πρέπει να είναι συμπεριφορά εντίμου ανδρός. Να είναι ευγενής, καταδεκτικός. Δεν πρέπει να ενεργεί αυθόρμητα και βιαστικά. Πρέπει να δείχνει ήρεμος, γαλήνιος και ποτέ σκυθρωπός. Ούτε όμως είναι καλό για αυτόν να είναι ιδιαίτερα εύθυμος». Για τον πατέρα της ιατρικής, «ιατρός γαρ φιλόσοφος ισόθεος», δηλαδή η φιλοσοφική υποδομή αποτελεί γνώρισμα για τον ιατρό και έχει αποτελέσει ένα από τα θεμέλια της σύγχρονης επιστήμης της βιοηθικής⁹.

Το πρώτο ιατρικό σφάλμα περιγράφει ο ιστορικός Αλικαρνασσεύς. Αφορούσε εσφαλμένη διάγνωση και θεραπεία και έλαβε χώρα στην Περσία, από πέντε (5) Αιγύπτιους γιατρούς που είχαν κληθεί για να θεραπεύσουν

ποδοκνημική εξάρθρωση του βασιλιά Δαρείου Α', ύστερα από πτώση του από το άλογό του. Οι γιατροί που απέτυχαν στη θεραπεία του βασιλικού ποδιού επωμιζόταν την ευθύνη ακριβώς με το πέρας του τριημέρου. Την αντιμετώπιση του Δαρείου ανέλαβε τελικά ο Δημοκίδης ο Κροτωνιάτης, ο οποίος δεν ανέφερε τα σφάλματα των συναδέλφων του και αυτοί δεν τιμωρήθηκαν, καθώς αυστηρή τιμωρία περίμενε τους ιατρούς που τελούσαν σφάλματα κατά την άσκηση της ιατρικής¹⁵.

Στη Ρώμη το πρόβλημα της ιατρικής ευθύνης ανέκυψε νωρίς και κατά την πάροδο του χρόνου δέχθηκε διαφορετικές λύσεις. Η ιατρική ευθύνη, πάντως, αντιμετωπιζόταν θεσμικά ήδη από τον πρώτο αιώνα με τη θέση σε ισχύ της Δωδεκαδέλτου (lex duodecim tabularum) το 449 π.Χ., η οποία προέβλεπε ποινικές κυρώσεις εις βάρος των ιατρών¹¹. Ακολούθησε η έκδοση της Lex Aquilia Plebiscitum (180 π.Χ. και η Lex Cornelia de sicariis et veneficiis (89 π.Χ.), η Lex Pompeia de parricidiis (106 – 48 π.Χ.) και η Lex Julia de vi publica et privata. Γεγονός είναι, ωστόσο, ότι οι γιατροί κατά κανόνα αθωώνονταν στην πράξη, ως συνέπεια των δυσχερειών απόδειξης¹⁶.

Ο Γαληνός (129 μ.Χ. – 199 μ.Χ.), που θεωρείται ο σπουδαιότερος μετά τον Ιπποκράτη ιατρός της αρχαιότητας και ταυτόχρονα φιλόσοφος επισημαίνει τη σημασία του ιατρικού λάθους όχι μόνο σε σχέση με τις ποινικές ευθύνες, αλλά και σε σχέση με τις επιπτώσεις του σφάλματος στην επαγγελματική φήμη του ιατρού και ανάγει την ιατρική σε τέχνη^{1,2,16}.

Στη βυζαντινή περίοδο η νομοθεσία καθόριζε την ποινική ευθύνη των ιατρών ανεξαρτήτως φύλου. Εδώ για πρώτη φορά, για την απόδειξη του ιατρικού σφάλματος προβλεπόταν η διενέργεια πραγματογνωμοσύνης. Συνήθεις ποινές ήταν η μερική ή ολική δήμευση της περιουσίας του ιατρού, η διαπώλησή του, η εξορία του, η καταναγκαστική συνήθως ισόβια εργασία σε μεταλλωρυχεία και στις σοβαρές περιπτώσεις η θανάτωση δια ξίφους^{1,2,5,13}.

Στον αραβικό κόσμο ιατρική ποινική ευθύνη υπείχαν οι μαίες και οι γυναικολόγοι που προχωρούσαν σε αμβλώσεις. Η τιμωρία ήταν ισόβια καταναγκαστική εργασία στα μεταλλεία^{1,2,14,10,19}.

