

# Πρόταση για την διαμόρφωση ενός θεσμικού μηχανισμού εξωδικαστικής αξιολόγησης της ιατρικής ευθύνης

Συγκριτική ανάλυση και πρόταση με βάση τις βέλτιστες πρακτικές στις χώρες της Ευρώπης

## A. Εισαγωγικό σημείωμα

Η θεσμοθέτηση της αστικής ή ποινικής ευθύνης για ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις αποσκοπούν στην διασφάλιση δύο βασικών εννόμων συμφερόντων:<sup>1</sup> στην χρηματική ή υλική αποκατάσταση της βλάβης που έχουν υποστεί οι ασθενείς ή οι οικείοι τους και στην γενική πρόληψη, δηλαδή στην αποτροπή της επανάληψης της ιατρικής αμέλειας. Ο πρώτος στόχος συνιστά την έμπρακτη εκδήλωση της προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή<sup>2</sup> και ο δεύτερος την υλοποίηση της έννοιας του ευνομούμενου κράτους στην παροχή φροντίδας υγείας. Ωστόσο, η κοστοβόρα και μακροχρόνια διοικητική ή δικαστική διαδικασία για την επίλυση των διαφορών ή για την επιβολή κυρώσεων, αποτελεί συχνά την κύρια αιτία για την απομάκρυνση από αυτούς τους στόχους. Προς τούτο, διεθνείς οργανισμοί ανέλαβαν πρωτοβουλίες για διακρατική προσέγγιση και έρευνα εναλλακτικών μορφών διευθέτησης των προβλημάτων της ιατρικής ευθύνης, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, το Συμβούλιο της Ευρώπης ή και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.<sup>3</sup>

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς ένα δικαιοδοτικό ή διοικητικό σύστημα απόδοσης ευθυνών που δεν καταλήγει σε εύλογο χρόνο στην προστασία του ασθενούς, επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της φροντίδας υγείας, υπό την έννοια ότι δημιουργεί κίνητρα για την ανάπτυξη της

---

<sup>1</sup> J.Econ Perspect, *Evaluating the Medical Malpractice System and Options of Reform*, PMC 2011, Oct 17, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195420/#R60>

<sup>2</sup> Matthias W., Palm W. and others, *Cross Border Health Care in the European Union-Mapping and Analysing practices and policies*, European Observatory on Health Systems and Policies – WHO, 2011 <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/cross-border-health-care-in-the-european-union.-mapping-and-analysing-practices-and-policies-2011>

<sup>3</sup> Herman Pr., *Report on Medical Liability in Council of Europe Member States*, A Comparative study of legal and factual situation in Member States in the European Union, Council of Europe, Strasbourg, 2005. <https://rm.coe.int/1680700281>

λεγόμενης θεραπείας «κόστους-ωφέλους» που βασίζεται στον φόβο της υπαιτιότητας,<sup>4</sup> ήτοι οδηγεί σε «αμυντική ιατρική».<sup>5</sup> Τα εμπειρικά δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τέτοιες έρευνες έχουν δείξει πως οι οποιαδήποτε θεσμικές μεταρρυθμίσεις που σχετίζονται με την θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης (αποδιδόμενη σε αμέλεια και όχι δόλο) έχουν άμεση επιρροή στις αποφάσεις θεραπευτικών σχημάτων, υγειονομικού κόστους και εν τέλει ιατρικής/νοσηλευτικής αποτελεσματικότητας.<sup>6</sup>

Θεωρητικά έχουν προταθεί με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα διάφορες λύσεις όπως:<sup>7</sup>

α) Η θεσμοθέτηση ενός συστήματος προκαθορισμένων υγειονομικών (ιατρικών και νοσηλευτικών) πρωτοκόλλων. Στην Ελλάδα για την ανάδειξη της ιατρικής ευθύνης προς αποζημίωση ακολουθείται η λογική της ιατρικής ως «παροχής υπηρεσιών», δηλαδή οι προϋποθέσεις της ευθύνης ανάγονται στην παρανομία και υπαιτιότητα και πρέπει να συντρέχουν ταυτόχρονα, με βάση τη θεώρηση της αμέλειας ως μορφής πταίσματος και ως μορφής παρανομίας ("διπλή λειτουργία της αμέλειας"). Έτσι, αν, υπό το πρίσμα μιας ιατρικής πράξης, παραβιαστούν οι κανόνες και αρχές της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας ή και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από το γενικό καθήκον πρόνοιας και ασφάλειας, όπως καθορίζονται στην διεθνή βιβλιογραφία (άλλως η βέλτιστη θεραπευτική πρακτική-evidence based medicine)<sup>8</sup> παραβιάζεται το καθήκον επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητας του ζημιώσαντος και τότε η συμπεριφορά αυτή είναι παράνομη και, συγχρόνως, υπαίτια.<sup>9</sup> Στην περίπτωση, ωστόσο, των ιατρικών πρωτοκόλλων υφίσταται εκ προοιμίου έλεγχος της προσαρμογής της ιατρικής απόφασης προς συγκεκριμένα και προδιαμορφωμένα πρότυπα και διαδικασίες θεραπείας, που αναγνωρίζονται θεσμικά και δεν αναζητούνται μετά το συμβάν.

---

<sup>4</sup> Harris Interactive. Final Report of the Fear of Litigation Study: The Impact on Medicine. 2002 <http://cgood.org/assets/attachments/57.pdf>.

