

Webinar στις 15.5.2020 με θέμα: «Η άσκηση της ιατρικής στην εποχή της πανδημίας»

Ελισάβετ Συμεωνίδου–Καστανίδου
Κοσμήτορας Νομικής Σχολής ΑΠΘ,
Καθηγήτρια Νομικής Σχολής, Διευθύντρια
Εργαστηρίου Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής

Ελένη Ρεθυμιωτάκη
Πρόεδρος Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, Αναπλ.
Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΕΚΠΑ

Χρυσάνθη Σαρδέλη
Αναπλ. Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής, Σχολής
Επιστημών Υγείας ΑΠΘ

Κατερίνα Φουντεδάκη
Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ

Αθηνά Κοτζάμπαση
Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ

Νικόλαος Μπιτζιλέκας
Καθηγητής Νομικής Σχολής ΑΠΘ

Έφη Τζίβα
Αναπλ. Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ

Βασίλης Ταρλατζής
Ομότιμος Καθηγητής του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής
Επιστημών Υγείας ΑΠΘ

Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική



AUTH

RC 19

Προεισαγωγικά – Σύντομη παρουσίαση του Εργαστηρίου

Το Εργαστήριο Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής ιδρύθηκε στη Νομική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με την υπ' αριθμ. 2920/22.12.2015 απόφαση της Συγκλήτου (ΦΕΚ 5Β'/08.01.2016) και έχει ως αποστολή την κάλυψη των ερευνητικών και διδακτικών αναγκών της Νομικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, καθώς και άλλων Τμημάτων του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, στο γνωστικό αντικείμενο του Ιατρικού Δικαίου και της Βιοηθικής και σε θέματα, όπως, τελείως ενδεικτικά: ιατρική ευθύνη, ιατρική δεοντολογία, αρχή της ανθρώπινης ζωής, ευθανασία, υποβοηθούμενη αυτοκτονία, έρευνα στα βλαστοκύτταρα, κλινικές μελέτες στον άνθρωπο, ανάλυση DNA κ.ά.

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του και ευαισθητοποιημένο το Εργαστήριο με τα πολλά και δυσεπίλυτα προβλήματα που δημιούργησε ο COVID-19, όπως και τα μέτρα που λήφθηκαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας, σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, πολύ νωρίς, και συγκεκριμένα στις 15.5.2020, οργάνωσε ένα webinar, στο οποίο συμμετείχαν διακεκριμένοι επιστήμονες, προερχόμενοι κυρίως, από τη Νομική Επιστήμη αλλά και την Ιατρική, με θέμα: «Η άσκηση της ιατρικής στην εποχή της πανδημίας». Στόχος ήταν όχι μόνο η ανάδειξη των προβλημάτων που προκάλεσε η πανδημία στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, στην προστασία των ασθενών, στα ζητήματα ασφαλιστικής κάλυψης αλλά και η πρόταση και υπόδειξη λύσεων, άμεσα εφαρμοζόμενων, έτσι ώστε να επιλυθούν όλα αυτά τα σοβαρά ζητήματα, από άποψη νομική και ιατρική συγχρόνως.

Webinar της 15.5.2020

Στο webinar που οργανώθηκε και διεξήχθη, στις 15.5.2020 και ώρα 7.00 μ.μ. συμμετείχαν επτά (7) επιστήμονες, με πέντε (5) εισηγήσεις και δύο (2) παρεμβάσεις με συντονιστή τον ομότιμο Καθηγητή του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών υγείας ΑΠΘ κ. Βασίλειο Ταρλατζή και το παρακολούθησαν 140 άτομα. Οι εισηγήσεις, τις οποίες και

συνοπτικά θ' αναφέρουμε στη συνέχεια, όπως και οι παρεμβάσεις, ήταν οι ακόλουθες:

- «Τα βιοηθικά ζητήματα της πανδημίας στις Γνώμες Ευρωπαϊκών Επιτροπών Βιοηθικής», Ρεθυμιωτάκη Ελένη, Πρόεδρος Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, Αν. Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΕΚΠΑ.
- «Η παροχή ιατρικής φροντίδας και η τήρηση πρωτοκόλλων στην εποχή της πανδημίας», Σαρδέλη Χρυσάνθη, Αν. Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας ΑΠΘ.
- «Ιατρικά σφάλματα στην πανδημία. Άρνηση παροχής ιατρικών υπηρεσιών (Συντρέχον) πταίσμα ασθενούς», Φουντεδάκη Κατερίνα, Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ.
- «Ποινική ιατρική ευθύνη στην εποχή της πανδημίας», Μπιτζιλέκης Νικόλαος, Καθηγητής Νομικής Σχολής ΑΠΘ.
- «Ιδιωτική Ασφάλιση και COVID-19», Τζίβα Έφη, Αν. Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ.
- «Αντιμετώπιση των ασθενών με ήπια συμπτώματα και τα μητρώα ασθενών», παρέμβαση, Κοτζάμπαση Αθηνά, Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ.
- «Ποινική ιατρική ευθύνη», παρέμβαση, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ, Κοσμήτορας Νομικής Σχολής ΑΠΘ, Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ, Διευθύντρια Εργαστηρίου Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής.

Εισηγήσεις και παρεμβάσεις – Παρουσίαση αυτών

1. «Τα βιοηθικά ζητήματα της πανδημίας στις Γνώμες Ευρωπαϊκών Επιτροπών Βιοηθικής», Ρεθυμιωτάκη Ελένη, Πρόεδρος Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, Αν. Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η πρώτη εισήγηση ασχολείται με την αντιμετώπιση βιοηθικών ζητημάτων που δημιούργησε η πανδημία σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, όπως διαμορφώθηκε με Γνώμες, τις οποίες συνέταξαν τα αντίστοιχα αρμόδια εθνικά όργανα.

Οι Γνώμες, που αναλυτικά παρουσιάστηκαν, προέρχονταν από τη Μεγάλη Βρετανία, την Γερμανία, την Ελβετία, την Γαλλία και την Ελλάδα.

Η εισηγήτρια ανέφερε ότι στην Αγγλική Γνώμη δίνεται έμφαση στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως και στη δημοκρατική διακυβέρνηση, ενώ στην αντίστοιχη Γνώμη της Γερμανίας παρατηρείται ισορροπία ευθύνης με την αυτονομία και τονίζεται η δημοκρατική νομιμοποίηση.

Η Ελβετία, από τη μεριά της, αποδίδει βαρύτητα στην ιχνηλάτηση των κρουσμάτων ως μέτρο αντιμετώπισης της πανδημίας και τους προβληματισμούς ως προς την προσβολή της ιδιωτικότητας, ενώ τονίζει ότι οφείλουν τα σχετικά εθνικά μέτρα να σέβονται την αρχή της διαφάνειας. Η Γαλλία, με τη σειρά της, στη διατυπωθείσα Γνώμη κάνει λόγο για τις ηθικές αρχές που οφείλουν τα μέτρα και οι λοιπές συστάσεις να πληρούν, αλλά και την ευθύνη που οφείλουν οι πολίτες να επιδείξουν.

Τέλος, η Ελλάδα τονίζει το θέμα της ατομικής ευθύνης, που οφείλουν όλοι να επιδείξουν, όπως, επίσης, στρέφει την προσοχή των αρμοδίων στο δημόσιο σύστημα υγείας και την θωράκισή του, από όλες τις πλευρές, ώστε να μπορέσει ν' αντιμετωπίσει τα κρούσματα, αλλά και τις ποικίλες συνέπειες της πανδημίας. Στη χώρα μας δεν έχει εκδοθεί σχετική Γνώμη για τον COVID-19, ωστόσο αντίστοιχα ζητήματα έτυχαν αντιμετώπισης στη Γνώμη για τα λοιμώδη νοσήματα, όπως και στη Σύσταση για την αντιμετώπιση του Έμπολα.

Η εισηγήτρια, με περιεκτικό τρόπο, τόνισε ότι σε όλες τις αναλυτικά παρουσιασθείσες Γνώμες εντοπίζονται οι εξής συνδυασμοί αρχών: ευθύνη και αλληλεγγύη, ισότητα και δικαιοσύνη, διαφάνεια και λογοδοσία.

2.«Η παροχή ιατρικής φροντίδας και η τήρηση πρωτοκόλλων στην εποχή της πανδημίας», Σαρδέλη Χρυσάνθη, Αν. Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος.

Στις 8 Δεκεμβρίου 2019 η ζωή όλων στον πλανήτη Γη άλλαξε. Ήταν η μέρα που καταγράφηκε στην Κίνα το πρώτο κρούσμα μίας πρωτόγνωρης, σοβαρής πάθησης, η οποία λίγες εβδομάδες αργότερα διαπιστώθηκε ότι οφείλεται σε έναν άγνωστο τύπο κορωνοϊού που ονομάστηκε SARS-CoV-2. Τρεις μήνες μετά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) κήρυξε πανδημία. Εν μια νυκτί η παροχή υπηρεσιών υγείας άλλαξε, όπως άλλαξε η άσκηση της ιατρικής και των υπόλοιπων επαγγελματιών που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και ο τρόπος διαχείρισης ασθενών παγκοσμίως (είτε επρόκειτο για ασθενείς με COVID-19 είτε για άλλους τύπους ασθενών).

