

# ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

## VEMA OF ASKLIPIOS

JANUARY-MARCH 2003 VOLUME 2 No 1

QUARTERLY EDITION BY THE 1<sup>st</sup> NURSING DEPARTMENT  
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Η ηθική των μεταμοσχεύσεων

Η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στην προαγωγή  
της υγείας

Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Νομική προσέγγιση

Διαχείριση μολυσματικών απορριμμάτων στα νοσοκομεία

Οι δράσεις του EB1089 στον αυτόματο καρκίνο του μαστού  
ποντικών της φυλής C<sub>3</sub>H/Sy

Καταγραφή επαγγελματικών παθήσεων στην Ελλάδα

Αποκατάσταση βουβωνοκήλης

The ethics of transplantation

Contribution of health services  
in health promotion

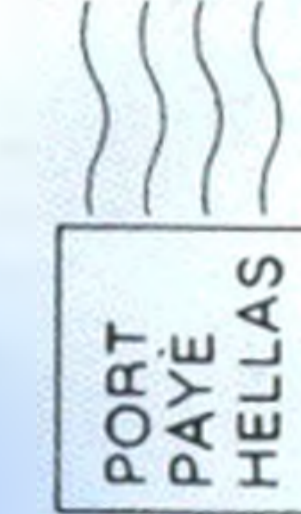
Hospital infections. Legal approach

Hospital waste management

The effects of EB1089 on spontaneous mammary  
carcinoma C<sub>3</sub>H/Sy of mice

Occupational diseases report in Greece

Groin hernia repair



ΕΛΛΑΣ  
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1459/99

ΒΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ  
Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

## Περιεχόμενα

### Ειδικό άρθρο

- Βασικές θέσεις επί της ηθικής των μεταμοσχεύσεων. Μητροπολίτης Ιγνάτιος 7

### Ανασκοπήσεις

- Η συμβολή των Υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας στην προαγωγή της Δημόσιας Υγείας. Ε.Χ. Αλεξόπουλος 13

- Προστασία των ασθενών από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Η νομική προσέγγιση. Φ. Ομπέση 20

- Διαχείριση μολυσματικών απορριμμάτων στα νοσοκομεία. Ε. Αποστολοπούλου 26

### Ερευνητικές εργασίες

- Οι δράσεις του EB1089 στον αυτόματο καρκίνο του μαστού ποντικών της φυλής C<sub>3</sub>H/Sy Δ. Σαχπαζίδου, Π. Στραβοράβδη, Θ. Τόλιου, Γ. Γερομιχαλός 33

- Καταγραφή επαγγελματικών παθήσεων στην Ελλάδα. Μία πρόβλεψη βασισμένη στα δεδομένα καταγραφών ευρωπαϊκών χωρών. Ε.Χ. Αλεξόπουλος, Φ. Χαριζάνη, Α.Α. Μπαρμπάρη, Χ. Κουτής 37

### Κλινική μελέτη

- Τεχνικές αποκατάστασης της βουβωνοκήλης χωρίς τάση. Θ. Διαμαντής, Ι. Ζιούνας 44

- Οδηγίες για τους συγγραφείς 51

## Contents

### Special article

- Basic principles on the ethics of transplantations. Archbishop Ignatios 7

### Reviews

- Contribution of workplace health and safety services in public health promotion. E.Ch. Alexopoulos 13

- Patient's protection against hospital infections. The legal approach. Ph. Obessi 20

- Hospital waste management. E. Apostolopoulou 26

### Original papers

- The effects of EB1089 on spontaneous mammary carcinoma (SMC) of C<sub>3</sub>H/Sy mice. D. Sahpazidou, P. Stravoravdi, Th. Toliou, G. Geromichalos 33

- Occupational diseases report in Greece. A prediction through comparison of registries in other European countries. E.Ch. Alexopoulos, F. Charizani, A.A. Barbari, Ch. Koutis 37

### Clinical study

- Groin hernia repair. Tension-free techniques. Th. Diamantis, J. Ziounas 44

- Instructions to authors 51

# Προστασία των ασθενών από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις Η νομική προσέγγιση

Φ. Ομπέση

Δικηγόρος, PhD, Τακτική Καθηγήτρια  
Τμήματος Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ  
Θεσσαλονίκης

**Λέξεις κλειδιά:** Νοσοκομεία, κλινικές,  
λοιμώξεις ενδονοσοκομειακές, προ-  
στασία ασθενούς, ελληνικό δίκαιο, γαλ-  
λικό δίκαιο

**Key words:** Hospitals, hospital In-  
fections, patient's protection, greek  
law, french law

## Εισαγωγή

Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν, αποδε-  
δειγμένα, σημαίνοντα παράγοντα αύξησης της θνησι-  
μότητας ή επιβάρυνσης της υγείας των νοσηλευομένων  
ασθενών με συνακόλουθο την εκροή σημαντικών πό-  
ρων από τα ασφαλιστικά ταμεία ή το δημόσιο προϋπο-  
λογισμό για την αντιμετώπισή τους.

