

Ιατρική των Καταστροφών και των Κρίσεων

Βιργινία Σακελλαροπούλου,¹ Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος²

Medicine of Disasters and Crisis

Abstract at the end of the article

Η επιδημία του Κορωνοϊού, η οποία πλήττει στις ημέρες μας την πατρίδα μας, επικαιροποιεί ορισμένα θέματα ποινικής ευθύνης του ιατρού κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, τα οποία κυρίως ανακύπτουν από τη δυσαναλογία μεταξύ αναγκών περίθαλψης και διαθέσιμων πόρων. Το παρόν άρθρο επιχειρεί να προσεγγίσει αυτά και άλλα συναφή θέματα.
Λέξεις-ευρητήριο: Ιατρικό επάγγελμα, δεοντολογία, νόμοι.

¹PhD, Εισαγγελέας Εφετών,

²PhD(c), Εισαγγελικός Πάρεδρος

Γενικά–Ορισμοί

Η επιδημία του κορωνοϊού (COVID-19), η οποία πλήττει στις ημέρες μας, μεταξύ άλλων χωρών, και τη χώρα μας, επικαιροποιεί ορισμένα θέματα ποινικής ευθύνης του ιατρού κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, τα οποία ανακύπτουν κυρίως λόγω της δυσαναλογίας μεταξύ αναγκών περίθαλψης και διαθέσιμων πόρων.

Ειδική μνεία κάνει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005)¹ στις υποχρεώσεις του ιατρού σε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής. Συγκεκριμένα, ο ιατρός οφείλει στην περίπτωση αυτή, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση (άρθ. 9§5 Ν. 3418/2005).¹ Η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση των ιατρών να προσφέρουν ιατρική βοήθεια σε αιφνίδιες, επικίνδυνες ή σοβαρές ασθένειες και ατυχήματα είχε προβλεφθεί ήδη από τη διάταξη του άρθρου 25§1 Α.Ν.1565/1939 «Περί Κώδικος Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος». ¹ Η ως άνω διάταξη ρύθμιζε συγκεκριμένο θέμα της ιατρικής πρακτικής, ήτοι την υποχρέωση παροχής ιατρικής βοήθειας επί αιφνιδίων, επικινδύνων ή σοβαρών ασθενειών και ατυχημάτων, καθιστώντας ποινικό αδίκημα (άρθ. 25§1,113, 116 ΑΝ 1565/1939)²

Υποβλήθηκε: 08/05/2020

Επανυποβλήθηκε: 10/06/2020

Εγκρίθηκε: 30/06/2020

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Βιργινία Σακελλαροπούλου, Καραολή &

Δημητρίου 4, 172 37 Υμηττός

Τηλ: (+30) 6937 610 504

e-mail: vsakel00@gmail.com

1. Ήδη ο Α.Ν. 1565/1939 καταργήθηκε με το άρθρο 341 Ν. 4512/2018.³

την αρνητική στάση του ιατρού σε σχέση με την παροχή της ως άνω πρώτης ιατρικής βοήθειας.

Ως μαζική καταστροφή νοείται μια κατάσταση στην οποία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα προκύπτει μεγάλος αριθμός θυμάτων σχετικά με τις τρέχουσες δυνατότητες του συστήματος τόσο της προνοσοκομειακής όσο και της νοσοκομειακής φροντίδας, αλλά και των άλλων υπηρεσιών παροχής βοήθειας και διάσωσης (Αστυνομία, Πυροσβεστική κ.λπ.). Οι αιτίες μιας μαζικής καταστροφής μπορεί να είναι πολλές. Συγκεκριμένα, αιτίες μιας μαζικής καταστροφής μπορεί να είναι φυσικά φαινόμενα (σεισμοί, πλημμύρες), αλλά και ατυχήματα με μεγάλο αριθμό θυμάτων. Η διαβίωση σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο φυσικό περιβάλλον και το δεδομένο του κινδυνώδους της ανθρώπινης δράσης συνεπάγονται τη δημιουργία των ως άνω καταστάσεων. Ανεξαρτήτως όμως της αιτίας μιας μαζικής καταστροφής, η αντιμετώπισή της απαιτεί υψηλό βαθμό εκπαίδευσης, εμπειρία και απόλυτη συναίσθηση των κινδύνων.

Για τον ιατρικό και νοσηλευτικό χώρο μαζική καταστροφή σημαίνει κατάσταση επείγουσας ανάγκης, η οποία δημιουργεί ανάγκες για άμεση ιατρική περίθαλψη. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται η καταβολή προσπάθειας για την εξισορρόπηση της δυσαναλογίας ανάμεσα στις επείγουσες ανάγκες και στους διαθέσιμους πόρους από πλευράς περίθαλψης. Η ως άνω δυσαναλογία μεταξύ αναγκών περίθαλψης και διαθέσιμων πόρων θέτει την ανάγκη καθορισμού προτεραιοτήτων. Η επιλογή και η κατάταξη των παθόντων σε κατηγορίες, με σκοπό την κατάλληλη αντιμετώπισή τους ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, αποτελεί μία ιατρική διαδικασία λήψης αποφάσεων με σοβαρά αποτελέσματα. Έτσι η εκτίμηση της βαρύτητας της κατάστασης των θυμάτων παίζει καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