Η κατάσταση στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό χαρακτηρίστηκε από σημαντικές αλλαγές, με κυριότερες τις ακυρώσεις όλων των αδειών του υγειονομικού προσωπικού σε δημόσια και στρατιωτικά νοσοκομεία και την οργάνωση της εργασίας του υγειονομικού προσωπικού σε ομάδες, εκ περιτροπής. Παράλληλα, συγκεκριμένα νοσηλευτικά ιδρύματα τέθηκαν σε συναγερμό για την αντιμετώπιση της πανδημίας και άλλα μετακίνησαν το υγειονομικό προσωπικό τους μεταξύ κλινικών και πτερυγών, ώστε να δημιουργηθούν ειδικά τμήματα για την αποκλειστική αντιμετώπιση περιστατικών COVID-19, καθώς δεν ήταν απολύτως γνωστός ο τρόπος διασποράς της νέας αυτής πάθησης. Η υποδοχή περιστατικών στα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ) δημοσίων και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων περιορίστηκε, ακυρώθηκαν όλα τα ραντεβού στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και αναβλήθηκαν όλα τα μη επείγοντα προγραμματισμένα χειρουργεία σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Διενεργήθηκαν ασκήσεις διαχείρισης ύποπτων περιστατικών και εκπαίδευσης στη χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ), δημιουργήθηκαν και εξοπλίστηκαν επιπλέον κλίνες σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και έγινε σχεδιασμός για λειτουργία «νοσοκομείων εκστρατείας». Τα διαθέσιμα ΜΑΠ και πολλά είδη υγειονομικού υλικού επιτάχθηκαν για χρήση κατά την κρίση του Υπουργείου Υγείας και του Υφυπουργείου Πολιτικής Προστασίας. Έγιναν προσλήψεις ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία και καθιερώθηκε η ηλεκτρονική έκδοση και διακίνηση ιατρικών συνταγών.

Πολλά ιατρεία και σχεδόν όλα τα οδοντιατρεία της Ελλάδας ανέστειλαν τη λειτουργία τους και, ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε ότι ελαττώθηκαν οι επισκέψεις ασθενών για κάθε λόγο στα ΤΕΠ, οι εισαγωγές σε νοσηλευτικά ιδρύματα και πιθανότατα οι θάνατοι από συνήθη αίτια (ΟΕΜ, ΑΕΕ, τροχαία, κ.λπ.).

Οι ιατροί και το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων ενημερώθηκαν ότι επιβάλλεται να χρησιμοποιούν ειδικά ΜΑΠ, όταν έρχονται σε επαφή με ασθενείς, να εξετάζουν ασθενείς διά ζώσης, μόνο εφόσον πρόκειται για επείγοντα περιστατικά, να περιορίσουν τον αριθμό επισκεπτών/συνοδών σε νοσηλευτικά ιδρύματα και ιατρεία, να παρέχουν υπηρεσίες υγείας από τηλέφωνα ή μέσω εφαρμογών τηλε-ιατρικής, όπου αυτό είναι εφικτό, να εκδίδουν συνταγές ηλεκτρονικώς, να μετακινηθούν σε θέσεις ή/και να εκτελέσουν εργασίες άλλες από αυτές της ειδικότητάς τους ή για τις οποίες έχουν εκπαιδευτεί, να παραμείνουν στο σπίτι τους για συγκεκριμένο αριθμό ημερών, εφόσον έρθουν σε επαφή με γνωστό κρούσμα ή/και εμφανίζουν συμπτώματα COVID-19, χωρίς, όμως, απαραίτητως να εξεταστούν, για να διαπιστωθεί αν όντως ασθενούν ή όχι, λόγω έλλειψης υλικών διάγνωσης του ιού.

Ανάλογες αλλαγές προέκυψαν αναφορικά με την άσκηση του φαρμακευτικού επαγγέλματος και τη λειτουργία των φαρμακείων, με σημαντικότερη την εφαρμογή της από χρόνια θεσμοθετημένης απαγόρευσης πώλησης αντιμικροβιακών φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή.

Η κυριότερη αλλαγή, όμως, σημειώθηκε στον τρόπο διαχείρισης ασθενών που δεν έπασχαν από COVID-19. Περιορίστηκε σημαντικά η πρόσβαση ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ακυρώθηκαν προγραμματισμένοι τακτικοί έλεγχοι χρονίων περιστατικών ή προσυμπτωματικοί έλεγχοι του γενικού πληθυσμού, δημιουργήθηκαν προβλήματα πρόσβασης σε έγκαιρη διάγνωση και ενδεδειγμένες ή υπό μελέτη αντικαρκινικές θεραπείες, ενώ υπήρξε σύγχυση αναφορικά με τη διαχείριση περιστατικών των οποίων η διαχείριση επιβάλλει ιατρική επίσκεψη και εξέταση που εξαρτάται από τον χρόνο εξέλιξής τους (κύηση, ανάπτυξη υγιούς παιδιού, εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών, κ.λπ.).

Ο τρόπος διαχείρισης και θεραπείας των ασθενών με COVID-19 αποτέλεσε μείζον πρόβλημα για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, καθώς επρόκειτο για άγνωστη πάθηση, με περίπλοκη κλινική εικόνα, ανυπαρξία αποτελεσματικών θεραπειών, εμβολίων ή εξειδικευμένων πρωτόκολλων διαχείρισης, γεγονότα που δημιούργησαν περαιτέρω ασάφεια αναφορικά με τη διαχείριση πόρων, την ασφαλιστική κάλυψη και τις νομικές επιπτώσεις πιθανού ιατρικού λάθους ή αμέλειας.

Η εμφάνιση νέων ιών συνεπάγεται ότι η γνώση αναφορικά με τον τρόπο μετάδοσης και τη σοβαρότητα της λοίμωξης που προκαλούν, τα κλινικά της χαρακτηριστικά και τους παράγοντες κινδύνου είναι στην καλύτερη περίπτωση περιορισμένη στην αρχή μίας επιδημίας. Για την αποσαφήνιση των παραπάνω ο ΠΟΥ σύστησε τη διεξαγωγή 4+1 ερευνητικών μελετών, τις WHO Unity Studies, ώστε να τεκμηριωθεί πώς μεταδίδεται ο ιός και πώς ιχνηλατείται ένα επιβεβαιωμένο κρούσμα, πώς διασπείρεται ο ιός στα μέλη ενός νοικοκυριού, τι παράγοντες κινδύνου αντιμετωπίζουν

οι επαγγελματίες υγείας, αν ο ιός μεταδίδεται μέσω μολυσμένων επιφανειών και ποια είναι τα επιδημιολογικά δεδομένα επιπολασμού του ιού σε δείγματα ορού διαφόρων ηλικιακών ομάδων.

Η αντιμετώπιση των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων και των ασθενών βασίστηκε σε θεραπευτικά πρωτόκολλα και αλγόριθμους που εξέδωσε ο ΕΟΔΥ, που εν πολλοίς θεμελιωνόνταν στις οδηγίες του ΠΟΥ και οι οποίοι τροποποιούνταν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Προς το παρόν (15/5/2020) δεν υπάρχουν φάρμακα, εμβόλια ή άλλες θεραπευτικές επιλογές που να έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19 και η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση παραμένει η πρόληψη, δηλαδή η λήψη των ενδεδειγμένων μέτρων περιορισμού της εμφάνισης COVID-19 (συχνό πλύσιμο χεριών με σαπούνι, χρήση αντισηπτικού στα χέρια και τις επιφάνειες, χρήση μαντιλιού ή του αγκώνα, όταν βήχουμε, καλός αερισμός κλειστών χώρων, αποφυγή συνωστισμού) και συμπτωματική θεραπεία για τους νοσούντες.

Υπήρξαν, όμως, συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετώπισαν ιατροί και λοιποί επαγγελματίες υγείας, όπως σημαντικά προβλήματα κατανόησης των κρατικών οδηγιών ή ελλείψεις οδηγιές, προβλήματα λόγω ανεπάρκειας ΜΑΠ, άγχος για τη διαχείριση περιστατικών και πόρων, σωματική και ψυχική κόπωση και προβλήματα από τη χρήση ΜΑΠ, φόβος λόγω του υψηλού κινδύνου νόσησης και θανάτου για τους ίδιους και ανησυχία για τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού στους οικείους, άγχος για πιθανό ιατρικό λάθος, καταλογισμό ιατρικής αμέλειας και ελλιπή κάλυψη αστικής ευθύνης, στιγματισμός λόγω επαγγέλματος και άγχος αναφορικά με την επαγγελματική επιβίωση όσων εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Τέλος, σοβαρά προβλήματα σε επίπεδο δημόσιας υγείας αποτέλεσαν η καθυστέρηση της δημοσιοποίησης της σοβαρότητας της κατάστασης από την Κίνα, τα αντικρουόμενα συμπεφέροντα μεταξύ μεμονωμένων ασθενών και κοινωνικού συνόλου, η λήψη μέτρων με βάση τη δημόσια υγεία υπό το πρίσμα της πανδημίας σε σχέση με τις ανάγκες της καθημερινής κλινικής πρακτικής, η διαχείριση των πόρων και των λοιπών ασθενών, οι αντικρουόμενες οδηγίες αναφορικά με τη χρήση ΜΑΠ, η έλλειψη σχεδίου αντιμετώπισης της επόμενης ημέρας, η σύγκρουση συμφερόντων μεταξύ ερευνητικής δραστηριότητας (σχεδιασμός, διεξαγωγή, υλοποίηση ερευνητικών έργων και δημοσιοποίηση ερευνητικών αποτελεσμάτων) και κλινικής ιατρικής και προβλήματα σε σχέση με τη χρηματοδότηση ερευνητικών δράσεων και τη δημοσίευση επιστημονικών αποτελεσμάτων χωρίς αξιολόγηση από ομότιμους κριτές. Ειδικά το τελευταίο δημιούργησε τεράστια προβλήματα αξιοπιστίας για το ιατρικό σώμα και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας και προβλήματα διαχείρισης πόρων και εφαρμογής ενδεδειγμένων πρακτικών από πλευράς πολιτείας.