<sup>5</sup> Sonal Sekhar, Vryas N, *Defensive Medicine: A Bane to Healthcare*, Ann Med Health Sciences Research, Apr.-Jun 2013, 295-296, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728884/>

<sup>6</sup> Kessler D.P., McCellan M.B, *How liability affects Medical Productivity*, JHealthEcon, 2002 Nov;21 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12475119/>

<sup>7</sup> Ο.π. J.Econ Perspect, *Evaluating the Medical Malpractice System and Options of Reform*,

<sup>8</sup> Sackett, D.L. *Evidence Based Medicine*, Seminars in Peritology Feb.1997, Volume 21, issue 1, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0146000597800134>

<sup>9</sup> Άρειος Πάγος (Α1 Πολιτικό) 974/2014 και 1222/2007

β) Η θέσπιση ειδικής νομοθεσίας και δικαιοδοσίας σχετικά με την ιατρική ευθύνη.<sup>10</sup> Αυτοί οι μηχανισμοί έχουν να κάνουν με την ειδική πρόβλεψη ενδίκων μέσων και δικαστικών διαδικασιών/τμημάτων για την εκδίκαση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας. Για παράδειγμα στο Βέλγιο διαμορφώθηκε με νομοθεσία του 2010 ένας τέτοιος μηχανισμός δικαστικής (και εν μέρει εξωδικαστικής) αντιμετώπισης της ιατρικής αμέλειας, ως χωριστός θεσμικός τομέας.<sup>11</sup> Παράλληλα, δημιουργήθηκε ειδική νομοθεσία για την προληπτική αντιμετώπιση και νομική αναγνώριση της ιατρικής αμέλειας στην πράξη, αλλά και ειδικά τμήματα εξειδικευμένων δικαστών στον τομέα της υγείας.

γ) Η προώθηση εξωδικαστικών διοικητικών μηχανισμών αποζημίωσης ή απόδοσης ευθυνών (τα λεγόμενα non-fault systems).<sup>12</sup> Πρόκειται για εξωδικαστικές μορφές αντιμετώπισης της αμέλειας, που ωστόσο έχουν δεχθεί σοβαρή νομική κριτική στον βαθμό που είναι αποτρεπτικοί για την πρόσβαση στην δικαιοσύνη και συνεπώς ως προς την συμβατότητά τους στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Οι σκανδιναβικές χώρες είναι πρωτοπόροι στον σχετικό τομέα έχοντας οδηγήσει το μεγαλύτερο ποσοστό των εκκρεμών υποθέσεων σε εξωδικαστική επίλυση.<sup>13</sup> Ειδικότερα μάλιστα η Σουηδία έχει θεσμοθετήσει ένας αυτόνομο Οργανισμό για την Ιατρική Ευθύνη, το λεγόμενο «Συμβούλιο Ιατρικής Ευθύνης» (*Hälso- och Sjukvårdens AnsvarsNämnd; Hsan*),<sup>14</sup> που ακολουθεί συγκεκριμένη διαδικασία για τον έλεγχο της ιατρικής αμέλειας, με βάση την γνώμη ειδικών ανά τομέα ιατρικής ειδικότητας. Ο οργανισμός αυτός επιπρόσθετα επιδιώκει να διαμορφώσει και μία ειρηνική επίλυση των διαφορών που ανακύπτουν.

---

<sup>10</sup> Mello M., Studdert D. et. Others, "Health Courts" and Accountability for Patient Safety, *Milbank Quarterly*, 2006, Sep 84(3), 459-492, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26665692/>

<sup>11</sup> T. Vandersteegen et al., 'Physician Specialists' Perceptions of the Medical Malpractice System in Belgium', *European Journal of Health Law* 22 (2015) 481-491. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26665692/>

<sup>12</sup> Keneth W., Kottenhagen R., *Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe*, *European Journal of Health Law*, 2018, Volume 25, Issue 1, p.1-23, [https://brill.com/view/journals/ejhl/25/1/article-p1\\_1.xml?language=en](https://brill.com/view/journals/ejhl/25/1/article-p1_1.xml?language=en)

<sup>13</sup> A.M. Farrell, *No-Fault Compensation Schemes for Medical Injury: A Review* (Scottish Government Social Research, 2010).

<sup>14</sup> World Bank, *Medical Malpractice Systems Around the Globe: Examples from the US Tort Liability system and the Sweden-No-fault System* (Washington, dc: World Bank, 2003) p. 11. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/26120>

Το ίδιο συνέβη και στην Γαλλία, όπου με τον νόμο 2020 *Kouchner* ιδρύθηκε το Εθνικό Γραφείο για την Αποζημίωση Ιατρικών Παραλείψεων (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)),<sup>15</sup> με σκοπό την εξωδικαστική επίλυση της αντιδικίας που προκύπτει από ιατρική αμέλεια, μέσω ενός συνολικού συστήματος απόδοσης ευθυνών και αναζήτησης συμβιβαστικών λύσεων. Για την εκκίνηση της δικαστικής διαδικασίας στην Γαλλία, ο ζημιωθείς οφείλει να υποβάλει αίτημα προς την Τοπική Επιτροπή Διαμεσολάβησης και Αποζημίωσης την *Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation* [CRCI;] Η συγκεκριμένη Επιτροπή προεδρεύεται από ένα Δικαστικό/Νομικό και στα μέλη της ανήκουν ομάδες ασθενών, επαγγελματίες υγείας και εκπρόσωποι ασφαλιστικών οργανισμών.<sup>16</sup> Για το παραδεκτό της εισαγωγής μία ιατρικής υπόθεσης στην αρμοδιότητα της Επιτροπής αυτής, θα πρέπει να αποδεικνύεται η σοβαρότητα της ζημίας και η αιτιώδης συνάφεια προς την ιατρική πράξη ή παράλειψη, αλλιώς απορρίπτεται ως απαράδεκτη, ενώ παράλληλα ο ζημιωθείς μπορεί να προσφύγει δικαστικά.