Τα προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα είναι η μεγάλη, απειλητική για τη ζωή, αιμορραγία, καθώς και αυτά που αφορούν στην απόφραξη των ανωτέρων αεραγωγών. Οι βασικοί θεραπευτικοί χειρισμοί που λαμβάνουν χώρα στον τόπο του συμβάντος είναι η εξασφάλιση του αεραγωγού, η υποστήριξη του αερισμού και της οξυγόνωσης, η υποστήριξη της κυκλοφορίας, η αναλγησία και καταστολή, η ακινητοποίηση των καταγμάτων, η υποστήριξη της θερμοκρασίας του σώματος και η προετοιμασία για τη διακομιδή. Η αντιμετώπισή τους πρέπει να είναι ταχεία και στοιχειώδης, ώστε να καταστεί γρήγορα δυνατή η διακομιδή των τραυματιών στην κατάλληλη μονάδα υγείας. Όταν ο αριθμός των μέσων διακομιδής δεν επαρκεί, τότε πρέπει να ορισθούν προτεραιότητες. Η διαλογή αποτελεί μία διαδικασία κατά την οποία τα θύματα διαχωρίζο-

νται και κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τον βαθμό βαρύτητας των κακώσεων.² Το βασικό κριτήριο για τον χαρακτηρισμό της βαρύτητας αποτελεί το κατά πόσον η κάκωση είναι απειλητική για τη ζωή. Περαιτέρω οι προσπάθειες αναζωογόνησης θα πρέπει να εφαρμόζονται όσο γίνεται πιο γρήγορα, οπουδήποτε και αν χρειασθεί και κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Για τον λόγο αυτόν στην περιοχή του συμβάντος θα πρέπει να ευρίσκεται τουλάχιστον και ένας αναισθησιολόγος, ο οποίος πρέπει να έχει εμπειρία σε μεγάλο εύρος αναισθησιολογικών τεχνικών για επείγουσες περιπτώσεις τραυματιών και να είναι εξοικειωμένος με όλες τις τεχνικές της αναλγησίας. Μετά τη διακομιδή των παθόντων στην κατάλληλη μονάδα υγείας θα πρέπει οι χώροι στα Τ.Ε.Π. (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών), στις Μ.Ε.Θ. (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) και οι αίθουσες των χειρουργείων να είναι έτοιμες να υποδεχθούν τα βαριά και χρίζοντα άμεσης ιατρικής φροντίδας περιστατικά.⁴

Αντίστοιχα ισχύουν και σε άλλες περιπτώσεις επέλευσης έκτακτης ανάγκης και εν γένει κρίσεων υγείας, όπως στην περίπτωση επιδημιών. Από τον λοιμό στην πόλη-κράτος των Αθηνών, στην Αρχαία Ελλάδα, το έτος 430 π.Χ., από τον οποίο απεβίωσε και ο Περικλής και νόσησε και ο Θουκυδίδης,⁵ μάλλον επρόκειτο, κατά τους ειδικούς, για τυφοειδή πυρετό με βάση τις περιγραφές του Θουκυδίδη,^{5,3} μέχρι και τον κορονοϊό (COVID-19), που πλήττει στις ημέρες μας, μεταξύ άλλων χωρών, και τη χώρα μας, η ιστορία της ανθρωπότητας καταγράφει πολλές επιδημίες και θανάτους εκατομμυρίων ανθρώπων από αυτές. Κοινός παρονομαστής όλων αυτών των περιπτώσεων (φυσικών καταστροφών, ατυχημάτων, επιδημιών κ.λπ.) είναι το κατεπίγον αυτών, η δυσαναλογία ανάμεσα στις επείγουσες ανάγκες και στους διαθέσιμους πόρους και οι συνθήκες άσκησης της Ιατρικής, η οποία ασκείται σε δύσκολο, απαιτητικό και, πολλές φορές, αυξημένης επικινδυνότητας περιβάλλον. Ο άμεσος εντοπισμός των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό είναι επιβεβλημένος, τόσο για την άμεση αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας των

2. Στην Ιατρική χρησιμοποιείται ο όρος «Triage». Η λέξη «Triage», προερχόμενη από το ρήμα(γαλ.) trier, που σημαίνει ταξινομή, κατατάσσω, ξεχωρίζω, αποδίδει τη διαδικασία κατηγοριοποίησης – διαλογής των ασθενών, με βάση τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, με στόχο την αντιμετώπιση όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών που ζητούν φροντίδα ταυτόχρονα και τον καλύτερο καταμερισμό των διαθέσιμων πόρων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ιστορικά ο πρώτος χώρος στον οποίο εφαρμόστηκε η διαδικασία διαλογής ήταν το πεδίο της μάχης για τη φροντίδα των στρατιωτών.

3. Θουκυδίδου Ιστορία [2.47.1-2.54.5], Oxford University Press. Ο Θουκυδίδης περιγράφει τα συμπτώματα και την εξελικτική πορεία της νόσου με την εμπειρία του ανθρώπου που νόσησε και ο ίδιος.