Ευχή όλων αποτελεί το παρακάτω: η γνώση που συγκεντρώθηκε στο πρώτο κύμα της πανδημίας να αξιοποιηθεί με τον κατάλληλο τρόπο σε περίπτωση εμφάνισης επόμενων κυμάτων, μέχρις ότου η επιστήμη να προσφέρει νέες δυνατότητες οριστικής αντιμετώπισης της νόσου COVID-19.

3.«Πρώτες σκέψεις για την ιατρική ευθύνη στην πανδημία», Φουντεδάκη Κατερίνα, Καθηγήτρια Αστικού δικαίου Νομική Σχολή ΑΠΘ

Διάγραμμα

- Εισαγωγικές παρατηρήσεις. Αστική ιατρική ευθύνη και ιατρικό σφάλμα.
- Πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες πριν και κατά την πανδημία.
- Κρίσιμα ιατρικά σφάλματα στην πανδημία.
- Σφάλμα περί την ανάληψη του ασθενούς.
- Οργανωτικό σφάλμα.
- Διαγνωστικό σφάλμα.
- Μορφές άρνησης παροχής ιατρικών υπηρεσιών στην πανδημία.
- Μένουμε σπίτι.
- Αλλά δε μας εξετάζει κανείς.
- Η στάθμιση κινδύνων- οφέλους σε νέα διάσταση: Ατομικό συμφέρον του ασθενούς και δημόσια υγεία.
- Οικείο πταίσμα λόγω παραβίασης των κανόνων της καραντίνας.
- Πρόκληση ζημίας σε άλλους λόγω παραβίασης των κανόνων της καραντίνας ή της «γενικής υποχρέωσης επιμέλειας».

I. Εισαγωγικές παρατηρήσεις. Αστική ιατρική ευθύνη και ιατρικό σφάλμα

Η ιατρική ευθύνη αφορά πάντα μια ατομική περίπτωση, στην οποία έχει προκληθεί βλάβη ή ζημία στον ασθενή. Στην αστική ιατρική ευθύνη, η διαπίστωση ιατρικού σφάλματος έχει ως συνέπεια την καταβολή αποζημίωσης στον ασθενή (ή στους οικείους του, αν αυτός έχει πεθάνει) από τον υπαίτιο γιατρό και το ιδιωτικό θεραπευτήριο, στην ιδιωτική περίθαλψη, από το δημόσιο νοσοκομείο ή άλλο δημόσιο φορέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών στη δημόσια περίθαλψη. Τα κριτήρια για το ιατρικό σφάλμα είναι η αντίστροφη όψη των κριτηρίων της επιμελούς συμπεριφοράς του γιατρού: Το επικρατέστερο στη νομολογία είναι αυτό του μέσου συνετού γιατρού της κρίσιμης για την ιατρική πράξη ειδικότητας, ο οποίος τηρεί τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας. Διεθνώς επικρατεί το κριτήριο της τήρησης του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμέλειας (medical standard), ενώ συχνά τονίζεται η σημασία του συμφέροντος του συγκεκριμένου ασθενούς (βλ. και άρθρο 3 ν. 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στο εξής ΚΙΔ). Κρίσιμο ζήτημα είναι, βέβαια, πώς διαμορφώνεται και πώς διαφοροποιείται το πρότυπο της ιατρικής επιμέλειας την εποχή της πανδημίας. Τα πρωτόκολλα και οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν έχουν, βέβαια, νομική δεσμευτικότητα, αλλά έχουν σημαντικό ρόλο στην εξειδίκευση του προτύπου της ιατρικής επιμέλειας. Δικαιολογείται η κρίση ότι πριν την πανδημία η Ελλάδα βρισκόταν ακόμη σε μεγάλο βαθμό στην «ατομική» άσκηση της ιατρικής (ως τέτοια εννοείται η άσκηση κατά την ατομική-προσωπική άποψη του γιατρού), συνδυαζόμενη με την ισχυρή επίδραση της συνήθους (όχι απαραίτητα ορθής) πρακτικής και με τις αντικειμενικές

δυνατότητες του συστήματος ιδιωτικής ή δημόσιας περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι με την πανδημία η χώρα μας πέρασε αίφνης και με βίαιη προσαρμογή στην ιατρική των γενικής ισχύος πρωτοκόλλων, με συγκεκριμένη μάλιστα προέλευση, από έναν εθνικό φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). Υπάρχει ένα σημείο ιδιαίτερα ενδιαφέρον: Οι οδηγίες του ΕΟΔΥ δεν απέβλεπαν και δεν αποβλέπουν μόνο στην αντιμετώπιση των συγκεκριμένων περιστατικών νοσούντων με COVID-19, αλλά έχουν και μια σαφή διάσταση προστασίας της δημόσιας υγείας, σε συνδυασμό με την επιδημιολογική επιτήρηση. Και έτσι έπρεπε να είναι, αλλά είναι κρίσιμο να δούμε την τριβή της λειτουργίας αυτής των οδηγιών και πρωτοκόλλων του ΕΟΔΥ με το συμφέρον του μεμονωμένου ασθενούς.

II. Κρίσιμα είδη ιατρικών σφαλμάτων στην πανδημία

A) Σφάλμα περί την ανάληψη του ασθενούς. Αυτό υπάρχει, όταν ο γιατρός (ή το νοσοκομείο, κλινική κ.λπ.) αναλαμβάνει την ιατρική αγωγή, χωρίς να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις αντικειμενικές προϋποθέσεις για την τήρηση του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμέλειας. Τέτοιες είναι οι περιπτώσεις, όπου ο γιατρός δεν διαθέτει τις αναγκαίες γνώσεις και ικανότητες, ή τον απαραίτητο για την ιατρική πράξη εξοπλισμό, ή κάθε είδους, ή βοηθητικό προσωπικό, ή βρίσκεται σε παροδική έστω μείωση των προσωπικών του δυνατοτήτων (λ.χ. επειδή είναι άρρωστος ή κουρασμένος). Είναι φανερό ότι σε όλη αυτήν την εποχή έχουμε δει πολλές εικόνες γιατρών, ιδίως από χώρες που «απέτυχαν» στη διαχείριση της πανδημίας, οι οποίες ανταποκρίνονται σε αυτά τα χαρακτηριστικά. Τίθεται, επομένως, επιτακτικά το ερώτημα ποια είναι η συνέπεια της πρόκλησης ζημίας στον ασθενή υπό τις συνθήκες που προπεριγράφηκαν. Αυτονόητα, η βλάβη και η εξ αυτής ζημία του ασθενούς δεν προκαλείται από το ίδιο το γεγονός της ανάληψης αλλά από κάποιο ειδικότερο σφάλμα στο οποίο υπέπεσε ο γιατρός, ακριβώς λόγω της εξαρχής αδυναμίας του να ανταποκριθεί στο οφειλόμενο πρότυπο επιμέλειας. Τι ισχύει κατά την πανδημία; Κατά γενική παραδοχή, το σφάλμα περί την ανάληψη δικαιολογείται, μόνον όταν συντρέχει περίπτωση επείγοντος και απουσία εναλλακτικών λύσεων, οπότε η παράλειψη της ιατρικής πράξης θα συνεπαγόταν μεγαλύτερη διακινδύνευση του ασθενούς. Οι αρχές αυτές διαγράφονται με ευκρίνεια και στο άρθρο 9 ΚΙΔ. («Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επείγοντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο γιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης»). Η διάταξη αυτή, που είναι hard law και όχι απλώς κανόνας δεοντολογίας, αφενός αποκλείει το σφάλμα ανάληψης σε περίπτωση επείγοντος, αφετέρου τροποποιεί προς τα κάτω το πρότυπο της οφειλόμενης επιμέλειας, λόγω των έκτακτων συνθηκών.

Β) Οργανωτικό σφάλμα. Συχνά με τον προηγούμενο τύπο σφάλματος συνδέεται το «οργανωτικό» σφάλμα ή «σφάλμα οργάνωσης» (Organisationsfehler, faute d'organisation ou dans le fonctionnement du service), το οποίο σχετίζεται με την οργάνωση της παροχής της ιατρικής υπηρεσίας και, ειδικότερα, με την εξασφάλιση των αντικειμενικών και υποκειμενικών όρων που απαιτούνται για την τήρηση της οφειλόμενης ιατρικής επιμέλειας, καθώς και με τον έλεγχο και την επίβλεψη των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι, υπάρχει οργανωτικό σφάλμα, όταν η ζημία του ασθενούς συνδέεται αιτιωδώς με το γεγονός ότι δεν είχαν γίνει προμήθειες των αναγκαίων φαρμάκων, τεχνικών και τεχνολογικών μέσων, ή με πλημμελή έλεγχο, συντήρηση ή αποστείρωσή τους, ή όταν στο προσωπικό δεν είχαν δοθεί οι ορθές οδηγίες για την τήρηση μέτρων ασφάλειας. Μεταξύ του σφάλματος οργάνωσης και του σφάλματος ανάληψης υπάρχει σχέση: συχνά, το ίδιο βιοτικό γεγονός χαρακτηρίζεται ως σφάλμα ανάληψης για το πρόσωπο που έκανε την εσφαλμένη ιατρική πράξη και ως σφάλμα οργάνωσης για το πρόσωπο που του ανέθεσε την ενέργεια και που δεν του άσκησε την αναγκαία επίβλεψη ή παρέλειψε τον αναγκαίο έλεγχο των προσόντων του.