Το Ενδιαφέρον με τα προαναφερόμενα συστήματα της «ασυλίας αστικής ιατρικής ευθύνης» εκτός των δικαστηρίων, είναι ότι εφαρμόζονται τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Υπό την έννοια αυτή η αρμοδιότητα αυτών των φορέων διοικητικής διαμεσολάβησης καλύπτει τις περιπτώσεις ιατρικής υπαιτιότητας και των ιδιωτών ιατρών. Ωστόσο οι «καθολικού χαρακτήρα» εξωδικαστικοί μηχανισμοί, στους οποίους επιδιώκεται η αξιολόγηση της αστικής ευθύνης αποζημίωσης παράλληλα με την εξωδικαστική διευθέτηση, έχουν αποδειχθεί ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματικοί, όταν λειτουργούν στο παραδοσιακό νομικό περιβάλλον του αστικού αδικοπρακτικού δικαίου (χωρίς ειδικούς κανόνες ιατρικής ευθύνης), καθώς η περιπλοκότητα των υποθέσεων δεν επιτρέπει την συνολική διαχείριση της υπόθεσης, δηλαδή την ταυτόχρονη στοιχειοθέτηση της ευθύνης και την διαμόρφωση του ύψους της αποζημίωσης.<sup>17</sup> Με άλλα λόγια, χωρίς την θέσπιση συγκεκριμένου κανονιστικού και

---

<sup>15</sup> Ancelot L. & Cornel O., *Physician-patient relationship and medical accident victim compensation: some insights into the French regulatory system*, *European Journal of Health Economics*, (16) 2015, p.529-542. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-014-0606-4>

<sup>16</sup> D. Thouvenin, 'French Medical Malpractice Compensation since the Act of March 4, 2002: Liability Rules Combined with Indemnification Rules and Correlated with Several Kinds of Proceedings', *Drexel Law Review* 4 (2011) 166-167; [https://drexel.edu/~media/Files/law/law%20review/fall\\_2011/Thouvenin.ashx](https://drexel.edu/~media/Files/law/law%20review/fall_2011/Thouvenin.ashx)

<sup>17</sup> Kenneth W., Kottenhagen R., *Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe*, *European*, ο.π. σημείωση 12.

μεθοδολογικού πλαισίου αναφοράς για την στάθμιση της ιατρικής ευθύνης και την διαμόρφωση μίας «κουλτούρας» συμβιβασμού, οι εξωδικαστικοί μηχανισμοί δεν μπορούν να επιτελέσουν ταυτόχρονα ρόλο επιστημονικής έρευνας, προσδιορισμού ύψους της βλάβης και συμφωνίας των μερών προς αποζημίωση.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η διοικητική αρχή για την επίλυση των θεμάτων ιατρικής αμέλειας λειτουργεί ως οργανική μονάδα (agency) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), που αποκαλείται NHS Resolution ή Δικαιοδοτική Αρχή του NHS (NHS Litigation Authority).<sup>18</sup> Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας πέραν του γεγονότος ότι παρέχει πλήρη κάλυψη χρηματικής αποκατάστασης της ιατρικής βλάβης,<sup>19</sup> εισήγαγε, βασιζόμενο σε έρευνα του Υπουργείου Υγείας του 2003, τέσσερις βασικές ρυθμίσεις γύρω από την διαχείριση των κρίσεων της ιατρικής αμέλειας:<sup>20</sup> α) Την έρευνα γύρω από τις συνθήκες και τις πράξεις ή παραλείψεις που στοιχειοθετούν την φερόμενη υπαίτια ιατρική συμπεριφορά, β) Την αναλυτική αναφορά προς τον ασθενή και τους οικείους του τί συνέβη και γιατί, καθώς και την προτεινόμενο πρωτόκολλο για την αποφυγή επανάληψης του σφάλματος στο μέλλον, γ) Την ανάπτυξη και παροχή ενός πακέτου ιατρικής αποκατάστασης και φροντίδας, μετά το ζημιογόνο περιστατικό, που περιλαμβάνει νοσηλεία και φαρμακευτικές παροχές και δ) την χρηματική ικανοποίηση για την ψυχική οδύνη ή την ηθική βλάβη που έχει προκληθεί από το συμβάν.<sup>21</sup> Και εδώ αποδείχθηκε ότι η πολιτική της διευκόλυνσης υπέρογκων αποζημιώσεων, χωρίς οικονομικό κόστος, δηλαδή η εξωδικαστική στάθμιση του πταίσματος και διαμόρφωσης αποζημίωσης αποδείχθηκε εξαιρετικά επικερδής για τους νομικούς παραστάτες, αλλά επιζήμια για το σύστημα αφού αύξησε κατακόρυφα

---

<sup>18</sup> Θεσπίστηκε από την Νομοθετική Πράξη Παροχών Υγείας του 2006 (National Health Service Act 2006) και σχετικές κανονιστικές πράξεις Order 1995, S.I. 1995/2800. section 11(1), (2) and (4) of, and paragraph 9(7)(b) of schedule 5 to, the National Health Service Act 1977. <https://resolution.nhs.uk/about/governance/>

<sup>19</sup> Ρυθμίσεις για κάλυψη της ιατρικής αμέλειας στον NHS- Indemnity Arrangements for Clinical Negligence Claims, <https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/10/NHS-Indemnity.pdf>

<sup>20</sup> Chief Medical Officer's Report, in MAKING AMENDS: A CONSULTATION PAPER SETTING OUT PROPOSALS FOR REFORMING THE APPROACH TO CLINICAL NEGLIGENCE IN THE NHS (U.K. Dep't of Health 2003) <https://www.apil.org.uk/files/pdf/ConsultationDocuments/750.pdf>