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές νομοθεσίες προβλέ-  
πουν κάποια μέτρα, κυρίως σε επίπεδο θέσπισης ειδι-

**Περίληψη** Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αποτέλεσαν αντικείμενο ρυθμίσεων στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, καθώς είναι γνωστές οι επιπτώσεις τους στην αύξηση της νοσηρότητας των ασθενών, στο κόστος νοσηλείας και, συνακόλουθα, στα οικονομικά της υγείας. Στη μελέτη αυτή επιχειρείται η παρουσίαση του ελληνικού και γαλλικού δικαίου ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Έτσι, ενώ ο Έλληνας νομοθέτης περιορίστηκε στην απλή εξαγγελία των οργάνων για την αντιμετώπισή τους, που είναι η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων στο Υπουργείο Υγείας και οι αντίστοιχες επιτροπές σε επίπεδο νοσοκομείου, το γαλλικό δικαιοσύνη σύστημα υπήρξε περισσότερο πλουραλιστικό: τα διοικητικά και πολιτικά δικαστήρια διέπλυσαν μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα νομολογία, από πλευράς θετικών συνεπειών για τους ασθενείς-θύματα των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Από την πλευρά του, ο Γάλλος νομοθέτης, με το νόμο 303-2002 ρύθμιζε οριστικά το ζήτημα της αποζημίωσης αυτών των ασθενών.

**Abstract** Patient's protection against hospital infections. The legal approach. Ph. Obessi. LLB, LLM, PhD, Attorney at law, Professor, Nursing Department, ATEI Thessaloniki, Greece. *Vema of Asklipios* 2003, 2(1):20-25. Hospital infections constitute the object of regulation in most European countries, as their impact in the increase of morbidity and medical costs is well known. This is a comparative study between Greek and French law systems about hospital infections. Thus, while the greek legislator has just announced basic institutions relating to the coping of these infections—that is Hospital Infections Committee in the Ministry of Health and corresponding Committees at hospital level—French law has been more pluralistic. Civil and administrative jurisdictions have created a very important jurisprudence, as far as the economic benefits of patients-victims of hospital infections are concerned. However, French legislation, according to the Law No 303/2002 has arranged definitely the problem of damages of these patients.

κών οργάνων, για την πρόληψη και καταπολέμηση του προβλήματος. Στη μελέτη που ακολουθεί επιλέξαμε να παρουσιάσουμε δύο δικαιοσύνη συστήματα αντιπροσωπευτικά του τρόπου με τον οποίο, τόσο ο νομοθέτης, όσο και ο εφαρμοστής του δικαίου εμπλέκονται στην αντιμετώπιση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Πιο συγκεκριμένα, η ελληνική νομοθεσία περιορίζεται στην πρόβλεψη οργάνων, ενώ η γαλλική προχωρεί στη λήψη μέτρων που επικεντρώνονται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο αποζημιώνονται τα θύματα των λοιμώξεων αυτών. Στην περίπτωση της Γαλλίας, εξάλλου, η νομολογία έχει στο ενεργητικό της μια σειρά από ενδιαφέρουσες περιπτώσεις που καταδεικνύουν το μέλημα της

δικαστικής εξουσίας για τα θύματα, μέλημα που μεταγενέστερα συγκεκριμενοποιήθηκε με αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση, αυτή του τέταρτου κεφαλαίου του νόμου L-303 της 4ης Απριλίου 2002 σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα του Συστήματος Υγείας.

## **I. Το ελληνικό δίκαιο-**

### **Η επιτροπή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων**

#### **1. Τα όργανα**

Ήδη από το έτος 1976 ο Έλληνας νομοθέτης εξήγγειλε για πρώτη φορά τη σύσταση επιτροπών ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, εξαγγελία που επαναλήφθηκε το 1980 και το 1982.<sup>1</sup> Η πιο πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση χρονολογείται από το 1985. Με το άρθρο 14 του ν. 1579/1985 ο έλεγχος των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων διενεργείται από ειδικά, προς τούτο, θεσμοθετημένα όργανα σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο. Έτσι, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται κεντρική επιτροπή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, αποτελούμενη από ειδικούς επιστήμονες, στελέχη πανεπιστημιακών ιατρικών τμημάτων και υπηρεσιακούς παράγοντες του Υπουργείου. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται αντίστοιχη επιτροπή με απόφαση του Συμβουλίου Διοίκησής του και ύστερα από πρόταση της επιστημονικής του επιτροπής.

Στην επιτροπή, σε επίπεδο νοσοκομείου, συμμετέχουν εκπρόσωποι διαφόρων κλάδων, οι οποίοι κατέχουν ιεραρχικά υψηλή θέση στον τομέα ή το τμήμα τους, έτσι ώστε να μπορούν ν' ασκούν επιρροή στα τμήματα προέλευσής τους και να επιτυγχάνεται η εκτέλεση των αποφάσεων των επιτροπών χωρίς προσκόμματα. Η επιτροπή αυτή μπορεί να συγκροτεί τριμελή ομάδα εργασίας και επέμβασης, αποτελούμενη από τον πρόεδρό της, ένα νοσηλευτή και έναν κλινικό γιατρό ή το διευθυντή του μικροβιολογικού εργαστηρίου. Σ' ό,τι αφορά στη σύνδεση της επιτροπής με την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου και τη διοίκησή του, οι αποφάσεις της επιτροπής κοινοποιούνται μετά από κάθε συνεδρίαση τόσο στην επιστημονική επιτροπή όσο και στο συμβούλιο διοίκησης και το διοικητή με σκοπό την ενημέρωση και τελική έγκρισή τους από τον τελευταίο. Τέλος, μέλη της επιστημονικής επιτροπής σε έκτακτη ανάγκη και εφόσον το επιθυμούν μπορούν να συμμετέχουν στις συνεδριάσεις της επιτροπής μόνο με δικαίωμα λόγου.