Κατά την πανδημία μπορεί να τεθεί το ερώτημα μέχρι ποίου σημείου εξικνούνται οι οργανωτικές υποχρεώσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή και του ίδιου του κράτους. Υπάρχει, δηλαδή, ένα λεπτό όριο μεταξύ της οργανωτικής έλλειψης (που είναι ιατρικό σφάλμα) και της αντικειμενικής αναπόφευκτης έλλειψης, που προκλήθηκε από έκτακτες και απρόβλεπτες συνθήκες. Το όριο αυτό μπορεί να είναι ένας αριθμός: ο αριθμός προστατευτικών масκών ή νοσοκομειακών κλινών που διαθέτει ένα νοσηλευτικό ίδρυμα ή το σύστημα υγείας συνολικά. Δεν είναι δυνατόν να υπάρχουν 15.000 κλίνες σε ΜΕΘ στην Ελλάδα, αλλά αν υπάρχουν μόνο 10, το οργανωτικό σφάλμα υπάρχει και δεν ανατρέπεται από τον ισχυρισμό ότι, ακόμη κι αν διετίθετο ο «σωστός» αριθμός κλινών, η πανδημία θα οδηγούσε το σύστημα σε κατάρρευση έτσι κι αλλιώς.

Γ) Διαγνωστικό σφάλμα. Το τελευταίο ζήτημα είναι το διαγνωστικό σφάλμα. Ως διάγνωση νοείται γενικά η διαπίστωση της ασθένειας. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα πόρισμα συναγόμενο μέσα από μια σύνθετη διαδικασία, που περιλαμβάνει ειδικότερα στάδια, όπως η λήψη του ιστορικού του ασθενούς και η συγκέντρωση και εκτίμηση όλων των αναγκαίων ευρημάτων, μέσω της κλινικής εξέτασης του ασθενούς και ειδικών διαγνωστικών εξετάσεων. Ως στοιχείο της εσφαλμένης πορείας για τη διαμόρφωση του διαγνωστικού πορίσματος, διαγνωστικό σφάλμα αποτελεί κατεχοχήν η παράλειψη των αναγκαίων σε συγκεκριμένο περιστατικό διαγνωστικών εξετάσεων. Στην Ελλάδα, στην αρχική φάση της πανδημίας, έγινε και γίνεται μεγάλη συζήτηση σχετικά με τη μη διεξέργεια του μοριακού τεστ σε άτομα με ήπια συμπτώματα.

III. Άρνηση παροχής ιατρικών υπηρεσιών κατά την πρώτη φάση της πανδημίας

Μετά από όσα προαναφέρθηκαν, μπορεί να τεθεί αρχικά το ζήτημα της άρνησης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Ενδιαφέρον για την πρώτη περίοδο της πανδημίας έχει

ο εξής ειδικότερος προβληματισμός: Υπήρξε, κατά την πρώτη φάση της πανδημίας και μέχρι τουλάχιστον τις αρχές Μαΐου του 2020, η σύσταση του ΕΟΔΥ για παραμονή στο σπίτι των ατόμων με ήπια (και μέτρια) συμπτώματα, με την υπογράμμιση ότι θα έπρεπε να συμβουλευούνται τον γιατρό τους. Κατά πρώτο λόγο, υπήρξαν προβλήματα σαφήνειας των οδηγιών: Η σύσταση για παραμονή στο σπίτι αναφερόταν σε αριθμό ημερών που παρέμενε αδιευκρίνιστος και, εξάλλου, η ίδια η έννοια των «ήπιων ή μέτριων συμπτωμάτων» είναι επίσης ασαφής έννοια για τον μη γιατρό. Για τη νόσο COVID-19 επιχειρήθηκε, βέβαια, η αντικειμενική περιγραφή των ήπιων και μέτριων συμπτωμάτων, η οποία, όμως, προφανώς δεν απευθύνεται στον ίδιο τον ασθενή, σε σχέση με τον οποίο κάθε σύμπτωμα έχει αναμφισβήτητα και μια υποκειμενική διάσταση.

Το σοβαρότερο, όμως, ερώτημα είναι, σε ποιον «γιατρό τους» καλούνταν να απευθύνονται οι ύποπτοι για COVID-19 ασθενείς. Είναι γνωστό ότι δεν υπάρχει οργανωμένη πρωτοβάθμια υγεία στη χώρα μας, δεν υπάρχει ο θεσμός του ατομικού ή οικογενειακού γιατρού, επομένως, υπήρχαν πολλά άτομα, κυρίως νέα και υγιή, που δεν είχαν ήδη γιατρό και έπρεπε να αναζητήσουν κάποιον που έως τότε δε γνώριζαν και δεν είχε καθόλου εικόνα του ιστορικού τους. Επιπλέον, κι αυτό είναι το σημαντικότερο, αυτή η κατά την οδηγία παρακολούθηση από τον γιατρό που είχε ή κατάφερνε να βρει ο ασθενής ήταν στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων τηλεφωνική, δηλαδή αυτό που συνήθως, στην κανονική εκτός πανδημίας ζωή, απερίφραστα χαρακτηρίζεται ως ιατρικό σφάλμα: ο γιατρός οφείλει καταρχήν να έχει την κλινική εικόνα του ασθενούς, να τον εξετάσει και να μην προβαίνει σε τηλεφωνικές διαγνώσεις και συστάσεις θεραπείας. Αυτός ο κανόνας μπορεί να παρακαμφθεί, μόνον όταν υπάρχει αδυναμία κλινικής εξέτασης και πλήρης απουσία εναλλακτικών λύσεων. Ωστόσο, ο ιδιώτης γιατρός γενικά δεν δεχόταν ύποπτα για COVID-19 περιστατικά στο ιατρείο του και πολύ περισσότερο αρνιόταν την επίσκεψη στο σπίτι, επικαλούμενος τον κίνδυνο μόλυνσης. Από την άλλη μεριά, είναι επίσης γνωστό ότι οι ασθενείς με ήπια και μέτρια συμπτώματα αποτρέπονταν έντονα από το να προσέλθουν σε δημόσιο νοσοκομείο αναφοράς για τον κορωνοϊό, προκειμένου να εξεταστούν.

Σχετικά ανακύπτουν ζητήματα. Κατά πρώτο λόγο, σύμφωνα με το άρθρο 9 § 2 ΚΙΔ, «Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του». Επίσης, κατά την § 4 του ίδιου άρθρου, «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. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του». Δύσκολα θα λέγαμε ότι στις εξεταζόμενες περιπτώσεις υπήρχε πάντα αντικειμενική αδυναμία και απουσία εναλλακτικών λύσεων για την άρνηση της εξέτασης του ασθενούς από τον ιδιώτη γιατρό: φόβος και έλλειψη γνώσεων υπήρχε. Ο ΕΟΔΥ, αφού επέμενε στην επικοινωνία με τον ιδιώτη γιατρό, αποτρέποντας παράλληλα την προσφυγή στο δημόσιο σύστημα υγείας, όφειλε μάλλον να εκδώσει μια οδηγία, στην οποία θα καθιστούσε σαφές ότι ο γιατρός δεν μπορεί να αρνείται την παροχή υπηρεσι-

ών προς τον ασθενή, επικαλούμενος τον κίνδυνο μόλυνσης, επομένως οφείλει να τον εξετάζει. Παράλληλα, όφειλε ο ΕΟΔΥ να κοινοποιήσει σαφείς και αναλυτικές οδηγίες για την τήρηση μέτρων προφύλαξης κατά την εξέταση στο σπίτι ή στο ιατρείο. Ως προς τις αναγκαίες διαγνωστικές εξετάσεις, θα μπορούσε, στη συνέχεια, ο ασθενής να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο αναφοράς για τον ιό. Σε σχέση, εξάλλου, με την έντονη σύσταση προς τους ασθενείς με ήπια συμπτώματα να μην προσέλθουν στα ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου αναφοράς, για να εξεταστούν από γιατρό, εμφανίζεται και αυτή ως εν μέρει προβληματική, καθώς το δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να αρνείται την παροχή των υπηρεσιών του, τουλάχιστον χωρίς κάποια αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς.

Με την κατάσταση που δημιουργήθηκε, οι ασθενείς που εμφάνιζαν συμπτώματα στερούνταν τόσο την κλινική εξέταση όσο και την ίδια τη δυνατότητα της διάγνωσης, αν πάσχουν από COVID-19, αφού για ένα μεγάλο διάστημα δεν υπήρχαν διαθέσιμα μοριακά τεστ, ακόμη και για όσους επιθυμούσαν, με δική τους πρωτοβουλία, να υποβληθούν σε αυτά σε ιδιωτικό εργαστήριο και να πληρώσουν το σχετικά υψηλό κόστος. Η διάγνωση αν πάσχει κάποιος από την ασθένεια, παρά τα όσα επανειλημμένα λέγονταν, δεν είναι καθόλου αδιάφορη για την αντιμετώπιση του περιστατικού, όπως δεν είναι καμιά διάγνωση.