<sup>21</sup> Goldberg R., *Medical Malpractice and Compensation in the UK*, Chicago-Kent Law Review, Volume 87, Issue 1, December 2011, <https://scholarship.kentlaw.iit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3828&context=cklawreview>

τον αριθμό των υποβαλλόμενων αναφορών και συνεπώς του αντίστοιχου κόστους διαχείρισής τους και ανταπόκρισης σε αυτές.<sup>22</sup>

Στην Ελλάδα, η αναζήτηση της ιατρικής ευθύνης αποτελεί μία τραυματική εμπειρία τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους ιατρούς. Σχετικά με το Ελληνικό νομικό σύστημα αναδεικνύονται δύο (κύρια) είδη ευθυνών:<sup>23</sup>

α) Η Ποινική ευθύνη του Ιατρού: Από το συνδυασμό των διατάξεων του Ποινικού Κώδικα, θεμελιώνεται ειδικότερα ποινική ευθύνη του ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια ή για σωματική βλάβη, όταν το ζημιογόνο αποτέλεσμα οφείλεται σε παράβαση από μέρους του των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση, εφ' όσον η αντίστοιχη ενέργεια ή παράλειψή του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμελείας, που απορρέει από την άσκηση του επαγγέλματός του και ανάγεται σε νομική υποχρέωσή του με επιτακτικούς κανόνες, καθώς και από την εγγυητική θέση αυτού απέναντι στην ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, η οποία δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης.<sup>24</sup> Τα ποινικά δικαστήρια, δικάζουν μετά από προδικαστική διαδικασία του άρθρου 244 ΚΠοινΔ, δηλαδή προκαταρκτικής εξέτασης, όπου μάρτυρες, αποδεικτικά έγγραφα και διάδικοι (ασθενείς-ιατροί) εξετάζονται από ανακριτικούς υπαλλήλους που ελάχιστα γνωρίζουν ως προς την ουσία της υπόθεσης. Στο δε ποινικό ακροατήριο, όχι σπάνια, δεν υφίστανται εμπεριστατωμένες πραγματογνωμοσύνες ως προς την ύπαρξη ή όχι αμέλειας, αλλά συνήθως ιατρικά σημειώματα ή μαρτυρίες εμπειρογνομόνων που μπορεί να μην έχουν διοριστεί από την δικαστική ή εισαγγελική αρχή, και

β) Η αστική ευθύνη του ιατρού: Αυτή θεμελιώνεται σε πληθώρα διατάξεων και αφορά την ευθύνη της χρηματικής ικανοποίησης των ζημιωθέντων. Πέραν του άρθρου 914 του ΑΚ, που εισάγει εν γένει την αδικοπράξια (δηλαδή την υπαίτια και παράνομη συμπεριφορά που οδηγεί σε βλάβη), η ιατρική αστική ευθύνη μπορεί να έχει και άλλες νομικές βάσεις όπως τις γενικές ρήτρες περί ενοχικής-συμβατικής ευθύνης των άρθρ.

---

<sup>22</sup> Goldberg R., *Medical Malpractice and Compensation in the UK*, Chicago-Kent Law Review, ο.π.σημ21 Επίσης πηγή: THE NATIONAL HEALTH SERVICE LITIGATION AUTHORITY: REPORT ANN ACCOUNTS 2010 (Her Majesty's Stationery Office 2010).

<sup>23</sup> Η πειθαρχική ευθύνη (ως προς το πλαίσιο που εισάγεται στα άρθρα 319 επ. του ν.4512/2018) δεν θα μας απασχολήσει στην προκειμένη έρευνα.

<sup>24</sup> ΑΠ 122/2019, σε συνδυασμό με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ν.3418/2005

200, 281, 288 ΑΚ, ενώ ρυθμίσεις υφίστανται, στον α.ν. 1565/1939 (άρθρ. 24). στο ν. 2737/1999 (μεταμοσχεύσεις), στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (ν.3418/2005) και στα άρθρα 1455-1460 ΑΚ (μετά το ν. 3089/2002). Η βασική θεμελίωση της ευθύνης ανάγεται στους κανόνες ιατρικής επιστήμης δηλαδή στην ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση από την διεθνή βιβλιογραφία (lege artis). Επίσης νομική βάση για την ιατρική ευθύνη αποτελούν οι διατάξεις προσασίας του καταναλωτή και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στη Βιοϊατρική, γνωστή ως «σύμβαση του Οβιέδο», η οποία κυρώθηκε με το ν. 2619/1998, έχει υπερνομοθετική ισχύ και προβλέπει για την ιατρική ευθύνη στο άρθρ. 24 του κειμένου της.<sup>25</sup> Η περίπτωση της αστικής ευθύνης των ιατρών του Δημοσίου τομέα διαφοροποιείται καθώς ο ζημιωθείς δεν μπορεί να ενάγει απευθείας τον ιατρό. Από τη διάταξη του άρθρου 38 παρ.1 του ν.3528/2007 (Δημοσιουπαλλικός Κώδικας),<sup>26</sup> προκύπτει ότι στην έννοια της ζημίας διαλαμβάνεται κατά τα άρθρα 299, 914, 928 και 932 ΑΚ η περιουσιακή ζημία και η χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης, τις οποίες ο ζημιωθείς δύναται να απαιτήσει μόνο από το Ελληνικό Δημόσιο, του οποίου ο ζημιώσας ήταν υπάλληλος κατά το χρόνο τέλεσης της πράξης, κατ' αποκλεισμό της έναντι αυτού ευθύνης του τελευταίου.<sup>27</sup> Με τη διάταξη αυτή καθιερώνεται, δηλαδή, το αστικώς ανεύθυνο των δημοσίων υπαλλήλων (και των ιατρών) έναντι τρίτων και περιορίζεται το πεδίο εφαρμογής του άρθρου 105<sup>28</sup> περί εξωσυμβατικής ευθύνης του δημοσίου. Το Δημόσιο (Δια του Ελεγκτικού Συνεδρίου) μπορεί μεταγενέστερα κατά αναγωγή να στραφεί εναντίον του ιατρού, αξιώνοντας την αποζημίωση που κατέβαλε, εφόσον πρόκειται για περίπτωση βαρειάς αμέλειας (ή δόλου του ιατρού).