#### **2. Οι αρμοδιότητες**

Έργο της επιτροπής ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, τόσο του Υπουργείου, όσο και των νοσοκομείων είναι η μελέτη των επιπτώσεων και ο έλεγχος των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Οι νοσοκομειακές επιτροπές κινούνται στα πλαίσια που καθορίζει η κεντρική

επιτροπή με τις οδηγίες και τις κατευθύνσεις της για πιο άρτια συνεργασία με όλους τους διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς υγείας. Είναι υπεύθυνες για την πιστή τήρηση βασικών κανόνων στους χώρους των νοσοκομείων με σκοπό την πρόληψη κατά των λοιμώξεων αυτών. Έτσι, ευθύνονται: (α) για την τήρηση των κανόνων υγιεινής και καθαριότητας, (β) για την ορθολογική πολιτική χρήση αντιβιοτικών, (γ) για την τήρηση των κανόνων αποστείρωσης, απολύμανσης και αντισηψίας, (δ) για την τήρηση των κανόνων υγιεινής τροφίμων, κυρίως στα στάδια παρασκευής, αποθήκευσης, διακίνησης και διανομής τους, (ε) για την καταγραφή και παρακολούθηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων του νοσοκομείου σε ειδικό πρωτόκολλο που διανέμεται από την κεντρική επιτροπή, (στ) για την ενημέρωση και εκπαίδευση όλου του υγειονομικού προσωπικού του νοσοκομείου σε θέματα ελέγχου των λοιμώξεων που επισυμβαίνουν σ' αυτό. Προς τούτο συγκαλεί συναντήσεις και σεμινάρια του προσωπικού ή αποστέλλει μέλη του νοσοκομείου σε κέντρα υποστήριξης<sup>2</sup> ή στην κεντρική επιτροπή για ταχύρρυθμη εκπαίδευση στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, (z) η νοσοκομειακή επιτροπή επεμβαίνει άμεσα και χωρίς έγκριση του κέντρου υποστήριξης ή της κεντρικής επιτροπής σε περίπτωση επιδημίας ενδονοσοκομειακής λοίμωξης στο νοσοκομείο ή σε περίπτωση άμεσης κάλυψης του υγειονομικού προσωπικού του νοσοκομείου λόγω ύπαρξης κρούσματος μολυσματικού λοιμώδους νοσήματος και (η) μπορεί να ζητά την πραγματοποίηση ειδικών μικροβιολογικών εξετάσεων ως και τον έλεγχο στα αντιβιοτικά από το μικροβιολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου ή τα κέντρα υποστήριξης σ' όλες τις περιπτώσεις νοσοκομειακών λοιμώξεων που επισυμβαίνουν στα νοσοκομεία της. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων η νοσοκομειακή επιτροπή συνεργάζεται στενά με τα κέντρα υποστήριξης, ως και με τη νοσηλευτική υπηρεσία, την επιστημονική επιτροπή, το συμβούλιο διοίκησης και το διοικητή του νοσοκομείου. Οι αποφάσεις που αφορούν σε θέματα αρμοδιότητας της νοσοκομειακής επιτροπής λαμβάνονται από τη διοίκηση του νοσοκομείου μόνο με σύμφωνη γνώμη της κεντρικής επιτροπής.

Όπως προαναφέρθηκε, η ελληνική νομοθεσία περιορίστηκε στη θεσμική αντιμετώπιση του ζητήματος με τη δημιουργία των επιτροπών ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, χωρίς όμως να προχωρήσει στη λύση και ενός ακόμη, ακανθώδους προβλήματος: στην αποζημίωση των θυμάτων των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, όταν αυτές εντοπίζονται και πιστοποιούνται με τα γνωστά επακόλουθα (ταλαιπωρία των ασθενών λόγω της παρατεταμένης νοσηλείας τους, αύξηση του κόστους της τελευταίας, απώλεια εισοδήματος των πληγέντων κ.λπ.). Βέβαια, η ελληνική νομολογία δεν αντιμετώπισε,

μέχρι στιγμής, περιπτώσεις ευθύνης νοσηλευτικών ιδρυμάτων λόγω ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Αυτός ίσως είναι και ένας λόγος για τον οποίο η ελληνική πολιτεία δεν μερίμνησε για το θέμα αυτό. Δεν εξηγείται διαφορετικά το γεγονός ότι, παρά τις αλληπάλληλες νομοθετικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας από το 1985 μέχρι σήμερα<sup>3</sup> το πρόβλημα των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων δεν τέθηκε ξανά, έκτοτε, επί τάπητος.

Ό,τι όμως δεν συνέβη στην Ελλάδα, επιχειρήθηκε στη Γαλλία. Μια χώρα ιδιαίτερα προσεκτική σ' ό,τι αφορά στη νομική αντιμετώπιση ζητημάτων που άπτονται της προστασίας των ασθενών, αλλά και της υγείας γενικότερα.<sup>4</sup> Στο πρόβλημα, λοιπόν, των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων η Γαλλία πρωτοπορεί μ' ένα πρόσφατο κείμενο, αυτό του προαναφερθέντος νόμου L-303-4.4.2002, ιδιαίτερα σχετικά με την αρωγή των θυμάτων ιατρικών ατυχημάτων, στα οποία περιλαμβάνονται οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Η νομοθετική αυτή στάση αναμενόταν, αφού τα δικαστήρια της χώρας, διοικητικά και πολιτικά, βρέθηκαν αντιμέτωπα με αγωγές θυμάτων που διεκδικούσαν την οικονομική, τουλάχιστον, επανόρθωση της ζημίας που υπέστησαν λόγω ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων από τις οποίες είχαν προσβληθεί. Αυτή την εξέλιξη θ' αναλύσουμε στη συνέχεια, θεωρώντας ότι η μελέτη της αποτελεί χρήσιμο βοήθημα, τόσο για τον εφαρμοστή του δικαίου, όσο και για το νομοθέτη, σε περίπτωση που αυτός αποφασίσει κατοπινά να παρέμβει στο σχετικό πεδίο.