Στη Δυτική Ευρώπη μέχρι τον 11ο μ.Χ. αιώνα, δεν υπήρχε ασφάλεια για τη θέση του ιατρού, το νομοθετικό πλαίσιο ήταν ακαθόριστο και για ατυχείς θεραπευτικές πράξεις επιβάλλονταν βασανιστήρια ή και θανατικές ποινές. Μάλιστα υπήρξε και το «Νομοθέτημα Ιερουσαλήμ» (1097 μ.Χ.) όπου η ποινική ευθύνη του ιατρού προβλέπεται και για την περίπτωση μη ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με την προτεινόμενη ιατρική πράξη και η ποινή για τέτοια έλλειψη ενημέρωσης ήταν η αποκοπή και των δύο χειρών του ιατρού^{6,7}.

Ο 11ος μ.Χ. αιώνας αποτελεί σταθμό στην ιστορία, όταν η παράλειψη ενημέρωσης του ασθενή θεσμοθετείται ως μια μορφή ιατρικού σφάλματος. Στην ιατρική αποκτώνται νέες γνώσεις με τη διεξαγωγή νόμιμων πλέον νεκροτο-

μών, που διευκολύνουν την ανατομική μελέτη του ανθρώπινου σώματος^{5,14}.

Από τον 12ο μ.Χ. έως τον 17ο μ.Χ. αιώνα οι ιατροί παραμένουν ασύδοτοι και ακολουθεί ο παραλογισμός ότι η ευθύνη ανήκει στον ασθενή για κακή επιλογή ιατρού και στην καταδίκη των καταγγελλόντων ασθενών, χωρίς εξέταση της ευθύνης του ιατρού. Η ασυδοσία αυτή περιορίζεται στις αρχές του 18ου αιώνα μ.Χ., αποδίδεται ποινική ευθύνη στους ιατρούς επί σφαλμάτων με στερπητικές της ελευθερίας ποινές και με την απαγόρευση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ενώ ποινική ευθύνη προβλεπόταν και για τη μη ενημέρωση του ασθενούς για τη βαρύτητα της ασθένειας του^{2,4,14}.

Με την Αναγέννηση, μια νέα εποχή για την ιατρική ηθική ανοίγει. Η διδασκαλία του Ιπποκράτη και του Γαληνού, η φιλοσοφία του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη, αλλά και η χριστιανική ηθική υπό τη θέαση μιας άλλης οπτικής, γονιμοποιούνται δημιουργικά σε μια χοάνη που γεννά τελικά τη φιλοσοφική και δεοντολογική θεμελίωση της ιατρικής ηθικής^{4,9,14}.

Η Γαλλική Επανάσταση του 1789, δίνει μια στροφή στο νομικό θετικισμό. Σε σπουδαία νομοθετικά κείμενα της Γαλλίας, όπως ο Αστικός Κώδικας, ο Ποινικός Κώδικας του 1804 και ο Ναπολεόντειος Ποινικός Κώδικας του 1810, κυριαρχεί η σκέψη πως και η ιατρική δεοντολογία πρέπει να ακολουθήσει την ίδια φορμαλιστική κωδικοποίηση με τους υπόλοιπους κανόνες δικαίου. Ωστόσο, δε γίνεται κατορθωτή η ρύθμιση του ιατρικού επαγγέλματος και της ιατρικής ευθύνης, με την εξαίρεση κάποιων αποσπασματικών και όλως ειδικών περιπτώσεων. Το ανεύθυνο λοιπόν των ιατρών παραμένει^{6,7}. Ωστόσο, απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόοδο στον τομέα της νομικής ευθύνης ήταν προηγουμένως η καλλιέργεια και η ανάπτυξη των θετικών και ιατρικών επιστημών και η απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων για τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού.

Η κωδικοποίηση της ιατρικής ηθικής στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας

Ελάχιστος κοινός τόπος μέσα στη ιστορική εξέλιξη, είναι η ηθική δέσμευση των ιατρών να προστατεύσουν και να μη βλάψουν τους ασθενείς τους, έτσι ώστε φτάνοντας στη σύγχρονη εποχή, διαπιστώθηκε η ανάγκη συγκρότησης αυτής της ηθικής δέσμευσης σε κανόνες δεοντολογίας. Η επιτακτικότητα μάλιστα της αναγκαιότητας αυτής διαφαίνεται, ιδίως μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, να διαμορφώνεται κοινά αποδεκτούς κανόνες που να προστατεύουν τα δικαιώματα του ασθενούς, είτε σε ευρύτερο γεωγραφικό επίπεδο, όπως με τις Διακηρύξεις της Λισαβόνας, του Ελσίνκι και τη Σύμβαση του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική, είτε σε ειδικότερο επίπεδο^{6,7,20}.