Ωστόσο οι δικαστικές αποφάσεις των πολιτικών/διοικητικών δικαστηρίων δεν διακρίνουν μεταξύ απλής ή βαρειάς αμέλειας για την στοιχειοθέτηση του πταίσματος. Επίσης, κατά τις δίκες που διεξάγονται από το Δημόσιο χωρίς να παρίστανται οι ιατροί, δεν υπάρχει επαρκής υπεράσπιση ως προς την θεμελίωση ή μη της ευθύνης, δηλαδή επαρκούς εφαρμογής των εξειδικευμένων κανόνων της ιατρικής βιβλιογραφίας. Τέλος, οι τυχόν πραγματογνωμοσύνες συντάσσονται από έναν ιατρό, που εφόσον ορίζεται από

<sup>25</sup> ΠολΠΡΘες 24582/2008, ΠΟΛΠρΑθ 1227/2008. Βλ. και Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2003, Εκδόσεις Σάκκουλα

<sup>26</sup> που ταυτίζεται από άποψη περιεχομένου προς εκείνες των άρθρων 85 παρ. 1 και 38 παρ. 1 των προϊσχυσάντων Υπαλληλικών Κωδίκων (πδ 611/1977 και ν. 2683/1999 αντίστοιχα),

<sup>27</sup> ΟΛΑΠ 3/2009, ΑΠ 351/2015, ΑΠ 957/2013, ΑΠ 1429/2012, ΑΠ 1531/2011, δημ. όλες στη Νόμος

<sup>28</sup> ΑΠ 294/2008, δημ. Νόμος ΕφΘεσ 457/2011, Αρμ 2011.1022

το δικαστήριο αμείβεται από τον επισπεύδοντα και επιμελέστερο διάδικο. Η διαδικαστική αυτή εξέλιξη δημιουργεί σοβαρά ζητήματα αμεροληψίας του ιατρικού πορίσματος, ενώ τα δικαστήρια, ενόψει της ανεπάρκειας εκπροσώπησης των μερών (ασθενών ή ιατρών) έχουν σε πολλές περιπτώσεις ελλιπή ενημέρωση ως προς τα στοιχεία που συγκροτούν την ιατρικώς ενδεδειγμένη πράξη. Να σημειωθεί ότι αρκετές φορές δεν συντάσσεται καν εμπειριστατωμένη δικαστική πραγματογνωμοσύνη και τα μέρη βασίζονται σε ιατρικά σημειώματα.

Ενόψει των ανωτέρω, αλλά και των διαρκώς αυξανόμενων πιέσεων που υφίσταται το δημόσιο σύστημα υγείας, απαιτείται νομοθετική παρέμβαση, η οποία θα εισάγει αναγκαίες θεσμικές μεταρρυθμίσεις σε δύο επίπεδα, χωρίς να αξιώνει την ριζική αναμόρφωση του δικαϊκού συστήματος: α) Στην δημιουργία ενός μόνιμου διοικητικού μηχανισμού με την σύσταση συλλογικού οργάνου, το οποίο θα αμείβεται επαρκώς από το Δημόσιο, προκειμένου να προβαίνει σε αξιολογήσεις της ιατρικής πρακτικά βάσει συγκεκριμένης ερευνητικής μεθοδολογίας, αλλά όχι σε συναγωγή της τελικής δικαιοδοτικής κρίσης περί ύπαρξης ή μη πταίσματος του επαγγελματία υγείας. Το τελευταίο, μαζί με τον προσδιορισμό του ύψους της αποζημίωσης πρέπει να καταλείπεται στο δικαστικό μηχανισμό (Ποινικά ή Διοικητικά ή Πολιτικά δικαστήρια), καθώς όπως έχει αποδείξει η διαμεσολαβητική εμπειρία των υπολοίπων Ευρωπαϊκών Χωρών, ένας ολοκληρωμένος εξωδικαστικός μηχανισμός, είτε παράλληλα είτε αυτόνομα προς τον δικαστικό, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των καταχρηστικών αναφορών ιατρικής ευθύνης. Το συγκεκριμένο όργανο πρέπει να διαθέτει τα θεσμικά εχέγγυα αμεροληψίας και ανεξαρτησίας, β) Στην εισαγωγή συγκεκριμένης μεθοδολογίας και κριτηρίων εξαγωγής του πορίσματος που συνέχεται προς την ιατρική πρακτική. Αυτή η παράμετρος είναι σημαντική προκειμένου να εμπλουτιστεί η απρόσφορη οπτική του αστικού δικαίου στον ιατρικό κανόνα, καθώς είναι εμπειρικά αποδεδειγμένο ότι η εισαγωγή ειδικών αρχών και ειδικών δικονομικών ή ουσιαστικών κανόνων ιατρικού δικαίου, ευνοεί την ταχεία επίλυση των διαφορών. Σε διεπιστημονική μελέτη των Ferrara S.D.-Baccino E. που δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο του 2013<sup>29</sup> προτάθηκαν σειρά τέτοιων αρχών που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν και θεσμικά, χωρίς να παράγουν επιπλέον δημοσιονομικό κόστος.