## II. Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και γαλλικό δίκαιο

Αντίστοιχες προς τις ελληνικές υπήρξαν και οι γαλλικές θεσμικές ρυθμίσεις ως προς τα όργανα πρόληψης,<sup>5</sup> τα οποία όμως δεν θ' αναφερθούν εδώ, καθώς το ενδιαφέρον αυτής της συγκριτικής επισκόπησης έγκειται περισσότερο σε δύο άλλα σημεία: στον τρόπο με τον οποίο τα γαλλικά δικαστήρια διέπλασαν, ελλείψει ρητής νομοθετικής ρύθμισης, τη δυνατότητα των θυμάτων ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων να ζητούν και να λαμβάνουν σχετικές αποζημιώσεις (Α) και στον τρόπο με τον οποίο στη συνέχεια οι δυσκολίες περί την απονομή της δικαιοσύνης στο συγκεκριμένο τομέα αντιμετωπίζονται ριζικά με τη θεσμοθέτηση του νόμου του 2002 (Β).

### A. Η πριν από το νόμο του 2002 νομολογία

1. Η στάση των διοικητικών δικαστηρίων: είναι αξιοπερίεργο ότι, ενώ η διοικητική νομολογία σε ζητήματα νοσοκομειακής ευθύνης είχε αρχίσει να διαμορφώνεται από παλιά και ήταν πλουσιότερη και πολυσχιδής,<sup>6</sup> η ειδική περίπτωση της ευθύνης του νοσοκομείου για ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, δεν αντιμετωπίστηκε συχνά από τα διοικητικά δικαστήρια και, πάντως, η πρώτη

φορά ήταν μόλις το 1988:<sup>7</sup> το Συμβούλιο της Επικρατείας, τότε, αποφάνθηκε ότι δεν υπήρξε πταίσμα ιατρικό ή χειρουργικό, καταδίκασε όμως το νοσηλευτικό ίδρυμα με το σκεπτικό ότι η λοίμωξη που εκδηλώθηκε υπήρξε απόρροια της πλημμελούς οργάνωσης και λειτουργίας του, καθώς τούτο είχε την υποχρέωση να προμηθεύσει το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό του με αποστειρωμένα υλικά και σκευάσματα: πράγματι, η ενδονοσοκομειακή λοίμωξη προκλήθηκε λόγω πλημμελούς αποστείρωσης του εξοπλισμού που χρησιμοποιήθηκε, πράγμα που σήμαινε ύπαρξη πταίσματος του νοσοκομείου, όσο και αν αυτό ήταν εξαιρετικά δύσκολο ν' αποδειχθεί δικονομικά. Το Συμβούλιο της Επικρατείας προέκρινε, δηλαδή, την εφαρμογή ενός τεκμηρίου περί πταίσματος του νοσοκομείου, άποψη που ακολούθησαν και δύο ακόμη αποφάσεις το 1991 και το 1992.<sup>8</sup>

Σ' αυτή την πλημμελή οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου στηρίζεται και ολόκληρο το οικοδόμημα της νοσοκομειακής ευθύνης: πρόκειται για ευθύνη της υπηρεσίας που έχει ως αποτέλεσμα την απαλλαγή των φυσικών προσώπων που, ενδεχομένως, να συνετέλεσαν στην προσβολή του ασθενούς από την ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, από την υποχρέωση προς αποζημίωσή του. Γιατί, όπως θα δούμε στη συνέχεια, στο ιδιωτικό δίκαιο γίνεται λόγος για ευθύνη προσώπου, φυσικού ή νομικού.

2. Τα πολιτικά δικαστήρια και οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: απαραίτητη προϋπόθεση για τη γέννηση της αστικής ευθύνης ιδιωτών γιατρών και ιδιωτικών κλινικών ήταν, από το 1936,<sup>9</sup> η απόδειξη του πταίσματος της κλινικής από τον ασθενή,<sup>10</sup> ενώ για πρώτη φορά το 1996 το Ανώτατο Ακυρωτικό, σε υπόθεση ενδονοσοκομειακής λοίμωξης, νομολόγησε με βάση το τεκμαιρόμενο πταίσμα και το εξής σκεπτικό: «η κλινική τεκμαίρεται υπεύθυνη για τη μόλυνση που προσέβαλε ασθενή κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, εκτός και αν αυτή αποδείξει την έλλειψη πταίσματος από την πλευρά της».<sup>11</sup> Μέχρι τότε, τα θύματα των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων έπρεπε να αποδεικνύουν την πλημμελή τήρηση των κανόνων ασηψίας και τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ αυτής της πλημμελείας και της ζημίας τους. Απόδειξη εξαιρετικά δύσκολη, συχνά αδύνατη, λόγω του ιδιόζοντα χαρακτήρα των πραγματικών περιστατικών που γι' αυτό το λόγο αποτελούσε εμπόδιο στην αποζημίωση των θυμάτων. Η απαλλαγή τους, συνεπώς, από την υποχρέωση απόδειξης του πταίσματος της κλινικής σήμανε πραγματική πρόοδο, έστω και αν το τεκμήριο λειτουργούσε με χρονικούς και τοπικούς περιορισμούς: χρονικούς, επειδή αφορούσε μόνο στις λοιμώξεις που μεταδίδονταν κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Τοπικούς, επειδή αφορούσε σ' αυτές που μεταδίδονταν εντός του χειρουργείου. Εξαιρούνταν, συνεπώς, όλες οι λοιμώξεις που μεταδίδονταν σε

οποιοδήποτε άλλο σημείο της κλινικής εκτός χειρουργείου, όπου οι κανόνες υγιεινής πρέπει, επίσης, να τηρούνται αυστηρά. Στις περιπτώσεις αυτές, οι ασθενείς, για να τους επιδικαστεί αποζημίωση, θα έπρεπε οι ίδιοι ν' αποδείξουν το πταίσμα της κλινικής.