Οι κανόνες δεοντολογίας σε ένα βαθμό αποτελούν κα-

νόνες αυτορρύθμισης, δεδομένου ότι το ίδιο το ιατρικό επάγγελμα, κατόπιν της εξουσίας που του παρέχεται από την πολιτεία, εκφράζεται αυτοπροσδιοριστικά και διαμορφώνει τον εσωτερικό του κανονισμό με έναν οργανωμένο τρόπο. Σε αυτή τη διαδικασία καθορίζεται το πλαίσιο της δράσης των γιατρών και οριοθετούνται οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους, με τους ασθενείς και με την κοινωνία. Με άλλα λόγια, δημιουργείται μια κωδικοποιημένη επαγγελματική ηθική, βασιζόμενη σε ένα κοινώς αναγνωρισμένο ηθικό πλαίσιο που κάνει επίκληση στη συνείδηση του γιατρού και δεσμεύεται απέναντι στην κοινωνία ότι θα αναβαθμίσει το ιατρικό επάγγελμα σε λειτουργήμα, με κύρια χαρακτηριστικά τον αλτρουισμό και τον ανθρωπισμό²⁰.

Έτσι η ιατρική δεοντολογία αποτελείται από κανόνες που βασίζονται στην ηθική, με την έννοια της θεμελίωσης της στους ολοένα εξελισσόμενους ηθικούς κανόνες, ανάλογα με τις πεποιθήσεις κάθε εποχής. Ως εκ τούτου, οι ιατροί καλούνται να εφαρμόσουν τα επιβαλλόμενα πρότυπα και τις διατυπωμένες αρχές, μαζί με τις γνώσεις και τις τεχνικές που διδάχθηκαν κατά την εκπαίδευσή τους, σεβόμενοι τις εκάστοτε ανθρωπιστικές και κοινωνικές αξίες, οι οποίες προσανατολίζουν την επαγγελματική συμπεριφορά τους. Για το λόγο αυτό, οι ιατρικοί δεοντολογικοί κανόνες διατυπώνονται θετικά ως κανόνες κατά ειδικότητες που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις, το νοσοκομειακό ιατρό, τον πειραματισμό στον άνθρωπο, την ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κ.λπ.

Είναι χαρακτηριστική η διαφοροποίηση στον τρόπο θέασης της σχέσης ασθενούς-γιατρού, καθώς το πατερναλιστικό μοντέλο του παρελθόντος παραγκωνίζεται, και στον ασθενή αναγνωρίζεται ένας πιο ενεργός ρόλος στη θεραπευτική διαδικασία, κατά την οποία δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο σεβασμό της προσωπικότητας και των επιθυμιών του.

Η ιατρική ευθύνη στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα ο α.ν. 1565/1939, όπως τροποποιήθηκε και κωδικοποιήθηκε με άλλα νεότερα νομοθετήματα (α.ν. 1843/1952, ν. 2049/1952, β.δ. της 11.10/7.11 1957, ν.δ. 3895/1958, ν.δ. 4111/1960, ν. 727/1977, ν. 1076/1980, ν. 1425/1984), αποτέλεσε το βασικό κανονιστικό πλαίσιο για την οργάνωση και την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Ρύθμισε θέματα άδειας άσκησης της ιατρικής, αμοιβής των γιατρών, οργάνωσης των Ιατρικών Συλλόγων και των πειθαρχικών συμβουλίων τους και προέβλεψε τα βασικά καθήκοντα των γιατρών. Παραχωρήθηκε μάλιστα από το κράτος μέρος της κυριαρχίας του στον Ιατρικό Σύλλογο: «Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συντάσσει δεοντολογικό κανονισμό των επαγγελματικών καθηκόντων και υποχρεώσεων του ιατρού».

Ο πρώτος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας δημοσιεύθηκε το 1955. Ήταν ένας αυτορρυθμιζόμενος οδηγός

επαγγελματικής συμπεριφοράς, που παράλληλα προσέλαβε τη μορφή κανόνα δικαίου με τη θέσπισή του ως βασιλικού διατάγματος της 25ης Μαΐου/6ης Ιουλίου 1955, αποκτώντας υποχρεωτική ισχύ. Το 2002 γίνεται αντικατάσταση του παλιού Κώδικα Δεοντολογίας με νέο, στον οποίο υπάρχουν επιπρόσθετα νομοθετικά κείμενα που αφορούν την ιατρική δραστηριότητα, όπως ο νόμος για τις μεταμοσχεύσεις (ν. 2737/1999) και ο νόμος για την ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ν. 3089/2002).