---

<sup>29</sup> Santo Davide Ferrara & Eric Baccino & Thomas Bajanowski & Rafael Boscolo-Berto & Maria Castellano & Ricardo De Angel & Alvydas Pauliukevičius & Pietrantonio Ricci & Peter Vanezis & Duarte Nuno Vieira & Guido Viel & Enrique Villanueva & *Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation*, International Journal of Legal Med

## **B. Προτεινόμενη νομοθετική ρύθμιση**

### **Θέσπιση εξωδικαστικού μηχανισμού αξιολόγησης ιατρικής ευθύνης**

#### **1. Οργανική και λειτουργική ένταξη της Ειδικής Μονάδας Έρευνας Ιατρικής Αμέλειας:**

Λαμβάνοντας υπόψη την προαναφερόμενη βιβλιογραφία και κυρίως τα παραδείγματα λειτουργίας εξωδικαστικών θεσμών στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, δεν είναι απαραίτητο τουλάχιστον στην αρχή να διαμορφωθεί μία χωριστή νομική οντότητα έρευνας της ιατρικής αμέλειας. Η σχετική μονάδα που θα έχει ως αποκλειστικό αντικείμενο αρμοδιότητας την επιστημονική και όχι δικαιοδοτική κρίση θεραπευτικών πράξεων, μπορεί να ενταχθεί σε υπάρχουσες θεσμικές δομές.

Στο πλαίσιο της αναγκαιότητας για λειτουργική, οικονομική και προσωπική ανεξαρτησία του ανθρώπινου δυναμικού προτείνεται:

**α)** Η υπαγωγή της μονάδας στην Εθνική Αρχή Διαφάνειας. Ειδικότερα, η αρχή διέπεται (νομοθετικά τουλάχιστον) από λειτουργική και προσωπική ανεξαρτησία κατά το άρθρο 84 του ν.4622/2019, η οποία καλό θα ήταν να επεκταθεί και στα πρόσωπα, τα οποία αναλαμβάνουν την έρευνα υποθέσεων ιατρικής ευθύνης. Οι μονάδες αυτές θα μπορούσαν να συσταθούν και ανά Υγειονομική Περιφέρεια, αλλά σε αυτή την περίπτωση θα ήταν δύσκολος ο συντονισμός τους και η διαμόρφωση ολοκληρωμένου λειτουργικού σχήματος, γεγονός που θα δημιουργούσε δυσχέρειες στον διενεργούμενο έλεγχο. Καλύτερο θα ήταν μετά την ένταξη στην αρχή να εδράζονται ανά Υγειονομική Περιφέρεια τα μόνιμα Συμβούλια που θα προεδρεύουν και θα συντονίζουν την έρευνα των αναφορών αμέλειας. Μετά την ενσωμάτωση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (άρθρο 118 παρ.2<sup>ο</sup>) ν.4622/2020, παράλληλα μεταφέρθηκε και μία σημαντική τεχνογνωσία ως προς την διαχείριση και έρευνα υποθέσεων Ιατρικής Ευθύνης. Στον Οργανισμό της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας (υπ' αριθμ.οικ. 11699/2020 Απόφαση, ΦΕΚ Β' 1991/24-5-2020), ωστόσο δεν εντάχθηκαν ως αρμοδιότητα με σαφή τρόπο οι καταγγελίες για ζητήματα αμέλειας επαγγελματιών υγείας. Στην Κεντρική Υπηρεσία προβλέφθηκε ειδικός Τομέας Υγείας και Πρόνοιας (άρθρο 16 Οργανισμού), χωρίς ειδική αναφορά στην διερεύνηση καταγγελιών-αναφορών ή πληροφοριών ιατρικής πράξης. Σε αυτόν θα

έπρεπε συνεπώς να προβλέπεται ειδικός υποτομέας Έρευνας και Αξιολόγησης Ιατρικής Πρακτικής, ο οποίος θα είναι αρμόδιος: i) Για την διερεύνηση καταγγελιών-αναφορών ως προς ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις κατά παράλειψη της νομοθεσίας, ii) Για την σύνταξη πλήρους τεκμηριωμένης πορισματικής αναφοράς ως προς τις ενδεδειγμένες ιατρικές-θεραπευτικές πράξεις και την αντίστοιχη πρακτική που ακολουθήθηκε από την μονάδα υγείας (δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα), iii) Για την πλήρη και επαρκή ενημέρωση των εμπλεκομένων, ειδικά ιατρών και ασθενών και των ουσιαστικών και διαδικαστικών-δικονομικών δικαιωμάτων τους, iv) Για την διατύπωση συστάσεων προς τις αρμόδιες υπηρεσίες ή μονάδες για την τήρηση της νομοθεσίας ή την επιβολή διοικητικών και περαιτέρω πειθαρχικών κυρώσεων