ασθενών, όσο και για τη διαφύλαξη της υγείας των υγιών ατόμων που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή.⁴ Η αξιολόγηση της βαρύτητας του κάθε περιστατικού, από την οποία θα κριθεί και η περαιτέρω αντιμετώπισή του, είναι επιτακτική. Επιτακτική όμως τυγχάνει και η παρακολούθηση της εξέλιξης των περιστατικών αυτών, δεδομένου ότι πιθανόν οι προσβληθέντες να έχουν προϋπάρχοντα παθολογικά προβλήματα. Δεν αποκλείονται όμως και περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ιατρός περιθάλλει άτομα για τα οποία οι άμεσα διαθέσιμες πληροφορίες είναι περιορισμένες. Σε τέτοιες περιπτώσεις ενδέχεται να απαιτείται συλλογή σχετικών πληροφοριών από άλλες πηγές, ενώ θα πρέπει να διαφυλάσσεται και το ιατρικό απόρρητο. Συνεπώς η καταγραφή των περιστατικών πρέπει να συνοδεύεται από τη συλλογή όλων εκείνων των στοιχείων που θα κρίνουν συνολικά τη βαρύτητα του περιστατικού. Αυτό θα επιτρέψει στους ειδικούς ιατρούς να αξιολογήσουν την κατάσταση και να είναι σε θέση να κάνουν πρόγνωση. Δεν πρέπει επίσης να παροράται και η ανάγκη επανεκτίμησης των περιστατικών, κυρίως προκειμένου να διαγνωσθεί άμεσα η επί τα χείρω αλλαγή της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Θα πρέπει δηλαδή τα περιστατικά αυτά να προσεγγίζονται άμεσα διαγνωστικά και θεραπευτικά, προκειμένου η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση να καταστήσει εφικτή την αποτροπή της έτι περαιτέρω επιδείνωσης της κατάστασης. Άλλωστε στην έννοια της «επιμελούς» άσκησης της ιατρικής επιστήμης περιλαμβάνεται και η «έγκαιρη» παροχή ιατρικής βοήθειας.

Είναι αυτονόητο ότι σ' όλες τις περιπτώσεις αυτές η ετοιμότητα, ο συντονισμός των ενεργειών, η πειθαρχία και η ομαλή συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού συμβάλλουν αποφασιστικά στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου της απώλειας ανθρώπινων ζώων και δύνανται να αναδειχθούν σε κιβωτό σωτηρίας αυτών.

Συναίνεση ασθενούς

Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-νοσηλευτή-ασθενούς ή των προσώπων που έχουν δικαίωμα να συναινέσουν στην ιατρική πράξη του ασθενούς είναι ουσιώδης για την παροχή ασφαλούς φροντίδας. Ο ιατρός γενικά σε κάθε ιατρική πράξη θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή ή τα πρόσωπα που έχουν δικαίωμα να συναινέσουν στην ιατρική πράξη του ασθενούς, προκειμένου να λάβει την συναίνεσή τους για τις ιατρικές πράξεις στις

οποίες θα προχωρήσει (άρθ. 5 εδ.α της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική -Ν. 2619/1998 – και άρθ. 11 και 12 Ν. 3418/2005). Τα αμέσως ανωτέρω όμως αναφερθέντα δεν ισχύουν σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, στα οποία δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας (άρθ. 8 Ν.2619/1998 και 12§3α) Ν.3418/2005). Στις περιπτώσεις αυτές (μαζικών καταστροφών, επιδημιών κ.λπ.) ο ιατρός οφείλει να αναλάβει την περίθαλψη του ασθενούς, ήτοι να προσφέρει τις ιατρικές του γνώσεις και την ιατρική του φροντίδα για να βοηθήσει τον ασθενή (άρθ.8 Ν.2619/1998 και 12§3α Ν.3418/2005), χωρίς να ασχοληθεί με τον έλεγχο των τυχόν αντιρρήσεων, που θα μπορούσαν να προβληθούν από αυτόν. Πράγματι στις περιπτώσεις των κατεπείγοντων περιστατικών, στις οποίες, πολλές φορές, η θεραπευτική αντιμετώπιση προηγείται της διάγνωσης ή και γίνονται ταυτόχρονα, η επιτυχία εξαρτάται από την άμεση βοήθεια. Εκείνο που προέχει εν προκειμένω είναι η αρωγή στον πάσχοντα με την κατάλληλη επεμβατικού τύπου επείγουσα ιατρική πράξη. Στα περιστατικά αυτά, δηλαδή, η βούληση του ασθενούς ή των προσώπων που δικαιούνται να συναινέσουν στην ιατρική αγωγή αυτού έρχεται σε δεύτερη μοίρα, υποτασσόμενη στη διαφύλαξη της ανθρώπινης ζωής.

Ποινική ευθύνη του ιατρού

Εν προκειμένω γεννώνται τα ερωτήματα: Ποία η ποινική ευθύνη του ιατρού σε περιστατικά μαζικών καταστροφών και άλλων εν γένει κρίσεων υγείας σε περίπτωση κατά την οποία αυτός δεν κατορθώσει να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε όλους τους διατρέχοντες κίνδυνο ζωής (υπό την προϋπόθεση, πάντα, ότι δεν υπάρχει άλλος ιατρός που να μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του); Η οποιαδήποτε, δηλαδή, πλημμέλεια ή ο εν γένει τρόπος που χειρίσθηκε αυτός το ζήτημα, πώς θα αξιολογηθεί ποινικά; Πώς θα αξιολογηθεί ποινικά η συμπεριφορά του ιατρού ο οποίος επιλέγει τους ασθενείς οι οποίοι θα εισαχθούν στις ΜΕΘ αποκλείοντας άλλους ασθενείς οι οποίοι διατρέχουν τον αυτό κίνδυνο ζωής; Ποια η ποινική αντιμετώπιση του ιατρού, ο οποίος αποσωληνώνει ασθενή νοσηλευόμενο σε ΜΕΘ, για να καταλάβει τη μοναδική διαθέσιμη κλίνη άλλος ασθενής έχων την αυτήν ανάγκη υποστήριξης των ζωτικών του λειτουργιών;

Κατ' αρχάς ο ιατρός οφείλει να παρήσχει άμεσα την ιατρική του φροντίδα στους τραυματίες ή ασθενείς που φέρουν κακώσεις ή βλάβες απειλητικές για τη ζωή (αιμορραγία, βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, μη φυσιολογικά ζωτικά σημεία κ.λπ.) και δεν πρέπει να αφιερώνει χρόνο για την περίθαλψη τραυματιών ή ασθενών που φέρουν

4. Ενόψει του αντικειμένου του παρόντος άρθρου, στο κείμενο αυτού χρησιμοποιούνται αμφότερες οι έννοιες: (α) ασθενής και (β) τραυματίας. Πάντως, κατά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας (άρθ. 1§4 περ. α). Κατά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, δηλαδή, η έννοια «ασθενής» είναι ευρεία.