Δύο χρόνια αργότερα, ωστόσο, σημειώθηκε η πρώτη διασταλτική εφαρμογή του τεκμηρίου: το Ανώτατο Ακυρωτικό αποφάνθηκε, με βάση το τεκμαιρόμενο πταίσμα της κλινικής, δεχόμενο ότι αυτό εφαρμόζεται σε κάθε λοίμωξη που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε επεμβατικής πράξης και όχι μόνο χειρουργικής (στην υπόθεση αυτή επρόκειτο για φυσιολογικό τοκετό), είτε αυτή πραγματοποιείται στο χειρουργείο, είτε σε οποιοδήποτε άλλο χώρο της κλινικής που μπορεί να εξομοιωθεί μ' αυτό (π.χ. αίθουσα τοκετών), λόγω των μέτρων αντισηψίας που πρέπει να τηρούνται και εκεί.<sup>12</sup>

Η απόφαση αυτή, ωστόσο, παρουσίασε και ένα πρόσθετο ενδιαφέρον σημείο: ενώ το 1996 ο Άρειος Πάγος, αξιολογώντας τις αποδείξεις της κλινικής, έκρινε ότι αυτή είχε τηρήσει τους συνήθεις κανόνες αποστείρωσης και ασηψίας, με αποτέλεσμα να την απαλλάξει από την υποχρέωση αποζημίωσης του θύματος, το 1998 θεώρησε ότι η απόδειξη τήρησης αυστηρών μέτρων αποστείρωσης και ασηψίας δεν επαρκούσε από μόνη της για την απόδειξη και του ότι δεν υπήρξε κανένα πταίσμα κατά την εφαρμογή των μέτρων αυτών με αποτέλεσμα να καταδικαστεί η κλινική σε αποζημίωση της ασθενούς.

Με αυτή του την απόφαση, ο Άρειος Πάγος άνοιξε το δρόμο για τη μελλοντική αποδοχή, στον τομέα των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, της ευθύνης για την ασφάλεια του ασθενούς<sup>13</sup> και όχι απλά της ευθύνης λόγω των χρησιμοποιούμενων μέσων, όπως ίσχυε μέχρι τότε.

Η προαναγγελθείσα εξέλιξη δεν άργησε να πραγματοποιηθεί. Με τρεις αποφάσεις του το 1999 ο Άρειος Πάγος αποφάνθηκε ότι: (α) στην περίπτωση ιδιωτικής κλινικής, η σύμβαση μεταξύ αυτής και του ασθενούς την επιφορτίζει, εάν επισυμβεί ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, με την υποχρέωση για ασφάλεια του αποτελέσματος από την οποία δεν μπορεί ν' απαλλαγεί παρεκτός και αν αποδείξει ότι η λοίμωξη οφείλεται σε ξένη αιτία, και (β) ο γιατρός υπέχει έναντι του ασθενούς του, σε περίπτωση ενδονοσοκομειακής λοίμωξης, υποχρέωση για την ασφάλεια του αποτελέσματος, από την οποία δεν απαλλάσσεται παρά μόνον εάν αποδείξει ότι η λοίμωξη οφείλεται σε ξένη αιτία.

Η νέα αυτή εξέλιξη, πράγματι, εισήγαγε μια εξαιρετικά σημαντική αλλαγή για δύο λόγους: με τις τρεις αυτές αποφάσεις αφενός διευρύνθηκε το πεδίο εφαρμογής της ευθύνης από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις κι αφετέρου μεταβλήθηκε ουσιωδώς η φύση της. Δηλαδή, η υποχρέωση ασφάλειας αφορά στο σύνολο των χώρων ενός ιδιωτικού νοσηλευτηρίου, χειρουργεία, δωμάτια,

διαδρόμους, αίθουσες αναμονής, είτε πρόκειται για προγραμματισμένη περίθαλψη είτε για επείγουσα εισαγωγή. Όμοια, η ευθύνη γιατρού και κλινικής είναι αλληλέγγυα, σύμφωνα με τη ρητή διατύπωση του σκεπτικού της μιας από τις αποφάσεις που προαναφέρθηκαν.

Σε σχέση, τέλος, με τη σχετική ευθύνη, εύστοχα εντοπίστηκε<sup>15</sup> ότι αυτή του λοιπού μετατρέπεται, πρακτικά, σε αντικειμενική, ευθύνη δηλαδή χωρίς πταίσμα,<sup>16</sup> καθώς ο γιατρός ή και η κλινική απαλλάσσονται μόνον αν αποδείξουν ότι η ενδονοσοκομειακή λοίμωξη οφείλεται σε ξένη αιτία. Και ξένη αιτία συνιστούν η ανωτέρα βία, η πράξη τρίτου προσώπου και το πταίσμα του θύματος. Όλες αυτές οι περιπτώσεις πρέπει να είναι ταυτόχρονα απρόβλεπτες, ακαταμάχητες και εξωγενείς. Έτσι, σε περίπτωση που το μικρόβιο προέρχεται από το ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό ή από άλλους ασθενείς, το στοιχείο του εξωτερικού παράγοντα δεν υπάρχει. Και αν προέρχεται από επισκέπτη, η κλινική θα πρέπει να αποδείξει ότι ήταν αδύνατον να προβλεφθεί η μόλυνση, εικασία η οποία στην πράξη είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποδειχθεί.