**β)** Η συγκρότηση ενός Συμβούλιο Έρευνας και Αξιολόγησης της Ιατρικής-Νοσηλευτικής Πρακτικής του συγκεκριμένου υποτομέα θα λειτουργεί ανά Υγειονομική Περιφέρεια του ν.3329/2005 ως εξής: Με απόφαση του Υπουργού ή του Διοικητή της Αρχής, θα συστήνεται ανά Δ.ΥΠΕ Συμβούλιο με την προαναφερόμενη ονομασία (ή παρεμφερή) που θα αποτελείται κατ' ελάχιστον: i) Από έναν νομικό (πάρεδρο ή πληρεξούσιο) που θα ορίζεται από το Νομικό Συμβούλιο του Κράτους (υπάρχουν γραφεία ανά Νομό), ii) Από έναν ιατρό, κατά προτίμηση Παθολόγο ή Γενικής Ιατρικής ή Ιατροδικαστή (δεν είναι αποκλειστική η απαρίθμηση) που θα προτείνεται από το την Υγειονομική Περιφέρεια και θα εργάζεται σε δημόσια μονάδα πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας, iv) Από ένα εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, μετά από εισήγηση από τον οικείο κατά τόπον Ιατρικό Σύλλογο και iv) Από δύο εκπροσώπους που θα προτείνονται από ομάδες ασθενών. Η σύνθεση του Συμβουλίου θα μπορούσε να περιλαμβάνει και εκπρόσωπο νοσοκομειακών ιατρών ή της πρωτοβάθμιας ή ασφαλιστικών οργανισμών. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας θα καθορίζονται οι ομάδες ασθενών που θα μπορούν να έχουν θεσμική εκπροσώπηση στο ανωτέρω Συμβούλιο. Το Συμβούλιο θα έχει ως αρμοδιότητα: α) να προτεραιοποιεί βάσει κριτηρίων αναφορές ελέγχου και να αρχειοθετεί προφανώς αβάσιμες καταγγελίες, β) Να διορίζει ειδικούς εμπειρογνώμονες στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό που θα επιλαμβάνονται των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας (ένα ανά υπόθεση απλής σωματικής βλάβης, δύο ανά υπόθεση βαρείας σωματικής βλάβης, και τρεις κατ' ελάχιστον σε υποθέσεις θανάτου). Μπορεί να υφίσταται και λίστα ιατρών ή επιστημόνων που θα δηλώνουν την επιθυμία τους να καταστούν πραγματογνώμονες, οπότε και θα λαμβάνουν προτεραιότητα έναντι άλλων

επιστημόνων, γ) Να ελέγχει από κάθε άποψη (ιατρική/επιστημονική και νομική) την πληρότητα των υποβαλλόμενων εκθέσεων έρευνας βάσει συγκεκριμένου προτύπου αναφορών και δ) Να συντονίζει την εμπρόθεσμη διεκπεραίωση των σχετικών εκκρεμών ελέγχων, καθώς και την τυχόν προτεραιοποίηση αυτών

**δ)** Η ειδική μισθολογική και υπηρεσιακή κατάσταση των μελών του Συμβουλίου. Τα μέλη θα έχουν την λειτουργική ανεξαρτησία του άρθρου 84 του ν.4622/2019, την νομική ασυλία (ακαταδίωκτο και κάλυψη νομικών δαπανών κατά την άσκηση των καθηκόντων του) του άρθρου 101 του ίδιου νόμου και τα προανακριτικές εξουσίες πρόσβασης σε έγγραφα και διαξαγωγής αποδείξεων του άρθρου 97 του ίδιου νόμου και του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Επειδή τόσο οι εμπειρογνώμονες όσο και τα μέλη του Συμβουλίου θα ασκούν παράλληλα καθήκοντα προς τις υπόλοιπες επαγγελματικές τους υποχρεώσεις θα πρέπει να προβλεφθεί αυξημένη υπηρεσιακή αμοιβή. Ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας θα πρέπει να προσδιορίζεται αμοιβή ανά συνεδρίαση του Συμβουλίου τουλάχιστον στο διπλάσιο του ποσού του ν.4354/2015 για τα συλλογικά όργανα (ενόψει του γεγονότος ότι δεν θα λαμβάνονται μόνο αποφάσεις, αλλά θα γίνεται επιστημονική έρευνα από τα μέλη του Συμβουλίου) και επίσης αμοιβή των εμπειρογνομόνων ανά σύνταξη έκθεσης ελέγχου με διαβάθμιση: Για παράδειγμα στις περιπτώσεις απλής βλάβης θα μπορεί προβλέπεται εφάπαξ αμοιβή στο 10° ΜΚ (ΠΕ 1623 μεικτά) και η έρευνα επικίνδυνης ή βαρειάς βλάβης ή θανάτου στο 15° ΜΚ (ΠΕ 1918 μεικτά).

## **2. Διαδικασία, κριτήρια και μεθοδολογία έρευνας και αξιολόγησης:**

Η καταγγελία ή αναφορά που υποχρεωτικά θα υποβάλλεται προς την Εθνική Αρχή Διαφάνειας, η οποία θα την εντάσσει στο αρχείο επιτήρησής της και θα διαβιβάζεται ανάλογα με τον τόπο τέλεσης της ιατρικής παράλειψης στο Συμβούλιο της κατά τόπον αρμόδιας Υγειονομική Περιφέρεια, που θα κατανέμει την υπόθεση στους αντίστοιχους εμπειρογνώμονες, επιτηρώντας την διαδικασία και το αποτέλεσμα του ελέγχου. Κατά την διάρκεια της έρευνας οι εμπειρογνώμονες θα καλούν υποχρεωτικά τον ελεγχόμενο ιατρό (ή νοσηλεύτη/τρια) και τον ασθενή για να εκφράσουν τις απόψεις τους επί των προκαταρκτικών παρατηρήσεων. Ο ιατρός (ή νοσηλεύτης/τρια) θα έχουν τα πλήρη δικονομικά δικαιώματα εκπροσώπησης, παράστασης με συνήγορο, υπεράσπισης, υποβολής εγγράφου υπομνήματος, λήψης αντιγράφων, πρότασης μαρτύρων και διορισμού τεχνικού συμβούλου (κατ' αναλογία του άρθρου 244 ΚΠοινΔ). Τα δικαιώματα λήψης αντιγράφων, εκπροσώπησης,