κακώσεις ή βλάβες μη απειλητικές για τη ζωή. Η παροχή ιατρικής φροντίδας στους τελευταίους, οι οποίοι με ασφάλεια μπορούν να περιμένουν, μπορεί να γίνει σε δεύτερο χρόνο. Πράγματι η κατάσταση ανάγκης του άρθ. 25 Π.Κ. (κατάσταση ανάγκης αίρουσα το άδικο), ως σύγκρουση και σύγκριση ανάμεσα σε δύο έννομα αγαθά που η σωτηρία του ενός, του οποίου η αξία υπερέχει, μετά από συνολική στάθμιση, σημαντικά έναντι αυτής του ετέρου, είναι δυνατή πρακτικά μόνο με την προσβολή του ετέρου σημαντικώς κατωτέρου (θυσιαζομένου), έχει εφαρμογή στις περιπτώσεις αυτές, δεδομένου ότι η ανθρώπινη ζωή υπερέχει αναμφισβήτητα σημαντικά της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας. Συνεπώς, ο ιατρός έχει καθήκον να παράσχει άμεσα την ιατρική του φροντίδα στους διατρέχοντες κίνδυνο ζωής, «αφήνοντας» εκείνους που δεν διατρέχουν κίνδυνο ζωής. Το πρόβλημα όμως δεν λύνεται με την εφαρμογή της διάταξης του άρθ. 25 Π.Κ., όταν τα συγκρουόμενα έννομα αγαθά είναι ανθρώπινες ζωές, δεδομένου ότι όλες οι ανθρώπινες ζωές είναι ισάξιες. Έτσι εάν ταυτοχρόνως απειλούνται πολλές ανθρώπινες ζωές, δεν είναι δυνατή η στάθμιση των ανθρώπινων ζωών, γιατί η προστασία της ανθρώπινης ζωής χωρεί απόλυτα, άνευ όρων και κριτηρίων. Αυτό σημαίνει ότι προστατεύεται η ανθρώπινη ζωή (Σ 5§2) σε οποιαδήποτε μορφή και αν ευρίσκεται αυτή και κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες. Έτσι, ούτε το προκεχωρημένο της ηλικίας, ούτε η ύπαρξη ασθένειας που θα επέφερε τον θάνατο του παθόντος σε απώτερο χρονικό σημείο αναιρεί ή περιορίζει την υποχρέωση του ιατρού για παροχή ιατρικής φροντίδας, ούτε φυσικά διακόπτει τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της παράλειψης παροχής ιατρικής βοήθειας και του τυχόν εκ ταύτης επελθόντος θανάτου του παθόντος.

Επί του ανωτέρω θέματος, ήτοι ποία πρέπει να είναι η λύση όταν τα συγκρουόμενα έννομα αγαθά είναι ανθρώπινες ζωές; λεκτέα τα εξής: Ο προϊσχύσας Ποινικός Κώδικας δεν προέβλεπε ρητά τη σύγκρουση καθηκόντων ως λόγο άρσης του αδικού χαρακτήρα της πράξης. Αν και δεν προβλεπόταν όμως αυτή στον Ποινικό Κώδικα, αποτελούσε γνωστή κατασκευή στον χώρο του Ποινικού Δικαίου και στηριζόταν στη θεμελιώδη αρχή «*impossibilium nulla obligatio est*» (ουδείς υποχρεούται στα αδύνατα). Κατά την κρατήσασα στην Επιστήμη του Ποινικού Δικαίου άποψη, η σύγκρουση καθηκόντων συνιστούσε λόγο άρσης του αδικού χαρακτήρα της πράξης, ενώ σύμφωνα με ετέρα άποψη, η σύγκρουση καθηκόντων, ως μία οριακή κατάσταση μεταξύ αδικού και καταλογισμού, οδηγούσε σε άρση του καταλογισμού. Καίτοι η ως άνω περίπτωση της σύγκρουσης καθηκόντων δεν προβλεπόταν ρητά στον Ποινικό Κώδικα, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) προβλέπει αυτή στο άρθρο 15. Προφανώς η εμφάνιση περισσότερων περιπτώσεων εφαρμογής της

ανωτέρω θεμελιώδους αρχής (:ουδείς υποχρεούται στα αδύνατα) στην ιατρική πρακτική, σε σχέση με άλλους τομείς της ανθρώπινης δράσης, με υποκείμενο της σύγκρουσης καθηκόντων του ιατρού κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, να απετέλεσε την αιτία της ρητής πρόβλεψης της σύγκρουσης καθηκόντων στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Έτσι στο άρθ.15 τίθενται προϋποθέσεις τις οποίες ο ιατρός οφείλει να τηρήσει ευρισκόμενος μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων, ώστε η συμπεριφορά του να μην εναπόκειται στην εύλογη ή μη εύλογη κρίση του, αλλά να είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων παραμέτρων.