Η Εισηγητική Έκθεση του ν. 3418/2005 ρίχνει φως στους λόγους αυτής της αντικατάστασης: «αν και οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος παραμένουν αναλλοίωτες με την πάροδο του χρόνου, οι συνθήκες αντιθέτως και η μορφή άσκησης της ιατρικής υπόκεινται σε συνεχείς μεταβολές. Η ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και βιοτεχνολογίας έχει ως αποτέλεσμα, όχι μόνον τη συνεχή μεταβολή και βελτίωση των επιστημονικών δεδομένων, αλλά και τη γένεση νέων αντιλήψεων σχετικά με τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, την υπέρμετρη αύξηση των δαπανών στο χώρο της υγείας, τη γένεση νέων μορφών σχέσεων μεταξύ ιατρού και ασθενή και τη δημιουργία νέων προβληματισμών και διλημάτων σχετικά με την άσκηση και τους σκοπούς της ιατρικής».

Για περιπτώσεις που υπάρχει δυσκολία να αποδοθεί δικαιοσύνη, ο προτιμότερος δικαιοπολιτικά τρόπος που οφείλει να ακολουθεί ο εφαρμοστής του δικαίου προκειμένου να οδηγηθεί όχι μόνο σε έγκυρο, αλλά κυρίως σε ορθό αποτέλεσμα, είναι αυτός της «δικαιϊκής επιλογής» έναντι της λεγόμενης «κρατικής επιλογής» (ν. 3418/2005) Αυτό σημαίνει ότι η Πολιτεία προχώρησε σε ετερόνομη ρύθμιση, θεωρώντας ότι διακυβεύονται μέγιστα έννομα αγαθά, άφησε όμως στην ιατρική κοινότητα την κύρωση για τις παραβάσεις του Κώδικα, μέσω των πειθαρχικών συμβουλίων. Τα περιεχόμενα του νόμου αυτού είναι ορισμοί, γενικοί κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ρυθμίσεις της σχέσης του γιατρού με τον ασθενή, με τους συναδέλφους του και τον ιατρικό σύλλογο, διατάξεις που αφορούν στην υποχρέωση των γιατρών να εκπαιδεύουν και να εξασκούν τους νεότερους συναδέλφους τους.

Επιπροσθέτως, ρυθμίζεται η έρευνα και τα πειράματα, όπως επίσης ιδιαίτερο ενδιαφέρον αφιερώνεται σε σύγχρονα ευαίσθητα ζητήματα της ιατρικής, όπως η αιμοδοσία, οι μεταμοσχεύσεις, η προστασία της γενετικής ταυτότητας, η ιατρική υποβοήθηση στην αναπαραγωγή, η αντιμετώπιση του τέλους της ζωής, η διακοπή της κύησης. Η τυποποίηση των κανόνων δεοντολογίας με νόμο έχει ως συνέπεια και την πρόβλεψη συγκεκριμένων κυρώσεων, που επιβάλλονται σε όσους τους παραβιάζουν.

Ειδικά για την ποινική δικαιοσύνη, η εφαρμογή της νομικής θεωρίας με τον τρόπο που περιγράφεται, μπορεί να έχει πολλαπλά οφέλη, όπως είναι η δικαιοϊκή περιστολή της εξουσίας και η προστασία του πολίτη έναντι αυτής, αλλά και η ενίσχυση της κοινωνικής συναίνεσης σε βάθος χρό-

νου, ως παράγοντας που θα εδραιώσει έτσι και την κοινωνική συνοχή.

Οι αποδεικτικές δυσχέρειες της ιατρικής ευθύνης

Η δικαστική πραγματικότητα μας φέρνει διαρκώς και συχνότερα μπροστά σε υποθέσεις ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια σε ποινικό και αστικό επίπεδο, που αποδίδονται σε ιατρικό σφάλμα. Μάλιστα τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια σημαντική αύξηση του αριθμού των υποθέσεων αυτών^{17, 18}. Οι πραγματικοί λόγοι πρέπει να αναζητηθούν στα κάτωθι:

- Οι ασθενείς πιστεύουν ότι η σύγχρονη ιατρική με τη σύγχρονη γνώση, τεχνολογία και τεχνογνωσία, είναι παντοδύναμη και θεραπεύει πάσαν νόσον, αποκλείει τον θάνατο και κάθε επιπλοκή και δεν συγχωρείται ατυχές ιατρικό αποτέλεσμα²¹.
- Στην αμφισβήτηση του ιατρού από τον ασθενή, αφού ο ιατρός δεν βρίσκεται πλέον στη θέση του κύριου και της αυθεντίας που είχε.
- Στην αναζήτηση πληροφοριών από τους ασθενείς στο διαδίκτυο.
- Στη στροφή ικανής μερίδας δικηγόρων σε υποθέσεις ιατρικού ενδιαφέροντος, με αντίστοιχη θεμιτή οικονομική προσδοκία, δεδομένης και της διαρκώς αυξανόμενης κάλυψης της αστικής ιατρικής ευθύνης με σύναψη ασφαλιστικών συμβάσεων μεταξύ ασφαλιστικών εταιριών και κλινικών και ιατρών.
- Στη δυσaréσκεια και αγανάκτηση των μη εξυπηρετούμενων ασθενών που οφείλεται στην υπολειπόμενη και υποστελέχωση των νοσοκομείων
- Στην προσφορά ιδιωτών ιατρών να καθίστανται τεχνικοί σύμβουλοι των φερομένων θυμάτων ιατρικών σφαλμάτων και να παρέχουν επ' αμοιβή πραγματογνωμοσύνες και εμφανίζονται και ως μάρτυρες στις αντίστοιχες αστικές ή ποινικές δίκες.

Η παραπάνω κατάσταση συχνών διώξεων των ιατρών, έχουν οδηγήσει τους ιατρούς στην άσκηση της λεγόμενης «αμυντικής ιατρικής»^{17, 18}.

Ο Δικαστής που καλείται να κρίνει μια υπόθεση ιατρικού σφάλματος και μάλιστα στη μεγάλη ποικιλία που αυτό μπορεί να εμφανισθεί, δεν διαθέτει την ιατρική γνώση για να κατανοήσει τις ιατρικές ορολογίες και έννοιες καθαυτές. Δεν δύναται να κατανοήσει την ιατρική πράξη, το πώς αυτή διενεργείται και περαιτέρω να κρίνει την ορθότητα ή μη της ιατρικής πράξης, εντοπίζοντας το σφάλμα της και να διακρίνει την αιτιώδη σύνδεση μιας κακής έκβασης για τη ζωή ή την υγεία ασθενούς με εσφαλμένη ιατρική συμπεριφορά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ταυτόχρονη παραπομπή σε δίκη μεγάλου αριθμού ιατρών για ιατρικό λάθος, ακόμη και αυτών που ενήργησαν *lege artis*

και έσωσαν τον ασθενή ή και αυτών που ουδόλως συμμετείχαν της ιατρικής πράξης²¹.

Περισσότερη σύγχυση δημιουργείται στο Δικαστή όταν παρατίθενται από τους διαδίκους διαμετρικά αντίθετες ιατρικές θέσεις. Οι μάρτυρες που εξετάζονται από την πλευρά του κατηγορουμένου ιατρού βαρύνονται με την υποψία της «συναδελφικής αλληλεγγύης». Οι μάρτυρες που εξετάζονται από πλευράς των μνηυτών ή εναγόντων, συνήθως ιδιώτες ιατροί, καλούνται πολύ όψιμα σε σχέση με το υπό διερεύνηση περιστατικό και το χρόνο εκδήλωσης του φερόμενου ιατρικού σφάλματος, καταθέτουν αναγκαιώς σε συμφωνία με τη μήνυση ή την αγωγή, χωρίς να έχουν άμεση άποψη των κρινόμενων θεμάτων²¹.

Οξύτερο είναι το πρόβλημα σε επίπεδο κρίσεως αστικών αγωγών κατά νοσοκομείων για φερόμενα σφάλματα των οργάνων τους, ήτοι των υπαλλήλων τους ιατρών και νοσηλευτών στα διοικητικά Δικαστήρια, όπου δεν εξετάζονται στο ακροατήριο μάρτυρες, αλλά η απόδειξη στηρίζεται σε έγγραφα που προσάγουν οι διάδικοι. Ενόψει αυτών των δυσχερειών διερωτάται κανείς αν η πραγματική αποδεικτική βοήθεια του Δικαστή, ή του Εισαγγελέα είναι η προσφυγή, σε ιατρική ή ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη (κατά τα άρθρα 368 επ. Κ.Πολ.Δ, 159 επ. Κ.Δ.Δ. και 183 επ. Κ.Π.Δ.). Σε πρόσφατο περιστατικό όταν η πραγματογνωμοσύνη διενεργηθεί σε ζώντα ασθενή ή αν πρόκειται για θάνατο, η ιατροδικαστική έρευνα ενδεχομένως να είναι σε θέση να προσφέρει αποδεικτική βοήθεια²¹.