Αντίλογος στις παρατηρήσεις αυτές υπάρχει: όπως προαναφέρθηκε, δεν μπορεί να θεωρηθεί σφάλμα οργανωτικό η αδυναμία ενός συστήματος υγείας να αντιμετωπίσει μια ξαφνική και ραγδαία πανδημία· επομένως, το σύστημα θα αντιδράσει εκ των ενόντων και με γνώμονα την προστασία της δημόσιας υγείας. Γιατί, πράγματι, η παράλειψη σύστασης προς τους γιατρούς να εξετάζουν ιδιωτικά ασθενείς με ύποπτα συμπτώματα συνδεόταν με την προοπτική της αξιοποίησής τους σε ενδεχόμενη μεγάλη εξάπλωση της πανδημίας και η επιλεκτική διενέργεια μοριακών διαγνωστικών τεστ σχετιζόταν με την κατά το πρώτο διάστημα της πανδημίας ποσοτική ανεπάρκειά τους. Η αποτροπή της προσέλευσης στο νοσοκομείο αναφοράς ήταν πολλαπλώς σκόπιμη λύση, καθώς απέβλεπε στον περιορισμό της διάδοσης του ιού, στο να μη στερηθούν νοσοκομειακή περίθαλψη μελλοντικοί ασθενείς που θα την είχαν περισσότερο ανάγκη και στην αποφυγή μόλυνσης προσώπων που δεν είχαν τον ιό, αλλά εμφάνιζαν συμπτώματα οφειλόμενα σε άλλη αιτία. Χωρίς να παραγνωρίζεται το εύλογο αυτών των παρατηρήσεων, πρέπει να επισημανθεί ότι στην ουσία υπήρξε μια στάθμιση μεταξύ του ατομικού συμφέροντος της υγείας του ασθενούς και του δημόσιου συμφέροντος, στάθμιση πάρα πολύ δύσκολη. Σε ένα περιστατικό που είχε κακή κατάληξη στο σπίτι, η ιατρική αντιμετώπιση που προαναφέρθηκε ίσως δε θα μπορούσε, τουλάχιστον ως προς κάποια σημεία της, να κριθεί ιατρικώς ορθή για το συγκεκριμένο ασθενή, ακόμη και με το μειωμένο πρότυπο ιατρικής επιμέλειας που επιβάλλει η πανδημία. Ενδεχομένως, η πανδημία οδηγεί σε μια νέα έννοια του ιατρικού σφάλματος και της οφειλόμενης ιατρικής επιμέλειας, με την έννοια ενός προτύπου επιμέλειας που παραμερίζει το σημαντικότερο κριτήριο, αυτό του συμφέροντος του ασθενούς, εισάγοντας στο κριτήριο της στάθμισης κινδύνων–οφέλους μια πρόσθετη παράμετρο: όχι τον άμεσο κίνδυνο για την ολότητα, αλλά περισσότερο μια εκτίμηση επιδημιολογικού κινδύνου βασισμένη σε μαθηματικά μοντέλα. Φυσικά, αυτή η εκτίμηση και οι βασιζόμενες σε αυτήν επι-

λογές ήταν απαραίτητες για την οργάνωση του κράτους απέναντι σε μια επικείμενη σοβαρή απειλή. Όταν, όμως, σε καμιά χρονική στιγμή μέχρι σήμερα δεν καλύφθηκε πάνω από το 50% των κλινών σε νοσοκομεία και ΜΕΘ αναφοράς για τον ιό, υπάρχει, ίσως, ένα ζήτημα σε σχέση με την επίμονη σύσταση της παραμονής ενός ατόμου με μέτρια λ.χ. συμπτώματα στο σπίτι, για τον πρόσθετο λόγο ότι η ασθένεια σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανίσει ξαφνική και μη αναστρέψιμη επιδείνωση.

Οι προβληματισμοί αυτοί δεν συνιστούν αμφισβήτηση της ορθότητας της διαχείρισης που έγινε κατά την πρώτη φάση της πανδημίας, η οποία υπήρξε κατά γενική ομολογία επιτυχής και κατάφερε τον δραστικό περιορισμό της διάδοσης της νόσου. Ενδεχομένως, όμως, σε ατομική περίπτωση οι κανόνες της ιατρικής ευθύνης θα δοκιμαστούν πρωτόγνωρα. Μπορεί, δηλαδή, να τεθεί το ερώτημα αν σε συγκεκριμένη περίπτωση η παράλειψη εξέτασης ασθενούς ήταν δικαιολογημένη, αν το τροποποιημένο κατά την πανδημία πρότυπο της ιατρικής επιμέλειας επέτρεπε την τηλεφωνική διάγνωση και ιατρική συμβουλή και αν ελήφθη όσο έπρεπε υπόψη το κριτήριο του συμφέροντος του συγκεκριμένου ασθενούς ή της στάθμισης κινδύνων–οφέλους. Σύμφωνα με μια άποψη που θεωρώ ορθή, τα πρωτόκολλα, οι κατευθυντήριες οδηγίες και γενικά τα πορίσματα της evidence based medicine αποτυπώνουν μια αφηρημένη στάθμιση κινδύνων–οφέλους, η οποία όμως πρέπει να επιβεβαιώνεται και με βάση το συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς. Πρέπει, με άλλες λέξεις, ο γιατρός να προβαίνει και σε στάθμιση κινδύνων–οφέλους για το συγκεκριμένο περιστατικό, εξαντλώντας τις δυνατότητες που του προσφέρει η ιατρική του γνώση και εμπειρία. Εξάλλου, δυο τελευταίες επισημάνσεις δεν μπορούν να αμφισβητηθούν: στην αστική ιατρική ευθύνη δεν λαμβάνεται υπόψη ούτε η προδιάθεση του παθόντος ούτε η υποθετική αιτιότητα. Αν, λοιπόν, όντως έχει μεσολαβήσει ένα ιατρικό σφάλμα κατά την περίθαλψη ασθενούς με κορωνοϊό, δεν μπορεί να οδηγήσει σε απαλλαγή από την τυχόν ευθύνη ο ισχυρισμός ότι ο ασθενής ήταν πολύ ηλικιωμένος ή άρρωστος, επομένως, ιδιαίτερα ευπαθής, ούτε βέβαια ότι θα πέθαινε σύντομα και ανεξάρτητα από τον κορωνοϊό.

4.«Ποινική ιατρική ευθύνη στην εποχή της πανδημίας», Μπιτζιλέκης Νικόλαος, Καθηγητής Νομικής Σχολής ΑΠΘ.

Το δίλημμα που αντιμετώπισε γιατρός στο Bergamo της Ιταλίας ήταν ν' αποφασίσει σε ποιον από τους δύο ασθενείς-κρούσματα του COVID-19, έναν 62χρονο και έναν ηλικίας 49 ετών, που κατέληξαν στο νοσοκομείο, να διαθέσει το τελευταίο κρεβάτι εντατικής, αρνούμενος, κατά συνέπεια, στον άλλο ασθενή την αναγκαία υποστήριξη της αναπνοής του.

Το ζήτημα της ποινικής ευθύνης του γιατρού εκκινούμενο με το συγκεκριμένο περιστατικό είναι ένα από τα πολύ σοβαρά ζητήματα που δημιούργησε η πανδημία και η αντιμετώπισή της σε επίπεδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, τίθεται το ερώτημα εάν η παράλειψη γιατρού να προσφέρει την αναγκαία ιατρική φροντίδα συνιστά ή όχι αξιόποινη πράξη και εάν όντως στη συγκεκριμένη περίπτωση θα ήταν δυνατό ο γιατρός να προβεί σε κάποια ενέργεια. Στον χώρο του ποινικού δικαίου η παράλειψη μπορεί να συνιστά ανθρωποκτονία με παρά-

λειψη, εάν ο ασθενής πέθανε (άρθρο 299 και 15 ΠΚ), και απόπειρα ανθρωποκτονίας, εάν δεν πέθανε (άρθρο 299, 15 και 42 ΠΚ), όπως, επίσης, έκθεση σε κίνδυνο ζωής με παράλειψη, εάν δεν πέθανε, και θανατηφόρα έκθεση, εάν πέθανε (άρθρο 306 παρ. 2 ΠΚ). Παράλληλα, ένα σημαντικό θέμα είναι εάν υφίσταται δόλος ανθρωποκτόνος ή έστω δόλος διακινδύνευσης.

Το βασανιστικό ερώτημα είναι το κριτήριο επιλογής και πώς αυτό προσδιορίζεται, όταν ο γιατρός αντιμετωπίζει σύγκρουση καθηκόντων. Από τη μία πλευρά, είναι το καθήκον να ενεργήσει, για να σώσει τη ζωή του Α, και από την άλλη, το καθήκον να ενεργήσει, για να σώσει τη ζωή του Β. Και μάλιστα, η σύγκρουση αυτή υπό το κράτος ψυχικής πίεσης και αδυναμίας επιλογής του γιατρού που οδηγεί, όμως, στην άρση του καταλογισμού στην ενοχή (άρθρο 33 του νέου ΠΚ), με άλλα λόγια αδυναμία τιμώρησης, επειδή βρισκόταν σε ηθικό δίλημμα.

Πάντως σε κάθε περίπτωση ο γιατρός θα ήταν εκτεθειμένος όποια επιλογή και να έκανε, καθώς θα υπήρχε η δυνατότητα παρεμπόδισης από άλλο ασθενή, ή ακόμη δυνατότητα τιμώρησης από τρίτο-συγγενή του ασθενή στον οποίο παρέλειψε να παράσχει ιατρική φροντίδα, ή ακόμη θα εξέθετε σε κίνδυνο έναν άλλο γιατρό, ο οποίος δε θα βρισκόταν σε αντίστοιχο ηθικό δίλημμα.

Για τους λόγους αυτούς θεωρούμε ότι το δίλημμα στην ουσία δεν το έχει ο γιατρός αλλά η ίδια η έννομη τάξη. Δεν μπορεί το Δίκαιο να σου επιβάλλει ένα καθήκον, όταν η εκπλήρωση του ενός έχει ως προϋπόθεση την παράβαση του άλλου.

Για να είναι δυνατή η άρση του αδικού της παράλειψης του γιατρού να παράσχει ιατρική φροντίδα είναι να πρόκειται για ισοδύναμα καθήκοντα, άρα το κριτήριο επιλογής θα κατευθύνεται με βάση το άρθρο 15 ΚΙΔ (Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας).