Ήδη στο άρθρο 33 του (νέου) Π.Κ. (Ν.4619/2019)7 περιγράφεται ως λόγος άρσης του καταλογισμού η «Αδυναμία αποφυγής του αδικού». Σύμφωνα με την ανωτέρω διάταξη, η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη, αν κατά την τέλεσή της αδυνατούσε να συμμορφωθεί προς το δίκαιο λόγω ανυπερβλήτου για τον ίδιο διλήμματος εξαιτίας σύγκρουσης καθηκόντων και η προσβολή που προκλήθηκε από την πράξη είναι κατά το είδος και τη σπουδαιότητα ανάλογη με την προσβολή που απειλήθηκε. Έτσι ο ως άνω λόγος, ο οποίος απαντάται στα συγγράμματα του Ποινικού Δικαίου με διάφορες ονομασίες, ήτοι άλλοτε ως «σύγκρουση καθηκόντων», άλλοτε ως «τραγικό δίλημμα» και άλλοτε ως «υπέρβαση του ανθρώπινως φευκτού της υπαιτιότητας», περιγράφεται πλέον στον Ποινικό Κώδικα ως λόγος άρσης του καταλογισμού. Η ως άνω διάταξη του Π.Κ. σε συνδυασμό με την προαναφερθείσα διάταξη του άρθρου 15 Ν. 3418/2005 μπορούν να δώσουν λύση στη συγκρουσιακή κατάσταση, στο ως άνω δίλημμα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος ο ιατρός κατά την άσκηση του λειτουργήματός του. Έτσι ο ιατρός, ο επιστήμονας ο οποίος διαχειρίζεται τα υπέρτατα έννομα αγαθά του ανθρώπου, ευρισκόμενος μπροστά σε ανυπέρβλητο δίλημμα διάσωσης, όταν όλοι οι παθόντες διατρέχουν κίνδυνο ζωής και δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί ιατρική φροντίδα σε όλους, θα επιλέξει τη συμπεριφορά που κρίνει προτιμητέα με βάση τις κατευθύνσεις- προϋποθέσεις που θέτει η διάταξη του άρθ. 15 Ν. 3418/2005.

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα διάταξη του άρθ.15 Ν. 3418/2005, ο ιατρός που ευρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση: (α) την επιστημονική του γνώση, (β) τη σύγκριση των εννόμων αγαθών που διακυβεύονται, (γ) τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και (δ) τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών του άρθ. 2.

Σχετικά με το πρώτο κριτήριο που τίθεται από τη διάταξη του άρθ. 15 Ν.3418/2005, ήτοι την επιστημονική γνώση του ιατρού: Η επιστημονική γνώση του ιατρού περιλαμβάνει: (α) τις γνώσεις και την εκπαίδευση που έχει παρασχεθεί στον ιατρό κατά τη διάρκεια των προπτυχια-

κών του σπουδών, κατά την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και κατά τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, (β) την πείρα και τις δεξιότητες που απέκτησε κατά την άσκηση της ιατρικής και (γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

Σχετικά με το δεύτερο κριτήριο που τίθεται, ήτοι τη σύγκριση των εννόμων αγαθών που διακυβεύονται: Στο δικαίωμά μας σύστημα το ύψιστο έννομο αγαθό είναι η ζωή, δεν είναι δε δυνατή η «ποιοτική ή ποσοτική» στάθμισή της, γι' αυτό δε και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας απαιτεί τον «απόλυτο σεβασμό της» (άρθ.15 Ν. 3418/2005).

Σχετικά με το τρίτο κριτήριο που τίθεται, ήτοι τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας: Πρόκειται για τις θεμελιωδέστερες αξίες του σύγχρονου νομικού πολιτισμού, οποιαδήποτε δε επιλογή του ιατρού έχει ως όριο τις αξίες αυτές. Χαρακτηριστικά, θα πρέπει να γίνει αναφορά στη διάταξη του άρθρου 3 §1 Ν. 3418/2005, η οποία ορίζει, μεταξύ άλλων, ότι ο ιατρός παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Σχετικά με το τέταρτο κριτήριο που τίθεται, ήτοι τη συνείδηση του ιατρού στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2 Ν. 3418/2005: Συνείδηση είναι η ηθική στάση του ανθρώπου (εν προκειμένω του ιατρού) απέναντι στα πράγματα, η οποία τον προτρέπει να πράξει κάτι ή να παραλείψει κάτι. Η συνείδηση όμως εν προκειμένω προσδιορίζεται και κυριαρχείται από τις αρχές του άρθρου 2 Ν. 3418/2005.

Η ανωτέρω διάταξη του άρθ. 2 του Ν. 3418/2005 για τους ιατρούς και του Π.Δ.216/25-7-2001, ΦΕΚ 167, άρθ. 1,2 και 158 για τους νοσηλευτές ορίζει, μεταξύ άλλων, ότι η άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής είναι λειτουργήματα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο, το δε λειτουργήματα του ιατρού και του νοσηλευτή ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Ποιοι είναι οι γενικά αποδεκτοί και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης; Είναι οι κανόνες που προέκυψαν από τη μακροχρόνια άσκηση της ιατρικής-νοσηλευτικής, οι κανόνες που προήλθαν από τις νέες ανακαλύψεις, οι κανόνες που διαμορφώθηκαν από επιστημονικούς φορείς κοινής αναγνώρισης και αξίας, καθώς και οι κανόνες που περιλαμβάνονται στα συγγράμματα κοινώς αποδεκτών και αναγνωρισμένων λειτουργιών της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης.