Η ιατρική ή ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη, όταν διατάσσεται καθυστερημένα δεν έχει να προσφέρει σοβαρή αποδεικτική βοήθεια, ενώ πάντοτε θα υπάρχουν και αντίθετες εκθέσεις τεχνικών συμβούλων των διαδίκων. Ασφαλώς οι μαρτυρίες συγγενών των τεθνεώτων ασθενών ή των ζώντων ασθενών ή των ιδίων των ασθενών, περιέχουν υπερβολές από συγκινησιακή φόρτιση και προκατάληψη και υπό το βάρος της επιθυμίας επιτυχούς για το μνηυτή ή ενάγοντα έκβασης της δίκης ή υπό το βάρος της προσδοκίας οικονομικού συμφέροντος - αποζημίωσης από την έκβαση της δίκης και της άγνοιας της ιατρικής επιστήμης, οι καταθέσεις τους δεν παρέχουν αποδεικτική αξία και σημασία.

Οι «μάρτυρες με ειδικές γνώσεις» που προβλέπονται στο άρθρο 203 Κ.Π.Δ. είναι αμφιβόλου αξίας. Πρόκειται για μάρτυρες που καλούνται, αν το Δικαστήριο κρίνει αναγκαία την κρίση προσώπων με εντελώς ειδικές γνώσεις, για να διαγνώσουν κατάσταση πραγμάτων που δεν υπάρχει πια και για το λόγο αυτό δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο πραγματογνωμοσύνης. Στην πραγματικότητα δεν είναι μάρτυρες, αλλά αποτελούν τεχνικούς συμβούλους των διαδίκων, αφού ένας διάδικος με οικονομική άνεση, με το τέχνασμα της «μαρτυριοποίησης» μπορεί να καλέσει και να εξετάσει μεγάλο αριθμό ειδικών και να επηρεάσει, ευλόγως, τη δικαστική κρίση. Αλλά και μόνη η κλήτευση τέτοιων ειδικών μαρτύρων στην προδικασία ή στο ακροατήριο, για να κρίνουν επί συμβεβηκότος στο απώτερο πα-

ρελθόν γεγονός, σημαίνει όλως αμφίβολη και επισφαλής ερμηνεία ήδη αποδειχθέντων περιστατικών. Σε επίπεδο έρευνας υποθέσεων ιατρικού σφάλματος ουδέν δύναται να προσφέρει το ούτως ή άλλως επισφαλές αυτό αποδεικτικό μέσο²¹.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η νεκροτομή, συχνά διενεργείται χωρίς τον ιατρικό φάκελο του τεθνεώτος και ο ιατροδικαστής, όταν προκύψει ποινική διαδικασία και κληθεί ως μάρτυρας ή ως πραγματογνώμων τότε, δηλαδή πολύ καθυστερημένα, λαμβάνει γνώση του ιατρικού φακέλου του τεθνεώτος²¹.

Αυτό το πλαίσιο λειτουργίας των ιατροδικαστών δεν είναι σε θέση να παράσχει σε πλήρη βαθμό την αναγκαία βοήθεια στο έργο της ποινικής δικαιοσύνης ή και της αστικής ή διοικητικής, όταν διερευνώνται υποθέσεις ιατρικού σφάλματος και ασφαλώς ο ιατροδικαστής δεν είναι και ο ειδικός ή υποειδικός ιατρός για να αποφανθεί κυρίως επί ιατρικού σφάλματος σωματικών βλαβών, επελθουσών από τη διενέργεια ιατρικών πράξεων από ειδικούς ιατρούς, ενώ η βοήθειά του μπορεί λυσιτελώς και απολύτως να αφορά στον προσδιορισμό της αιτίας αιφνιδίου θανάτου ή του χρόνου θανάτου ενός ασθενούς ή στην παροχή τοξικολογικών δεδομένων σε σχέση με παρασχεθείσα φαρμακευτική αγωγή ή άλλες ουσίες.

Η ιατρική ευθύνη στο εξωτερικό

Σε άλλα δίκαια προβλέπονται οι λεγόμενοι medical examiners (Η.Π.Α.), που εκλέγονται από το λαό, ή medical experts, οι οποίοι είναι ιατροί με ενεργή άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, οι οποίοι διαθέτουν εμπειρία και γνώσεις για το συγκεκριμένο ιατρικό πεδίο και λειτουργούν ως πραγματογνώμονες, τεχνικοί σύμβουλοι ή ειδικών γνώσεων μάρτυρες που θα εξηγήσουν στο Δικαστήριο τι όφειλε ή τι δεν έπρεπε να πράξει ο κρινόμενος ιατρός, υπό τα συγκεκριμένα δεδομένα και συνθήκες, αν ενήργησε ή όχι lege artis, αν παρέβη τα standards του επαγγέλματός του και αν εν γένει επέδειξε ή μη αμέλεια. Όμως στο αμερικανικό και αγγλοσαξονικό δίκαιο δεν προβλέπεται διαδικασία εξωδικαστικής διερεύνησης ποινικών υποθέσεων^{20,22}.