Το συμπέρασμα από την ανάλυση αυτής της νομολογίας είναι το ακόλουθο: στο ερώτημα που αφορά στις οικονομικές συνέπειες μιας ενδονοσοκομειακής λοίμωξης που μπορεί να είναι ακόμη και αναπόφευκτη, καθώς είναι σε όλους γνωστό ότι η τέλεια ασηψία είναι αδύνατο να επιτευχθεί, το Ανώτατο Ακυρωτικό δικαστήριο της Γαλλίας απάντησε ότι δεν θα είναι ο ασθενής εκείνος που θα επιβαρυνθεί.

Οι συνθήκες ήταν πια ώριμες για μια νομοθετική παρέμβαση, που πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2002.

## *B. Ο νόμος L-303 της 4ης Απριλίου 2002*

Ο νέος γαλλικός νόμος σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα του συστήματος υγείας περιέλαβε στο τέταρτο κεφάλαιό του (Titre IV) με τίτλο «επανόρθωση των συνεπειών των κινδύνων της υγείας» (risques sanitaires) σειρά διατάξεων που στόχος τους ήταν η θέσπιση αποζημίωσης των κινδύνων που απορρέουν από την παροχή περίθαλψης. Πρόκειται για την εφαρμογή και προληπτικά –με το σύστημα ασφάλισης αστικής ευθύνης και εκ των υστέρων– σε περίπτωση που ο κίνδυνος επέλθει, ενός μηχανισμού αποζημίωσης του θύματος με ταυτόχρονη εγγύηση της ασφάλειας του δικαίου για τους εταίρους του συστήματος υγείας όπως μονάδες υγείας, ιδιωτικές και δημόσιες, γιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας και ασθενείς.

1. Η υποχρεωτική ασφάλιση αστικής ευθύνης για τις μονάδες και τους επαγγελματίες υγείας: σύμφωνα με το άρθρο 98 του νόμου 303, οι επαγγελματίες υγείας που

ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, καθώς και όλες οι μονάδες υγείας ιδιωτικού και δημόσιου δικαίου υποχρεούνται να συνάπτουν ασφαλιστικές συμβάσεις αστικής ή διοικητικής ευθύνης για ζημίες σε τρίτους που επισυμβαίνουν κατά την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία. Οι ως άνω ασφαλίσεις καλύπτουν τους υπαλλήλους των μονάδων υγείας, που ενεργούν στα πλαίσια των καθηκόντων που τους έχουν ανατεθεί, ακόμη και αν αυτοί είναι ανεξάρτητοι κατά την άσκηση της ιατρικής τέχνης. Σε περίπτωση παράλειψης συμμόρφωσης προς την ανωτέρω υποχρέωση ασφάλισης, τα εκάστοτε αρμόδια πειθαρχικά όργανα μπορούν να επιβάλουν πειθαρχικές κυρώσεις. Η παράλειψη της υποχρεωτικής ασφάλισης τιμωρείται με πρόστιμο 45.000 € και, σ' ό,τι αφορά στα φυσικά πρόσωπα, με παρεπόμενη ποινή απαγόρευσης άσκησης του επαγγέλματος.<sup>17</sup> Το ίδιο ισχύει και για τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια τα οποία απαγορεύεται να λειτουργούν ως μονάδες παροχής περίθαλψης, σε περίπτωση που δεν εκπληρούν την προαναφερθείσα εκ του νόμου υποχρέωσή τους.

## 2. Η αποζημίωση των κινδύνων που απορρέουν από τη λειτουργία του συστήματος υγείας:

α. *Οι βασικές αρχές.* «Οι επαγγελματίες υγείας και οι μονάδες... (υγείας) δεν ευθύνονται για τα ζημιογόνα αποτελέσματα (από αυτούς ή σε αυτές) παρά μόνο σε περίπτωση πταίσματός τους».

Έτσι, προβλέπει μια από τις διατάξεις του άρθρου 98 του νόμου 303 που αξιοποιεί τη νομολογία που προηγουμένως σχολιάστηκε. Ο νόμος, άλλωστε, ορίζει ότι «τα ιδρύματα, υπηρεσίες ή οργανισμοί ευθύνονται για τις ζημίες που οφείλονται σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις εκτός και αν αποδείξουν την ύπαρξη ξένης αιτίας» (άρθρο 1142-1 II Κώδικα Δημόσιας Υγείας).

Η ευθύνη λόγω πταίσματος είναι, λοιπόν, το ισχύον καταρχήν καθεστώς. Κατ' εξαίρεση, η ευθύνη χωρίς πταίσμα ισχύει ειδικά για τις περιπτώσεις των ζημιών από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: «το ιατρικό ατύχημα, η ιατρογενής μόλυνση ή η ενδονοσοκομειακή λοίμωξη συνιστούν αιτίες που καθιστούν δικαιούχα αποζημίωσης τα θύματα των συναφών βλαβών μέσω της εθνικής αλληλεγγύης, εφόσον τελούν σε άμεση αιτιώδη συνάφεια προς τις προληπτικές, διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις και προκάλεσαν συνέπειες αφύσικες στην κατάσταση της υγείας των ασθενών και σοβαρές, κυρίως σ' ό,τι αφορά στην απώλεια λειτουργικών ικανοτήτων στην ιδιωτική και επαγγελματική τους ζωή. Οι ως άνω συνέπειες αξιολογούνται με βάση τα ποσοστά διαρκούς αναπηρίας ή τη διάρκεια της πρόσκαιρης ανικανότητας για εργασία. Δικαιούχοι αποζημίωσης των βλαβών τους από την εθνική αλληλεγγύη είναι οι πολίτες που εμφανίζουν ποσοστό διαρκούς αναπηρίας μεγαλύτερο από μια συγκεκριμένη τιμή που θα καθοριστεί με προεδρικό διάταγμα και η οποία σε καμιά περίπτωση

δεν μπορεί να είναι μικρότερη του 25%» (συνέχεια της ως άνω διάταξης).