Η ως άνω διάταξη του άρθρου 15 Ν. 3418/2005, καίτοι προγενέστερη αυτής του άρθρου 33 Π.Κ, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι, κατά σχήμα πρωθύστερο, εξειδικεύει τη συγκεκριμένη διάταξη του Π.Κ., παρέχοντας κατευθύνσεις

στον ιατρό και οριοθετώντας το πλαίσιο των επιλογών του στην περίπτωση σύγκρουσης καθηκόντων κατά την άσκηση του λειτουργήματός του.

Είναι, κατόπιν τούτου, προφανές ότι η διάταξη του άρθρου 33 Π.Κ. και αυτή του άρθ.15 Ν. 3418/2005 μπορούν να δώσουν λύση στο ως άνω τραγικό δίλημμα του ιατρού, το οποίο τίθεται και σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών, επιδημιών και άλλων περιπτώσεων κρίσεων υγείας. Έτσι ο ιατρός, ο οποίος βιώνει τη σύγκρουση καθηκόντων, θα επιλέξει τη συμπεριφορά που κρίνει προτιμητέα, σταθμίζοντας και συνεκτιμώντας τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην ως άνω διάταξη του άρθ. 15 Ν. 3418/2005, με απαραίτητη προϋπόθεση την ποιοτική (:είδος) και ποσοτική (: σπουδαιότητα) αναλογία της προσβολής που προκλήθηκε και της προσβολής που απειλήθηκε. Εάν, τελικά, ο ιατρός παράσχει ιατρική φροντίδα σε μερικούς από τους διατρέξαντες κίνδυνο ζωής και όχι σε όλους τους διατρέξαντες τον αυτό κίνδυνο, γιατί βρισκόταν σε αδυναμία να παράσχει ιατρική φροντίδα σε όλους και τελικά αυτοί στους οποίους δεν παρέσχε τη φροντίδα του δεν διεσώθησαν, η πράξη του (ανθρωποκτονία με δόλο τελεσθείσα με παράλειψη- άρθ. 15§1, 27,299§1 Π.Κ.) είναι μεν άδικη ως προς αυτούς που δεν περιέθαψε και δεν διεσώθησαν, δεν καταλογίζεται όμως σ' αυτόν. Η ως άνω πράξη του ιατρού, δηλαδή, τυγχάνει άδικος, δεν του καταλογίζεται όμως υπό την προϋπόθεση ότι αυτός, κατά την επίλυση του ανωτέρω τραγικού διλήμματος, τήρησε τους όρους του άρθρου 15 Ν. 3418/2005, χωρίς καμία άλλη διάκριση φύλου, ηλικίας, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης του ασθενούς κ.λπ., και εφόσον η προσβολή που προκλήθηκε είναι ποιοτικά και ποσοτικά ανάλογη με αυτήν που απειλήθηκε. Δεδομένου ότι εν προκειμένω διατηρείται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης του ιατρού ως προς τον ασθενή τον οποίο παρέλειψε να περιθάλψει, κατά της πράξης του ιατρού που τελείται υπό τις συνθήκες αυτές επιτρέπεται προβολή άμυνας από οιονδήποτε (εάν, βέβαια, δεχθούμε την άποψη ότι η απλή αδράνεια στα διά παραλείψεως τελούμενα εγκλήματα μπορεί να θεμελιώσει δικαίωμα άμυνας, δεδομένου ότι στις περιπτώσεις αυτές, ως επί το πλείστον, ο ιατρός παραλείπει να ενεργήσει). Η αυτή απάντηση προσηκει και στην περίπτωση κατά την οποία δεν υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες στη ΜΕΘ για όλους τους χρήζοντες εισαγωγής ασθενείς. Και εν προκειμένω ο ιατρός σταθμίζοντας και συνεκτιμώντας τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην ως άνω διάταξη του άρθ.15 Ν. 3418/2005, θα επιλέξει τη συμπεριφορά που κρίνει προτιμητέα, με απαραίτητη προϋπόθεση την ποιοτική (:είδος) και ποσοτική (: σπουδαιότητα) αναλογία της προσβολής που προκλήθηκε και της προσβολής που απειλήθηκε. Εάν, τελικά, δεν εισαχθούν στη ΜΕΘ ορισμένοι των ζηζόντων εισαγωγής, διότι δεν υπήρχαν διαθέσιμες κλίνες για όλους

τους διατρέξαντες κίνδυνο ζωής και έτσι δεν παρεσχέθη στους μη εισαχθέντες η αυξημένη ιατρική φροντίδα και εξαιτίας τούτου αυτοί δεν διεσώθησαν, η πράξη του ιατρού (ανθρωποκτονία με δόλο τελεσθείσα με παράλειψη- άρθρ. 15§1, 27,29§1 Π.Κ.) είναι μεν άδικη ως προς αυτούς που δεν εισήχθησαν στη ΜΕΘ και δεν διεσώθησαν, δεν καταλογίζεται όμως στον ιατρό. Και στην περίπτωση αυτή ισχύουν τα προαναφερθέντα σχετικά με τη δυνατότητα προβολής άμυνας από οποιονδήποτε (συνήθως από συγγενείς των μη εισαχθέντων στη ΜΕΘ ασθενών).