Το συμπέρασμα είναι ότι κάθε κριτήριο, για να γίνει αποδεκτό, πρέπει να έχει ορθολογική βάση (ακόμη και κλήρωση) από εκείνον που παραβιάζει τις αρχές της έννομης τάξης, με άλλα λόγια να μη λειτουργεί με κριτήρια ρατσιστικά ή επειδή έχει χρηματισθεί, για να προβεί στη συγκεκριμένη επιλογή ασθενή στον οποίο θα παράσχει τις υπηρεσίες του, παραλείποντας κάποιον άλλον.

Για παράδειγμα, ορθολογική βάση μπορεί ν' αποτελέσει το γεγονός ότι ένας ασθενής με βάση συγκεκριμένα δεδομένα έχει περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης, συγκριτικά με κάποιον άλλο.

Οι γιατροί, κατά συνέπεια, δεν είναι αξιόπονοι για την παράλειψή τους, όχι επειδή ο κόσμος τους κατανοεί και συμμαρτίζεται τις προσπάθειές τους, αλλά γιατί δεν έπραξαν τίποτε άδικο.

5.«Ιδιωτική Ασφάλιση και COVID -19», Τζίβα Έφν, Αν. Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ

Η σχέση της ιδιωτικής ασφάλισης με τον COVID-19 και ειδικότερα με τις συνέπειές του στην υγεία, την οικονομική ζωή και γενικότερα την ανθρώπινη ύπαρξη και δραστηριότητα είναι πολυεπίπεδη και δημιουργεί σημαντικά προβλήματα, απρόβλεπτα και συγχρόνως δυσεπίλυτα, τόσο για τους ασφαλισμένους-θύματα της πανδημίας, όσο και για τις ασφαλιστικές

και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις, ήτοι για το σύνολο της ασφαλιστικής αγοράς.

Πολλές οι μορφές της ασφάλισης που συνδέονται με τον COVID-19, όπως είναι οι ασφαλίσσεις διακοπής λειτουργίας επιχείρησης, αστικής ευθύνης, ιατρικής ευθύνης ατομικού και ομαδικού χαρακτήρα, πιστώσεων και εγγυήσεων, μεταφοράς πραγμάτων, ασφαλίσεις ζωής, ασφαλίσεις υγείας (ζημιών) κ.ά.

Για να είναι εφικτή η σκιαγράφηση των συνεπειών της πανδημίας σε όλες τις ασφαλίσσεις, είναι απαραίτητη η αναφορά στα δομικά στοιχεία της ασφαλιστικής σύμβασης που είναι η ανάληψη εκ μέρους της ασφαλιστικής επιχείρησης έναντι ασφαλιστρού της υποχρέωσης να παράσχει ασφαλιστική κάλυψη (σχεδόν αποκλειστικά σε χρήμα), όταν επέλθει η ασφαλιστική περίπτωση. Ως ασφαλιστική περίπτωση περιγράφεται η πραγματοποίηση του κινδύνου ή η επέλευση γεγονότος, για το οποίο συμφωνήθηκε η ασφαλιστική κάλυψη.

Το ερώτημα, κατά συνέπεια, που έχει προκύψει αναφορικά με τον COVID-19 είναι, εάν η επέλευσή του και ειδικότερα οι συνέπειές του σε όλες τις φάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης αποτελούν ή όχι κίνδυνο, τον οποίο καλείται να καλύψει ασφαλιστικά ο ασφαλιστής.

Γεγονός είναι ότι κίνδυνοι, όπως, ενδεικτικά, γεγονότα απρόβλεπτα, μη προσδιορίσιμα κατά τον χρόνο κατάρτισης της ασφαλιστικής σύμβασης, και κατά συνέπεια μη κοστολογημένα, εμπίπτουν στις αποκαλούμενες εξαιρέσεις της ασφαλιστικής κάλυψης. Πρόκειται, συγκεκριμένα για περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη, παρά το γεγονός ότι η αντίστοιχη ασφαλιστική σύμβαση λειτουργεί κανονικά, έχουν εκπληρωθεί οι πάσης φύσεως υποχρεώσεις των ασφαλισμένων, έχει επέλθει ο κίνδυνος στη διάρκεια ισχύος της σύμβασης, όμως οι διακρινόμενες, σε υποκειμενικές και αντικειμενικές εξαιρέσεις οδηγούν στην απαλλαγή του ασφαλιστή από την υποχρέωση της ασφαλιστικής κάλυψης.

Η πρόβλεψη εκ μέρους της ασφαλιστικής επιχείρησης και η συμπερίληψη στον συμβατικό δεσμό με τους ασφαλισμένους των εξαιρέσεων η αλήθεια είναι ότι λειτουργεί ως ένας ακροβατισμός στην προσπάθεια εξισορρόπησης των δύο θεμελιωδών χαρακτηριστικών της ιδιωτικής ασφάλισης που είναι, αφενός μεν, μια ορθολογιστική επιχειρηματική οργάνωση και αφετέρου ο ηθικοκοινωνικός χαρακτήρας της ασφάλισης, εκφραζόμενος, κυρίως, μέσω της προστασίας των ασφαλισμένων.

Σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν. 2496/1997 (διάταξη γενικής εφαρμογής στο σύνολο των ασφαλίσεων):

- Δεν παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη στο μέτρο που η πραγματοποίηση του ασφαλιστικού κινδύνου προέρχεται από πολεμικά γεγονότα ή ενέργειες, εμφύλιο πόλεμο, στάση ή λαϊκές ταραχές.
- Στην ασφάλιση πραγμάτων δεν παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη, στο μέτρο που η πραγματοποίηση του ασφαλιστικού κινδύνου προέρχεται από φυσική απομείωση των πραγμάτων αυτών.
- Με το ασφαλιστήριο μπορεί να συμφωνηθεί η διεύρυνση των εξαιρέσεων κάλυψης, εφόσον υπαγορεύεται από δικαιολογημένες τεχνικές ανάγκες του ασφαλιστή.

Με βάση τις συγκεκριμένες νομοθετικές ρυθμίσεις αντιλαμβάνεται κανείς ότι κίνδυνοι απρόβλεπτοι, μη υφιστάμενοι κατά τον χρόνο κατάρτισης της ασφαλιστικής σύμβασης, μη κοστολογημένοι με ανάλογα ασφάλιστρα, όπως, ενδεικτικά, πανδημίες, και γεγονότα ανώτερης βίας, δεν εμπίπτουν μεν στις νόμιμες εξαιρέσεις των δύο πρώτων παραγράφων του άρθρου 13, μπορούν, όμως, ν' αποτελέσουν και αποτελούν στην ασφαλιστική πραγματικότητα συμβατικές εξαιρέσεις, στο πλαίσιο της δυνατότητας, που παρέχει η τρίτη παράγραφος του ίδιου άρθρου. Μάλιστα, ειδικά για τις ασφαλίσεις ζωής υφίστανται ειδικές ρυθμίσεις που διευρύνουν τον κύκλο των νομίμων εξαιρέσεων, ενώ για τις αμιγώς επαγγελματικές ασφαλίσεις και ενόψει της ενισχυμένης ιδιωτικής πρωτοβουλίας είναι δυνατή η περαιτέρω διεύρυνση των λόγων εξαιρέσεων παροχής ασφαλιστικής κάλυψης.

Το νομικό δίκτυο προστασίας των ασφαλισμένων έναντι των συμβατικών εξαιρέσεων στις οποίες και υπάγονται, σχεδόν στο σύνολο των ασφαλίσεων, οι κίνδυνοι που συνδέονται άμεσα με περιστατικά, όπως η πανδημία που προκάλεσε ο COVID-19, καθορίζεται από διατάξεις, τόσο του συμβατικού ασφαλιστικού δικαίου, όσο και του δικαίου προστασίας του καταναλωτή, στο μέτρο που ο ασφαλισμένος φέρει την ιδιότητα του ασφαλισμένου- καταναλωτή, άλλως, εάν οι εξαιρέσεις συμπεριλαμβάνονται σε επαγγελματικές ασφαλίσεις, δυνατότητα προστασίας παρέχουν και οι διατάξεις του αστικού μας δικαίου και δη εκείνες, όπως του άρθρου 288 ΑΚ, που περιλαμβάνουν τη γενική ρήτρα της καλής πίστης ως διορθωτικής ρήτρας των δικαιοπρακτικών βουλήσεων των μερών, σε περιπτώσεις που μεταβάλλονται, εξαιτίας ειδικών συνθηκών, οι προϋποθέσεις εκπλήρωσης των συμβατικών παροχών.

Η αναπάντεχη και με παγκόσμια εξάπλωση πανδημία έχει προκαλέσει σημαντικά προβλήματα και στις ίδιες τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και όχι μόνο στους ασφαλισμένους, οι οποίοι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αντιμετωπίζουν άρνηση ασφαλιστικής κάλυψης, καθώς δεν πρόκειται για συμφωνημένο ασφαλιστικό κίνδυνο ή εμπίπτει στην κατηγορία συμβατικών εξαιρέσεων που εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση και στο μέτρο που δεν αποκρούονται οι συγκεκριμένες εξαιρέσεις ως καταχρηστικές και μη εφαρμόσιμες.