Η εθνική αλληλεγγύη, η αποζημίωση δηλαδή από το Δημόσιο, στο όνομα του γενικού συμφέροντος, υπεισέρχεται στη θέση του εμπλεκόμενου στη διαδικασία περίθαλψης που προκάλεσε τη βλάβη, όταν όμως δεν μπορεί να καταλογιστεί στον τελευταίο κανένα πταίσμα. Η αποζημίωση από το Δημόσιο, συνεπώς, σε περίπτωση ευθύνης χωρίς πταίσμα, θα επέρχεται, του λοιπού, με μόνη τη διαπίστωση της συνδρομής του ζημιογόνου γεγονότος και τα μόνα που πρέπει να ρυθμιστούν, μέσω της κυβερνητικής παρέμβασης, είναι τα ποσοστά για την αξιολόγηση των βλαβών των δικαιούχων.

β. *Οι διαδικαστικές προϋποθέσεις.* Σύμφωνα με τη διάταξη L 1142-4 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας «...οι επαγγελματίες και οι μονάδες υγείας υπέχουν υποχρέωση πληροφόρησης των προσώπων που είναι ή θεωρούνται θύματα ζημίας που οφείλεται σε προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη. Η ίδια υποχρέωση ισχύει και για τους δικαιοπαρόχους του θύματος σε περίπτωση θανάτου του τελευταίου (...). Η πληροφόρηση αφορά στις περιστάσεις και στις αιτίες της ζημίας (...) γίνεται δε το αργότερο μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες μετά την αποκάλυψη της ζημίας ή μετά από ρητή αίτηση του ασθενούς με συνέντευξη στη διάρκεια της οποίας ο ασθενής (ή οι δικαιοπάροχοί του) μπορεί να συνοδεύεται από γιατρό ή άλλο πρόσωπο που ο ίδιος έχει επιλέξει». Σημειώνουμε, πάντως, ότι η προϋπόθεση της ενημέρωσης σε καμιά περίπτωση δεν αποκλείει το θύμα από τη δυνατότητά του να προσφύγει στα διοικητικά, πολιτικά ή ποινικά δικαστήρια αν τα συμπεράσματα από την ενημέρωσή του δεν το πείσουν για την ανυπαρξία ευθύνης των οικείων φορέων και προσώπων στην περίπτωση του.

γ. *Τα όργανα.* Η συμβιβαστική επίλυση της διαφοράς διενεργείται από ειδικά όργανα που η θέσπισή τους προβλέπεται από το άρθρο L 1142-5 του Κώδικα Δημόσιας Υγείας. Πρόκειται για τις Περιφερειακές Επιτροπές Συμβιβασμού και Αποζημίωσης των ιατρικών ατυχημάτων, ιατρογενών μολύνσεων και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Οποιοσδήποτε πολίτης θεωρεί εαυτόν θύμα ενδονοσοκομειακής λοίμωξης, ο εκπρόσωπος ή οι δικαιοπάροχοί του μπορούν να προσφύγουν ενώπιον αυτών των επιτροπών.

Όταν οι ζημίες είναι σοβαρές (κατά την έννοια της προαναφερθείσας διάταξης L 1142-1 II) η αρμόδια κατά τρόπον επιτροπή εκδίδει γνωμοδότηση (εντός έξι μηνών από την αίτηση του θύματος) σχετικά με τις περιστάσεις, τις αιτίες, τη φύση και την έκτασή τους, ως και την αποζημίωση που πρέπει να δοθεί στο θύμα. Αμφισβητήσεις σχετικά με το περιεχόμενο της γνωμοδότησης μπορούν να διατυπωθούν μόνο σε περίπτωση αγωγής αποζημίωσης στα αρμόδια δικαστήρια.

Ο νόμος 303 προέβλεψε επίσης την ίδρυση του εθνικού γραφείου αποζημίωσης των ιατρικών ατυχημάτων, ιατρογενών μολύνσεων και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων με αρμοδιότητες: (α) την αποζημίωση των ζημιών που προκλήθηκαν σε περιπτώσεις ευθύνης χωρίς πταίσμα των επαγγελματιών ή/και των μονάδων υγείας και (β) την αποζημίωση σε περίπτωση άρνησης της ασφαλιστικής εταιρίας να προβεί στην προσφορά αποζημίωσης (μετά από γνωμοδότηση της αρμόδιας περιφερειακής επιτροπής, κατά τα προεκτεθέντα) ή όταν ο υπεύθυνος των ζημιών δεν είναι ασφαλισμένος (παρά τη νόμιμη υποχρέωσή του γι' αυτό). Η ύπαρξη και η λειτουργία του, δηλαδή, είναι κομβικής σημασίας για την εφαρμογή του νέου συστήματος αποζημίωσης των θυμάτων από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

### Συμπεράσματα

Από την ανάπτυξη που προηγήθηκε εύκολα μπορεί να συνάγει κανείς το μείζον μέλημα του γαλλικού δικαίου, ως προς το ελληνικό, έτσι ώστε οι διατάξεις της νομοθεσίας για τα δικαιώματα και την προστασία των ασθενών –και τούτο όχι μόνον σ' ό,τι αφορά στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις<sup>18</sup>– να εφαρμοστούν ουσιαστικά επ' ωφελεία των υποκειμένων τους. Τόσο η φιλοσοφία, όσο και η διαδικασία αποζημίωσης των θυμάτων ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων είναι σαφείς και επαρκείς. Το γενικό καθήκον ενημέρωσης του ασθενούς αποκτά νέα διάσταση και η δημιουργία οργάνων όπως οι περιφερειακές επιτροπές και το εθνικό γραφείο αποζημίωσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων σηματοδοτούν τη μετάβαση προς τη δημιουργία ενός κράτους που όχι μόνο φαίνεται ή διακηρύσσει αλλά και είναι κοινωνικό.