Στη Μεγάλη Βρετανία προβλέπονται με παρόμοιο ρόλο οι λεγόμενοι «Coroners», που μπορεί να είναι ιατροί ή νομικοί. Στη Γερμανία προβλέπονται και λειτουργούν σε εξωδικαστική διαδικασία Επιτροπές Ειδικών (Gutachterkommissionen) ανά υγειονομική περιφέρεια, των οποίων προϊστάται Δικαστής, ο οποίος επιλέγει τις περιπτώσεις που θα τεθούν σε κρίση της Επιτροπής και τους ειδικούς ιατρούς (medical experts) που θα αποτελέσουν μέλη της επιτροπής. Στην κρίση των Επιτροπών αυτών υπόκεινται περιστατικά φερομένων ιατρικών σφαλμάτων, που ακόμα δεν έχουν αχθεί ενώπιον της δικαιοσύνης, εξετάζουν τον οικείο ιατρικό φάκελο, εξετάζονται

μόνο οι medical experts και αμείβονται από τους οικείους Ιατρικούς Συλλόγους. Οι γνωματεύσεις τους γίνονται αποδεκτές στη συντριπτική πλειοψηφία τους από τους εμπλεκόμενους και έτσι ελάχιστες υποθέσεις άγονται ενώπιον της δικαιοσύνης^{20,22}.

Στη χώρα μας δεν υφίσταται τέτοια πρόβλεψη, αλλά οι ισχύοντες κώδικες (Ποινικής, Πολιτικής και Διοικητικής Δικονομίας) προβλέπουν τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, που πάντα εκτιμάται ελεύθερα και στο χρόνο και με τα πρόσωπα που διενεργείται ελάχιστα δύναται να προσφέρει.

Είναι ανάγκη να προβλεφθεί νομοθετικά η δημιουργία, ανά εφετειακή περιφέρεια της χώρας, ενός σώματος πραγματογνωμόνων έμπειρων ειδικών ιατρών και ιατροδικαστών, οι οποίοι θα συμμετέχουν ανάλογα με τις αναγκαίες ειδικές ιατρικές γνώσεις και ειδικότητες για το εκάστοτε περιστατικό, θα λαμβάνουν γνώση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, θα λαμβάνουν πληροφορίες από τον κρινόμενο ιατρό και κάθε άλλη πηγή και θα αποφαινόμενοι εγγράφως με έκθεσή τους στα πλαίσια της ποινικής προδικασίας ή μετά προδικαστική απόφαση αστικού ή διοικητικού Δικαστηρίου και θα καλούνται στο ακροατήριο του ποινικού, αστικού ή διοικητικού Δικαστηρίου για παροχή εξηγήσεων, αν κρίνει αυτό αναγκαίο το Δικαστήριο.

Πρέπει ταυτόχρονα να θεσμοθετηθεί η υποχρέωση των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, τουλάχιστον στις χειρουργικές επεμβάσεις, να καταγράφουν με βιντεοσκόπηση ολόκληρη τη διαδικασία της επέμβασης και να χορηγούν ψηφιακό δίσκο καταγραφής στον ασθενή, ώστε το υλικό αυτό να είναι σε θέση να το αξιολογήσει το ως άνω ειδικό σώμα πραγματογνωμόνων ή ακόμη και ο ίδιος ο Δικαστής στα πλαίσια δίκης. Έτσι θα αναπαρίσταται μια διαδικασία που πρέπει να διεξάγεται με ελέγχιμους για την τήρησή τους ιατρικούς κανόνες. Έτσι θα απομακρυνθεί κάθε υποψία συγκαλύψης της ιατρικής ευθύνης από τη μία πλευρά και θα περιορισθεί κάθε προσπάθεια δικαστικής εκμετάλλευσης μιας υπόθεσης ανυπαρξίας ιατρικού σφάλματος από την άλλη και η δικαιοσύνη θα μπορεί να κρίνει με εχέγγυα περισσότερο ορθής και αξιόπιστης κρίσης τις όντως δυσχερείς υποθέσεις ιατρικού σφάλματος.

Summary

Medical liability through the centuries

Medical liability has concerned humanity since the first attempts of one human healing another in the ancient times. This study discusses perceptions on medical liability based on relevant documentation from the ancient Babylona and the Hippocratic era, throughout the centuries, to today. Moreover, it compares medical liability statuses among different healthcare systems in the modern world.