Είναι χαρακτηριστικές οι πρόσφατες δηλώσεις του επικεφαλής των Lloyd's στο Λονδίνο, John Neal ότι ο COVID-19 μπορεί να αποδειχθεί το πιο ακριβό γεγονός στην ιστορία του ασφαλιστικού κλάδου, καθώς παρατηρείται αδυναμία είσπραξης ασφαλιστρών, μαζικές, ταυτόχρονες και μεγάλο μέγεθος απαιτήσεις καταβολής ασφαλίματος αλλά και επιτεινόμενη αβεβαιότητα και αδυναμία διαχείρισης κινδύνου. Μάλιστα, αξίζει να επισημανθεί ότι για ορισμένα σημαντικά γεγονότα για τα οποία είχε συμφωνηθεί ασφαλιστική κάλυψη, όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες του Τόκιο, είχαν συμπεριληφθεί γεγονότα ανώτερης βίας με αποτέλεσμα οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις να καλούνται, εν προκειμένω, να καταβάλλουν τεράστια χρηματικά ποσά, γεγονός που οδηγεί σε μία πραγματικά ανυπολόγιστη κρίση του συγκεκριμένου χρηματοπιστωτικού τομέα.

Την όλη έκρυθμη και αβέβαιη κατάσταση καλούνται να λάβουν υπόψη τους και να επικεντρωθούν σε μία ολιστική όσο και αποτελεσματική ρύθμιση οι αρμόδιες ευ-

ρωπαϊκές και εθνικές εποπτικές αρχές, με στόχο τη διασφάλιση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας, την ακεραιότητα της αγοράς και την προστασία των καταναλωτών κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων.

Τα μέτρα που προτείνονται θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα ακόλουθα:

- Ανάγκη αναθεώρησης των ασφαλιστικών καλύψεων σε ασφαλίσεις ζωής και υγείας σε συνδυασμό με αναδιοργάνωση του συστήματος της δημόσιας υγείας.
- Αναδιαμόρφωση των αυστηρών κριτηρίων για τεχνικές προβλέψεις, ίδια κεφάλαια, ελάχιστη κεφαλαιακή απαίτηση και γενικότερα ενίσχυση της οικονομικής δυναμικότητας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.
- Υιοθέτηση μορφών insurtech και τεχνολογικών καινοτομιών, όπως και της απασχόλησης από απόσταση, ως μέτρου αποφυγής των κινδύνων.
- Λελογισμένη προσφυγή σε συμβατικές εξαιρέσεις ασφαλιστικής κάλυψης.
- Αναθεώρηση του περιεχομένου ασφαλιστηρίων ζωής και λοιπών ασφαλιστικών προϊόντων, καθώς και συμπερίληψη νέων κινδύνων, όπως είναι οι πολλές και ποικίλες συνέπειες της πανδημίας στις ζωές και στις περιουσίες των ανθρώπων.

6.«Η περίπτωση των ασθενών με ήπια συμπτώματα -Βιο-ηθικά ζητήματα της ιατρικής φροντίδας στον καιρό της πανδημίας» , Παρέμβαση, Κοτζάμπαση Αθηνά, Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ, δημοσιευθείσα στην Εφημερίδα των Συντακτών 27-28 Ιουνίου 2020.

Η κήρυξη πανδημίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την αντιμετώπιση του νέου κορωνοϊού, οδήγησε τόσο το Συμβούλιο της Ευρώπης όσο και πολλές Εθνικές Επιτροπές Βιοηθικής στη λήψη αποφάσεων σχετικά τα μέτρα, τις δράσεις και τις προτεραιότητες κάθε κράτους για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής προχώρησε και αυτή σε μια σύσταση σχετικά με τη στάθμιση ανάμεσα στην αυτονομία του προσώπου σε θέματα υγείας και στην προστασία της δημόσιας υγείας τονίζοντας την αρχή της αναλογικότητας ανάμεσα στα μέτρα και τους κινδύνους. Η τήρηση της αρχής της αναλογικότητας και της επικουρικότητας στην επιβολή των μέτρων και η κατ' εξαίρεση εφαρμογή τους συνδέεται με τα θεμελιώδη ζητήματα ατομικών ελευθεριών αλλά και με τη λειτουργία της δημοκρατίας. Ωστόσο, θέλω να περιοριστώ, με την παρέμβαση μου αυτή, μόνο σε ορισμένα θέματα που αφορούν αυτήν καθαυτήν την ιατρική φροντίδα, τόσο από τη σκοπιά του τι έγινε όσο –και κυρίως– από τη σκοπιά του τι θα πρέπει να γίνει σε ένα νέο κύμα επανεμφάνισης του ιού. Η πανδημία επιβάλλει λόγω του εξαιρετικού της χαρακτήρα διαφορετικές σταθμίσεις. Ποια, όμως, είναι η κατ' εξαίρεση λειτουργία και ποια τα όριά της, για παράδειγμα, στο θέμα των κλινικών δοκιμών (έγκριση από επιτροπές δεοντολογίας, ενημέρωση και συναίνεση ασθενούς), στο θέμα της διαλογής των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για παροχή φροντίδας (που δεν είναι καινούργιο αλλά έγινε επιτακτικό, ευτυχώς όχι σε εμάς), στο θέμα της συγκέντρωσης και της επεξεργα-

σίας προσωπικών δεδομένων υγείας τους αλλά και του γεω-εντοπισμού των κρουσμάτων με εφαρμογές που είδαν το φως της δημοσιότητας για τα κινητά τηλέφωνα και, τέλος, ποιες θεμιτές εξαιρέσεις μπορούν να υπάρξουν για τη νοσηλεία ασθενών με ήπια συμπτώματα. Και σε αυτό θέλω ιδιαίτερος να σταθώ.

Για τους ασθενείς με ήπια συμπτώματα, η οδηγία του ΕΟΔΥ, στο πρώτο κύμα της πανδημίας, ήταν «μένουμε σπίτι και επικοινωνούμε με τον γιατρό μας». Όταν τα συμπτώματα γίνονται έντονα και υπάρχει δυσκολία στην αναπνοή, τότε μόνο πηγαίνουμε στο νοσοκομείο. Αυτό κρίθηκε αναγκαίο από τον ΕΟΔΥ (αρχή της αναγκαιότητας) για δύο λόγους, πρώτον, για να μη καταρρεύσει το σύστημα υγείας, που είχε να διαχειριστεί τα σοβαρά περιστατικά και, δεύτερον, για να προφυλαχθούν από την έκθεση στον ιό οι πολίτες κατά την προσέλευση τους στα νοσοκομεία.

Η οδηγία αυτή, κατά τη γνώμη μου, θέτει δύο σημαντικά βιο-ηθικά ζητήματα: Πρώτον, μεταθέτει την ευθύνη της ιατρικής διάγνωσης από τον γιατρό στον ασθενή, και, δεύτερον, αφήνει, εν τέλει, τον ασθενή χωρίς ιατρική φροντίδα.

Η συμβουλή να επικοινωνήσουν με τον γιατρό τους, έθετε το ερώτημα: Πόσο Έλληνες και Ελληνίδες έχουν «δικό τους γιατρό»; Και αν αυτό ήταν εφικτό για τις πόλεις, πόσο εφικτό είναι αυτό για τα χωριά ή τα νησιά; Εφόσον δεν υπάρχει ένα οργανωμένο δίκτυο γιατρών Γενικής/ Οικογενειακής φροντίδας, η συμβουλή αυτή άφηγε το μεγάλο πληθυσμό χωρίς ιατρική φροντίδα. Τα Κέντρα Υγείας, τα ΤΟΜΥ, τα δίκτυα των γιατρών που είναι συμβεβλημένοι με το ΕΟΠΥΥ αποτελούν ασύνδετα δίκτυα χωρίς οργανωμένο σύστημα υγείας.

Κατά την πανδημία, η κρατική μέριμνα, όπως ακριβώς επισημαίνεται παντού, πρέπει να αποβλέπει σε ενέργειες που ανταποκρίνονται σε πολλές και διαφορετικές αρχές. Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τα μέτρα και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα είναι: η αρχή της αναγκαιότητας, που έχει σκοπό να προλάβει και να προστατεύσει το σύστημα υγείας από την κατάρρευση, η αρχή της αλληλεγγύης, που αποβλέπει στην προστασία των ευάλωτων ομάδων, η αρχή της διαφάνειας στην επικοινωνία και στην κατανόηση από τους πολίτες των κρίσιμων ιατρικών πρακτικών και η αρχή της πρόληψης, που έχει βασικό σκοπό να προλάβει τις αβεβαιότητες γύρω από τη νέα ασθένεια.

Πώς, όμως, μια ιατρική αβεβαιότητα μπορεί να διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί από τον ασθενή, χωρίς φυσική εξέταση και χωρίς ιατρική φροντίδα;

Πώς ο ασθενής μπορεί να γνωρίζει τα επίπεδα του οξυγόνου στο αίμα του, για να κρίνει την πορεία της ασθένειάς του;

Πώς μπορεί να αντιμετωπίσει μια ραγδαία επιδείνωση της ασθένειας, που εμφανιζόταν μετά τις πέντε ή επτά ημέρες;

Υπήρξαν ασθενείς που δεν πρόλαβαν να πάνε στο νοσοκομείο, όπως η 42χρονη μητέρα των τριών παιδιών στο χωριό της Καστοριάς με χρόνιο άσθμα, ή πήγαν με σηψαιμία στους πνεύμονες, όπως ο 35χρονος από τη Νεάπολη Θεσ/νίκης (σηψαιμική πνευμονία), ή, μόλις έφθασαν στο νοσοκομείο, λιποθύμησαν αμέσως (μαρτυρία ασθενούς στη «Καθημερινή»);

Η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί υποχρέωση του γιατρού με βάση τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 2 ΚΙΔ), που ορίζει ότι ιατρική φροντίδα είναι λειτούργημα. Η ιατρική αυτή φροντίδα απαιτεί τη φυσική εξέταση του ασθενούς και αυτή δεν μπορεί να γίνεται τηλεφωνικά ή διαδικτυακά. Η μη παροχή ιατρικής φροντίδας