### Βιβλιογραφία

1. Χαμαλίδου-Αλεξιάδου Α, Αλεξιάδη ΑΔ. Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της Επιτροπής Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων. Γαληνός, 1993:619
2. Για τα Κέντρα Υποστήριξης, βλ. Στεφάνου Θ. Κρατική μέριμνα για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (αναφέρεται από τους Χαμαλίδου και Αλεξιάδη, ό.π. χωρίς περαιτέρω βιβλιογραφικές επισημάνσεις)
3. Έτσι, π.χ. π.δ. 87/1986 σχετικά με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του ΕΣΥ, ν. 2194/1994 για την αποκατάσταση του ΕΣΥ, ν. 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, ν. 2716/1999 για την ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας, ν. 2737/1999 για τις μεταμοσχεύσεις και άλλες ρυθμίσεις θεμάτων προσωπικού των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, ν. 2889/2001 για τη βελτίωση και εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και την περιφερειακή του συγκρότηση, ν. 2920/2001 για το Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας
4. Ομπέση Φ. Η θεσμική αντιμετώπιση της εξάπλωσης του ιού του AIDS– το παράδειγμα της Γαλλίας– Ιατρικό Βήμα. Μάρτιος 1992:47–52, της ίδιας. Ο προγεννητικός έλεγχος στο

Γαλλικό Δίκαιο, Αρμενόπουλος 1999:480–487, της ίδιας, Μετάδοση του ιού του AIDS λόγω μετάγγισης αίματος: συστήματα διοικητικής ευθύνης στο Γαλλικό Δίκαιο, Διοίκηση και Υγεία 2000:39–59, της ίδιας, Η ευθύνη νοσηλευτικών ιδρυμάτων λόγω διενέργειας ιατρικών πράξεων (με αφορμή τις πρόσφατες εξελίξεις στη νομολογία του γαλλικού Συμβουλίου της Επικρατείας), Αρμενόπουλος 2001:1324–1333

5. Rapport de Pierre Sargos, JCP (Jurisclasseur Périodique) 1999 Edition Générale No 30–34, 28 juillet:1471
6. Από το 1935 (CE 8 Novembre 1935 Voeuve Loiseau née Vion et Philiponneau, Rec. CE: 1019) βλ. Ομπέση Φ., ό.π. Αρμενόπουλος 2001:1324 σημ. 1, 2 και 3
7. CE 9 Decembre 1988 Cohen c/Assistance Publique de Paris, Dalloz 1989 sommaires commentes: 347 παρατηρήσεις F. Moderne & P. Bon
8. CE 14 Juin 1991 Maalem c/Centre hospitalier, Dalloz 1992 sommaires commentes: 148 παρατηρήσεις Bon και Terneyre, CE 19 Fevrier 1992 Musset, Revue de droit public 1993:253
9. Cassation 1re Chambre Civile, Mercier, 20 Mars 1936, Sirey 1937, 1:321, note A. Breton, Ομπέση Φ. Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο: επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμενόπουλος 1993:401 επ., Cassation Civile 25 Janvier 1997, JCP Edition Générale 1997, Act. No 11, Viney G. et Jourdain P. L'indemnisation des accidents medicaux: que peut faire la Cour de Cassation? JCP Edition Generale 1997, I:4016
10. Cassation 1re Chambre Civile 28.02.1984, Bulletin Civil I No 77, του ιδίου 29.11.1989 Bulletin Civil No 366
11. Cassation 1re Chambre Civile 21 Mai 1996 JCP Edition Générale 1996 I, 3985 No 24 και επ, observations G. Viney, Revue trimestrielle de droit civil 1996:913 observations P. Jourdain, Dalloz 1997 somm. commentés: 286 observations D. Majeaud, I. Denis-Chaubet
12. Cassation 1re Chambre Civile 16 Juin 1998 SARL Clinique B- et autres c/Mme J. et autres, JCP Edition Generale No 27: 1295 note Isabelle Denis-Chaubet
13. Denis-Chaubet ό.π.: 1297 με παραπομπές στους P. Jourdain, Responsabilité Civile, Revue trimestrielle de droit civil 1998: 117 αρ. 4, Lambert-Faivre Y, Fondement et régime de l'obligation de sécurité, Dalloz 1994, Chronique:81
14. Cassation 1re Chambre Civile, 29 Juin 1999: 1ο CPAM de la Seine-Saint-Denis c/H et autres, 2ο Aebi c/M. et autres, 3ο Follet c/Fr. et autres, JCP Edition Générale No 28, 14 Juillet 1999:1330, Rapport Pierre Sargos, JCP Edition Générale No 30–34, 28 Juillet 1999, Jurisprudence II 10 138:1469
15. Chabas, ό.π., Sargos, ό.π.
16. Για την έννοια της αντικειμενικής ευθύνης βλ. Ομπέση Φ, Αρχές Δικαίου και Νοσηλευτική Νομοθεσία, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης 2001:55 και επ
17. Άρθρο 131–27 Γαλλικού Ποινικού Κώδικα
18. Βλ. παραπάνω, σημ. 4

Corresponding author: F. Obessi, LLB, LLM, PhD, Attorney at law, Professor, Nursing Department, ATEI, P.O. Box 14561, GR-541 01 Thessaloniki, Greece