Key words: Medical error, Medical Liability, history

Βιβλιογραφία

1. Κότσιανος Σ., «Η ιατρική ευθύνη: αστική-ποινική» εκδ. Υιοί Μ. Τριανταφύλλου, Θεσσαλονίκη 1956, σ. 8
2. Λιούρδη Α. «Ιατρική ποινική ευθύνη, Γενικές έννοιες & Ειδικά ζητήματα, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2014»
3. Allen D. Spiegel & Christopher R. Springer. Babylonian Medicine, Managed Care and Codex Hammurabi, Circa 1700 B.C. Journal of Community Health 1997, 2269–89
4. Γεωργίου Κ. Βλάχου, Στοιχεία Πολιτικής Επιστήμης. Κεφ. Β΄. Πολιτικοί θεσμοί και ιδέες στο Βασίλειο της Βαβυλώνας. Αθήνα 1966-1967.
5. Eckart W. Gesichte der Medicine Springer Verlag Berlin 2005
6. Αλεξιάδης Α.-Δ., Εισαγωγή στο ιατρικό δίκαιο: ιατρική ευθύνη, ιατρική δεοντολογία: ερμηνεία, νομοθεσία, νομολογία, εκδ. Μ. Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη 1996,
7. Κουτσελίνης Α., Βασικές αρχές βιοηθικής, ιατρικής δεοντολογίας και ιατρικής ευθύνης, εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 1999,
8. ΜΑΝΕΘΩΝ. «ΑΠΑΝΤΑ ΑΙΓΥΠΤΙΑΚΑ» η ΙΕΡΑ ΒΙΒΛΙΟΣ. Εκδόσεις Οδυσσέας Χατζόπουλος. 1999 ISBN 960-352-596-0
9. Τριανταφύλλου Χ - Παπαδόπουλος Γ.» Η Αντιμετώπιση του πόνου από την Αρχαία Ελλάδα μέχρι και τον 19ο αιώνα. Εκδόσεις Εφύρα Ιωάννινα 2020»
10. Karokas MS. Hippocrates of Kos. Heptalophos, Athens, 2003
11. Littré, Oeuvres complètes d'Hippocrate, 10 vols, J-B Baillièrre, Paris 1839–61 On the Humors, Volume 4 Hippocratic works, Loeb Classical Library, Cambridge, MA, and London, Harvard University Press, 1923–95
12. Πλάτων. Νόμοι, Βιβλίο Θ, στ 885 d
13. Βασίλης Χατζηβασιλείου «Ο Ιπποκρατικός Όρκος και η επίδρασή του στην Ελληνική Ιατρική Νομοθεσία και στις Διεθνείς Ιατρικές Διακηρύξεις» «Τα Κωακά», τόμος ΙΑ΄, Πνευματικός Όμιλος Κώων «Ο Φιλητάς», Κως 2010, σ.σ. 193-203.
14. Λασκαράτος Γ. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις ΠΧ Πασσαλίδη Αθήνα 2012
15. Αρεταίος Θ. «Η χειρουργική παρ' Ελλήσιν/ Αθήνα 1864»
16. Sandro Schipani Contributi romanistici al sistema della responsabilità extracontrattuale, Sandro Schipani 2009 ISBN 9788834886847
17. Tzoumas L, Samara E, Tzoumas K, et al. (July 06, 2021) Medico-Legal Analysis of General Surgery Cases in Greece: A 48 Year Study. Cureus 13(7): e16205. doi:10.7759/cureus.16205
18. Tzoumas L, Samara E, Tzoumas K, Tzimas P, Papadopoulos G. Medical liability in anesthesiology. Greek courts decisions analysis. Scientific Chronicles

2021; 26(1): 129-139

19. Σχορετσανίτης Γ. Η ιστορία της Ισλαμικής Ιατρικής. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Αθήνα 2011
20. V. Cabrol, "Codification de la deontologie medicale", RGDM, 2005; 1:103.
21. Τζουμας Κ, Ιατρικό σφάλμα – Απόδειξη – Αλήθεια – Εκμετάλλευση. Νομικό Βήμα 2015; 63(3): 652 - 655
22. Ζεγκελίδου Ε. Ο ρόλος του Ιατροδικαστή στη δικαστική διερεύνηση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας. Στο Ιατρική Ευθύνη από αμέλεια. (αστική Ποινική) Ερευνητικό Δίκτυο ΑΠΘ Ιατρική πράξη, Βιοηθική, και Δίκαιο 2013: 3: 129- 142