στους ασθενείς με ήπια συμπτώματα με εξέταση από γιατρό με φυσική παρουσία του ασθενούς, όπου αυτό ήταν δυνατόν, ήταν, στην καλύτερη περίπτωση, ένα ανεπίτρεπτο κενό, και, στη χειρότερη, ένα θανάσιμο λάθος, που δημιουργεί, ενδεχομένως, ευθύνες, αστικές και ποινικές, διά της παραλήψεως παροχής υπηρεσιών υγείας από τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, οι οποίες, όμως, τεχνηέντως διαχύθηκαν σε ενδιάμεσους φορείς ή μετατέθηκαν στον ασθενή (αλλά βέβαια και η ευθύνη ιχνηλατείται).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στη χώρα μας εξυπηρετείται από τον ιδιωτικό τομέα. Τα ιδιωτικά ιατρεία υπάρχουν, όμως, στις πόλεις, και δεν υπάρχουν στα χωριά. Επίσης, οι ελλείψεις όχι μόνο σε γνώσεις αλλά και σε ατομική προστασία οδήγησαν πολλούς ιδιώτες γιατρούς να κλείσουν το ιατρείο τους. Ο ασθενής με ήπια συμπτώματα, χωρίς οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και χωρίς ιδιωτικά ιατρεία, ήταν ένας ασθενής που στερούνταν τον γιατρό. Έτσι, δημιουργήθηκε ένα μεγάλο κενό στην ιατρική φροντίδα. Γιατί δεν οργανώθηκε ο ιδιωτικός ιατρικός κόσμος που ιδιωτεύει;

Ο ΕΟΔΥ, κατά συνέπεια, στο επόμενο κύμα, οφείλει να έχει οργανώσει την πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε να καλυφθεί ο ασθενής με ήπια συμπτώματα είτε με τους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους, εφόσον η πρωτοβάθμια φροντίδα ανήκει σε αυτούς, είτε από τις ΤΟΜΥ, είτε από τα Κέντρα Υγείας, είτε με την τηλε-ιατρική (όπου κάτι άλλο δεν είναι εφικτό, π.χ. σε νησιά), είτε με κινητές μονάδες φροντίδας (ΚΟΜΥ), είτε ακόμη και με συνεργασία με τους αγροτικούς γιατρούς με ρητές οδηγίες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα «νοσεί» και η οργάνωσή της πρέπει να είναι η πρώτη προτεραιότητα για το επόμενο κύμα της πανδημίας. Η άρνηση της παροχής υπηρεσιών υγείας από την τριτοβάθμια φροντίδα, τη μόνη που υπάρχει, και η διάχυση της ευθύνης σε ιδιώτες/γιατρούς ή στους ασθενείς, μπορεί, ενδεχομένως, να απαλλάσσει τον ΕΟΔΥ από τις ποινικές και αστικές ευθύνες του, αλλά δεν τον απαλλάσσει από τις πολιτικές ευθύνες.

7.«Ποινική ευθύνη γιατρών», Παρέμβαση, Συμεωνίδου–Καστανίδου Ελισάβετ, Κοσμήτορας Νομικής Σχολής ΑΠΘ, Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ, Διευθύντρια Εργαστηρίου Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής

Η παρέμβαση σχετίζεται με το ζήτημα της ποινικής ευθύνης των γιατρών, που αποτέλεσε το αντικείμενο εισήγησης του Καθηγητή κ. Νικ. Μπιτζιλέκη.

Η παρεμβαίνουσα συμφωνεί με τις θέσεις που ανέπτυξε ο εισηγητής τονίζοντας ιδιαίτερα την άρση του αδικού, στις περιπτώσεις που ο γιατρός προβαίνει σε επιλογή ασθενή για την παροχή ιατρικής φροντίδας, με βάση τη διάταξη του άρθρου 15 ΚΙΔ.

Η αντιμετώπιση του ζητήματος της επιλογής πρέπει να γίνεται με βάση επιστημονικές γνώσεις και αντικειμενικά κριτήρια.

Παράλληλα, ένα ακόμη φλέγον ζήτημα είναι ότι τιμωρείται η παραβίαση μέτρων που ορίζει η Αρχή για την πρόληψη μετάδοσης μεταδοτικών ασθενειών με ποινές που κυμαίνονται από 10 ημέρες μέχρι 5 έτη, ενώ, όταν η μετάδοση της ασθένειας προκαλείται από παράλειψη γιατρού θεωρείται κακούργημα, με κάθειρξη έως 10 έτη.

Ακόμη, ο γιατρός ενόψει των μέτρων για τον περιορισμό της πανδημίας βρίσκεται αντιμέτωπος με την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου, αποκαλύπτοντας προσωπικά δεδομένα των ασθενών του, διαπράττοντας έτσι την αξιόποινη πράξη του άρθρου 371 ΠΚ.

Και στην περίπτωση αυτή βρίσκεται αντιμέτωπος με σύγκρουση καθηκόντων, αναγκασμένος ενόψει των κρατικών μέτρων να ικανοποιήσει το ένα καθήκον σε βάρος ενός άλλου, το οποίο προωθείται από τα συγκεκριμένα κρατικά μέτρα, τους νόμους του κράτους, τους οποίους και καλείται να εφαρμόσει, καθώς καλύπτονται από το τεκμήριο νομιμότητας.

Ειδικά, μάλιστα, όταν ο γιατρός παραλείπει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών εφαρμόζοντας σχετικά πρωτόκολλα, στην περίπτωση αυτή μπορεί να γίνει λόγος για διάχυση ευθύνης και στους συντάξαντες τα πρωτόκολλα και να μην στοιχειοθετηθεί ποινική ευθύνη του γιατρού, όταν από παράλειψή τους επήλθε ακόμη και θάνατος του ασθενή.

Με την ολοκλήρωση των εισηγήσεων-παρεμβάσεων τέθηκαν ερωτήσεις από τους συμμετέχοντες και δόθηκαν απαντήσεις στα πολλά και ενδιαφέροντα ζητήματα που αναπτύχθηκαν από τους εισηγητές-παρεμβαίνοντες, όπως και σε άλλα που έχουν προκύψει εξαιτίας της πανδημίας, όπως είναι η σύσταση του Εθνικού Μητρώου Ασθενών, με σημαντικές επιπτώσεις και αμφισβητήσεις με βάση το δίκαιο προστασίας προσωπικών δεδομένων, αλλά και η έρευνα για φάρμακα και εμβόλια, με στόχο την αντιμετώπιση της εξαιρετικά κρίσιμης, σε παγκόσμια κλίμακα, εξάπλωσης του COVID-19. Ο Πρόεδρος του συνεδρίου Ομ. Καθηγητής.κ. Βασ. Ταρλατζής τόνισε, ανακεφαλαιώνοντας τα όσα συζητήθηκαν, ότι πρόκειται για μία «καινούργια αρρώστια» για την οποία κλήθηκαν οι γιατροί και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό να την αντιμετωπίσουν σε συνθήκες πρωτόγνωρες και χωρίς επαρκή πληροφόρηση, καθώς δεν υπήρχε δυνατότητα πληροφόρησης αλλά και με ανεπαρκή μέσα και στο πλαίσιο ενός προβληματικού συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας. Συγχρόνως, στη μάχη εισχώρησαν και οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις αλλά και οι ρυθμιστικές αρχές για να ανακαλύψουν και να εξετάσουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα φαρμάκων και εμβολίων, παρεκκλίνοντας τις συνήθεις διαδικασίες των μακροχρόνιων κλινικών μελετών, εφαρμόζοντας, όμως, στο ακέραιο τους κανόνες και τα πρωτόκολλα ασφάλειας και ορθής πρακτικής και επιστημονικής έρευνας.

Τελική εκτίμηση του έργου – συμβολή του Εργαστηρίου στην αντιμετώπιση του COVID -19

Το παρουσιασθέν περιεχόμενο του webinar του Εργαστηρίου Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής της Νομικής Σχολής του ΑΠΘ, με τις εισηγήσεις και παρεμβάσεις καθηγητών της Νομικής και Ιατρικής Σχολής, δίνει ανάγλυφα μία πολυκλαδική και πολυεπίπεδη έρευνα και ανάλυση της κατάστασης που προξένησε η πανδημία στους αντίστοιχους χώρους, και ειδικότερα στον χώρο παροχής ιατρικών υπηρεσιών, αναδεικνύοντας τη συμβολή και των ανθρωπιστικών επιστημών στον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας.

Όπως γίνεται αντιληπτό, δεν πρόκειται για μία θεωρητική προσέγγιση αλλά για μία επιστημονική έρευνα, με άμεσο και έντονο πρακτικό ενδιαφέρον, αναφορικά με τα πολλά και σημαντικά ζητήματα που σχετίζονται με την άσκηση της ιατρικής αλλά και ζητήματα βιοηθικής και ασφαλιστικής κάλυψης, που δημιούργησε, με τρόπο αιφνιδιαστικό και μη προβλέψιμο ο COVID-19, προτείνοντας, συγχρόνως, λύσεις που μπορούν να εφαρμοσθούν για την αποτελεσματική τους αντιμετώπιση.

Η συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα αναδεικνύει τη συμβολή του Εργαστηρίου στον αγώνα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επέφερε η πανδημία, ενώ με βάση τις εισηγήσεις-παρεμβάσεις θα διαμορφωθούν επιστημονικές γνώμες προς τους αρμόδιους φορείς για τη νόμιμη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας και, κυρίως, των επιπτώσεων της, στους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Θεσσαλονίκη, Δεκέμβριος 2020