Τα αυτά ισχύουν και στην περίπτωση στην οποία τα ιατρικά μηχανήματα υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών, όπως π.χ. της αναπνευστικής λειτουργίας, της νεφρικής λειτουργίας κ.λπ. (π.χ. αναπνευστήρες, συσκευές αιμοκάθαρσης κ.λπ.) δεν επαρκούν για όλους τους, κατά τον αυτό χρόνο, έχοντες ανάγκη υποστήριξης των σχετικών λειτουργιών ασθενείς. Και στην περίπτωση αυτή ισχύουν τα προαναφερθέντα σχετικά με τη δυνατότητα προβολής άμυνας από οποιονδήποτε (συνήθως συγγενείς των ασθενών). Τα αυτά ισχύουν και στην περίπτωση κατά την οποία ο ιατρός αποσωληνώνει ασθενή στη ΜΕΘ διατρέχοντα κίνδυνο ζωής για να καταλάβει τη μοναδική διαθέσιμη κλίνη στη ΜΕΘ άλλος ασθενής διατρέχων τον αυτόν κίνδυνο ζωής. Και στην περίπτωση αυτή η επιλογή του ιατρού οριοθετείται από τους ανωτέρω, ρητά αναφερόμενους στον νόμο, όρους (άρθρ. 15 Ν. 3418/2005 και 33 Π.Κ.), χωρίς καμία άλλη διάκριση. Δεδομένου ότι, κατά τα προαναφερθέντα, η πράξη είναι άδικη, αλλά δεν καταλογίζεται στον ιατρό, στην περίπτωση αυτή είναι επιτρεπτή άμυνα (ενόψει και του ότι, ειδικά στην περίπτωση της αποσωλήνωσης, η «επίθεση» του ιατρού εκδηλώνεται με θετική ενέργεια) από οιονδήποτε (π.χ. συγγενείς του ασθενούς που αποσωληνώνεται κ.λπ.).

Διαφορετικά φρονούμε ότι θα πρέπει να αντιμετωπισθεί η περίπτωση κατά την οποία ο ιατρός θα πρέπει να παράσχει την ιατρική του φροντίδα ταυτόχρονα αφενός μεν σε τραυματία ή ασθενή με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης, γιατί οι κακώσεις ή οι βλάβες του είναι ασύμβατες με τη ζωή, αφετέρου δε σε τραυματία ή ασθενή ιατρικά θεραπεύσιμο.⁵ Θεωρούμε ότι στην εξαιρετική αυτή περίπτωση συντρέχουν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρ. 25 Π.Κ., ήτοι της κατάστασης ανάγκης που αίρει το άδικο. Και στην περίπτωση αυτή βέβαια ουδόλως «σχετικοποιείται»

5. Θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι στην έννοια του ασθενούς με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης δεν περιλαμβάνεται ο εγκεφαλικά νεκρός. Ο εγκεφαλικά νεκρός είναι νεκρός, ενόψει του ότι η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους ταυτίζεται με το τέλος της ανθρώπινης ζωής (το κριτήριο του εγκεφαλικού θανάτου ακολουθείται και από τον νομοθέτη- άρθρ. 9§5,6 Ν. 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις»).

η αξία της ανθρώπινης ζωής, όμως εάν ο ιατρός παράσχει ιατρική φροντίδα στον τραυματία ή ασθενή του οποίου η κατάσταση επιδέχεται ιατρικά βελτίωση και δεν παράσχει φροντίδα στον τραυματία ή ασθενή με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης, διότι δεν μπορούσε στον αυτό χρόνο να παράσχει φροντίδα και στους δύο, η «προσβολή» του άρθρου 25 Π.Κ. που προκλήθηκε στον ασθενή με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης, με δεδομένη τη μηδενική πιθανότητα επιβίωσης αυτού, είναι σημαντικά κατώτερη από την «προσβολή» που απειλήθηκε στον ασθενή του οποίου η κατάσταση επιδέχεται ιατρικά βελτίωση. Συγκεκριμένα η ενασχόληση του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού με τραυματία ή ασθενή με μηδενική, ως εκ της φύσεως των κακώσεων ή της βλάβης, πιθανότητα επιβίωσης, πιθανόν να οδηγήσει στη μη παροχή κατά τον αυτό χρόνο ιατρικής φροντίδας σε ασθενείς χρίζοντες άμεσης βοήθειας, των οποίων η κατάσταση επιδέχεται ιατρικά βελτίωση. Για τον ίδιο λόγο αίρεται το άδικο της πράξης του ιατρού ο οποίος αποσωληνώνει στη ΜΕΘ ασθενή με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης για να καταλάβει τη μοναδική διαθέσιμη κλίνη στη ΜΕΘ άλλος ασθενής, του οποίου η κατάσταση επιδέχεται ιατρικά βελτίωση. Και στην περίπτωση αυτή η «προσβολή» η οποία προκλήθηκε στον ασθενή με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από την «προσβολή» που απειλήθηκε στον ασθενή του οποίου η κατάσταση επιδέχεται βελτίωση. Στις περιπτώσεις αυτές, δεδομένου ότι η πράξη του ιατρού δεν είναι άδικη, δεν χωρεί άμυνα. Έτσι δεν μπορεί να προβάλει άμυνα π.χ. ο συγγενής τού με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης ασθενούς που αποσωληνώνεται. Η οποιαδήποτε δηλαδή πράξη εκ μέρους π.χ. του ως άνω συγγενούς σε βάρος του ιατρού που επεμβαίνει «υπέρ» του ασθενούς, του οποίου η κατάσταση επιδέχεται βελτίωση, είναι άδικη. Είναι αυτονόητο ότι στις περιπτώσεις αυτές η ως άνω διάταξη του άρθρ. 25 Π.Κ. θα πρέπει να εφαρμόζεται σε εντελώς εξαιρετικές περιστάσεις, όταν δηλαδή κατά τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης έχει αποκλεισθεί κάθε πιθανότητα ίασης, καθόσον διαφορετικά εκτρεπόμεθα σε λίαν επικίνδυνα και ολισθηρά μονοπάτια. Εξάλλου, δεν πρέπει να παροράται και το γεγονός ότι η ιατρική ομιλεί με στατιστικές προσεγγίσεις, δεν είναι δε σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες η εξελικτική πορεία μίας σωματικής κάκωσης ή βλάβης δεν είναι η ιατρικά αναμενόμενη, με αποτέλεσμα καλές ή κακές ιατρικές προγνώσεις να έχουν διαψευσθεί. Πάντως θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη διαφορετική περίπτωση, εάν δηλαδή κριθεί ότι δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της κατάστασης ανάγκης που αίρει το άδικο (άρθρ. 25 Π.Κ.), ήτοι εάν κριθεί ότι η προσβολή που προκλήθηκε στον έχοντα μηδενική πιθανότητα επιβίωσης δεν είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από την προσβολή που απει-

λήθηκε στον ασθενή του οποίου η κατάσταση επιδέχεται βελτίωση, η πράξη του ιατρού θα κριθεί πλέον σε επίπεδο καταλογισμού, σύμφωνα με τα προαναφερθέντα (άρθ. 33 Π.Κ. και 15 Ν. 3418/2005). Υπό την εκδοχή όμως αυτή καταλήγομε στο εξής, κατά την κρίση μας, άτοπο: επειδή είναι άδικη η πράξη του ιατρού, ο οποίος επεδίωξε να περιθάλψει τον ασθενή που προσδοκούσε από την ιατρική φροντίδα όφελος «αφήνοντας» τον ασθενή με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης, είναι επιτρεπτή η προβολή άμυνας κατά του ιατρού από οιονδήποτε π.χ. από τον συγγενή του ασθενούς με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης.

Επίλογος

Είναι γεγονός ότι η άσκηση της ιατρικής σε ένα περιβάλλον δύσκολο και απαιτητικό, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής

καταστροφής, φέρει τον ιατρό αντιμέτωπο με τραγικά διλήμματα, τα οποία πρέπει άμεσα να επιλύσει. Η φροντίδα για τη διάσωση ανθρωπίνων ζωών αποτελεί νομικό καθήκον του ιατρού. Όμως ουδείς δύναται να απαιτήσει από τον ιατρό τα αδύνατα. Όταν η επίλυση των διλημάτων γίνεται από τον ιατρό υπεύθυνα και ευσυνείδητα με σεβασμό στην ανθρωπινή ζωή και αξιοπρέπεια, με τήρηση των γενικών αποδεκτών και ισχυόντων κανόνων της Ιατρικής Επιστήμης, με στάθμιση, μέσω των γνώσεων και της εμπειρίας του, όλων των παραμέτρων, όπως ανωτέρω εκτέθηκαν, η οποιαδήποτε επιλογή του ιατρού δεν ενδιαφέρει το Ποινικό Δίκαιο. Γιατί το Ποινικό Δίκαιο δεν ενδιαφέρεται για τον υπεύθυνο και ευσυνείδητο επιστήμονα, ο οποίος υπό αντίξοες και, πολλές φορές, επικίνδυνες για αυτόν συνθήκες μάχεται για τη διάσωση της ζωής των συνανθρώπων του.

ABSTRACT

Medicine of Disasters and Crisis

Virginia Sakellaropoulou,¹ Theodoros Sakellaropoulos²

¹PhD, Appellate Prosecutor,

²PhD(c), Prosecutor of First Instance, Greece

Coronavirus (COVID-19) pandemic, which is in our days affecting our country, updates certain issues of doctor's criminal liability in the performance of his duties, which mainly arise due to the disproportion between health care needs and available resources. The present article attempts to approximate these and other related issues.

Key-words: Medical profession, ethics, laws.

✉ **Corresponding Author:** Virginia Sakellaropoulou, 4 Karaoli & Dimitriou street, GR-172 37 Hymettus, Greece, Tel: (+30) 6937 610 504, e-mail: vsakel00@gmail.com

Βιβλιογραφία

Νόμος 3418/2005. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ Α 287/28.11.2005, άρθ. 9§5
 Α.Ν. 1565/1939. Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος. ΦΕΚ Α 16/14.01.1939
 Νόμος 4512/2018. Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α 5/17.01.2018
[https://en.wikipedia.org/wiki/Triage#:~:text=Triage%20\(%2F%CB%88tri%CB%90,recovery%20with%20and%20without%20treatment.Triage%20Πρόσβαση](https://en.wikipedia.org/wiki/Triage#:~:text=Triage%20(%2F%CB%88tri%CB%90,recovery%20with%20and%20without%20treatment.Triage%20Πρόσβαση)

<https://www.greek-language.gr/greekLang/index.html> (ΘΟΥΚ 2.47.1–2.54.5: Ο λοιμός) Προέλευση, συμπτώματα και σοβαρότητα της ασθένειας. Πρόσβαση
 Νόμος 2619/1998. 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. ΦΕΚ 132/Α/19-6-1998
 Νόμος 4619/2019. Κύρωση του Ποινικού Κώδικα. ΦΕΚ 95/Α/11-6-2019
 Προεδρικό Διάταγμα 216/2001. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001