πρότασης μαρτύρων και διορισμού τεχνικού συμβούλου θα έχουν και οι ασθενείς (ή οικείοι). Οι εμπειρογνώμονες έχοντας πλήρη προανακριτικά καθήκοντα θα έχουν πρόσβαση σε όλα τα στοιχεία των διοικητικών ή εν γένει ιατρικών φακέλων (ανεξαρτήτως του τρόπου τήρησής τους). Η διαδικασία και η σύνταξη του πορίσματος ελέγχου πρέπει να διαρκέσει το ανώτερο εντός αποκλειστικής προθεσμίας 6 μηνών (χρονική αρμοδιότητα). Οι εμπειρογνώμονες μπορούν σε εξαιρετικές περιπτώσεις να ζητήσουν παράταση της προθεσμίας για 2 μήνες, που γίνεται με πράξη του Συμβουλίου.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας ύστερα από γνώμη του ΚΕΣΥ θα εξειδικεύονται τα κριτήρια αξιολόγησης του περιστατικού, με βάση τις κάτωθι παραμέτρους: 1) Συγκριτική αξιολόγηση δεδομένων, 2) Προσδιορισμός παθολογικών χαρακτηριστικών, 3) Ταυτοποίηση της βλάβης, 4) Αναδόμηση των φυσιοπαθολογικών οδών και της ιδανικής ιατρικής ανταπόκρισης, 5) Επιβεβαίωση και Αναπαράσταση της πραγματικής ιατρικής, νοσηλευτικής και παραϊατρικής πρακτικής, 6) Αναγνώριση και ταξινόμηση σφάλματος/παράλειψης, 7) Αξιολόγηση του σφάλματος/παράλειψης, 8) αιτιώδης σύνδεσμος (και ταξινόμηση του συνδέσμου) μεταξύ του σφάλματος, του συμβάντος και της επελθούσας βλάβης και 9) Διαβάθμιση της βλάβης και επίδραση διαχρονικά επί της υγείας του ασθενούς (πριν, μετά το συμβάν και στο μέλλον).<sup>30</sup> Στο σχετικό πόρισμα θα περιλαμβάνονται κατά το πρότυπο του NHS συστάσεις για την βελτίωση εφαρμογής νοσηλευτικών – ιατρικών πρωτοκόλλων στην μονάδα πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας του συμβάντος και την επαρκή αντιμετώπιση των επιπλοκών της υγείας του ασθενούς που σχετίζεται με το συμβάν. Αντίγραφα του πορίσματος λαμβάνουν υποχρεωτικά αμέσως μετά την σύνταξή τους οι εμπλεκόμενοι ιατροί/νοσηλευτές και ασθενείς.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Ferrara SD et al. (eds) (2013) *Malpractice and medical liability*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-35831-9\\_13](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-35831-9_13) καθώς και Santo Davide Ferrara & Eric Baccino & Thomas Bajanowski & Rafael Boscolo-Berto & Maria Castellano & Ricardo De Angel & Alvydas Pauliukevičius & Pietrantonio Ricci & Peter Vanezis & Duarte Nuno Vieira & Guido Viel & Enrique Villanueva & *Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation*, βλ. ο.π. σημ.28

<sup>31</sup> Goldberg R., *Medical Malpractice and Compensation in the UK*, Chicago-Kent Law Review, ο.π.σημ 21. Επίσης πηγή: THE NATIONAL HEALTH SERVICE LITIGATION AUTHORITY: REPORT ANN ACCOUNTS 2010 (Her Majesty's Stationery Office 2010).

### 3. Συσχετισμός με εκκρεμείς δικαστικές (Αστικές-Ποινικές) ή Πειθαρχικές Διαδικασίες.

Όπως έχει αποδειχθεί και ανωτέρω με το παράδειγμα του Εθνικού Συμβουλίου Αξιολόγησης Ευθύνης της Γαλλίας, δεν κρίνεται σκόπιμο η ανωτέρω διαδικασία να εισάγεται παράλληλα προς αξιώσεις που εγείρονται δικαστικά, ή προς ενέργειες που θα προβούν όργανα ποινικής ή πειθαρχικής δικαιοδοσίας.<sup>32</sup> Προς τούτο, κατά την έννοια και άλλων ήδη λειτουργούντων αποκλειστικών εξωδικαστικών μηχανισμών στο Ελληνικό Δίκαιο,<sup>33</sup> θα πρέπει η προσφυγή προς το ανωτέρω Συμβούλιο δια της Αρχής Διαφάνειας, να θεσπιστεί ως υποχρεωτική προδικασία. Συνεπώς προτείνεται να προβλέπεται για ιατρούς, νοσηλευτές ή άλλους επαγγελματίες υγείας τόσο στον Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα φροντίδας υγείας ότι:

α) Για την δικαστική άσκηση χρηματικών αξιώσεων, την άσκηση ποινικής ή πειθαρχικής δίωξης, την εξ' αναγωγής άσκηση χρηματικών αξιώσεων του Δημοσίου κατά ιατρού/νοσηλευτή/επαγγελματία υγείας και εν γένει την εκκίνηση οποιασδήποτε προκαταρκτικής (πειθαρχικής ή ποινικής) διαδικασίας, με ιστορική βάση την σωματική βλάβη ή θάνατο σε σχέση με ιατρική-νοσηλευτική πράξη ή παράλειψη, θα πρέπει επί ποινή απαραδέκτου της αγωγής ή της ποινικής ή πειθαρχικής δίωξης ή διαδικασίας, να προηγείται αίτηση προς το ανωτέρω Συμβούλιο διά της Αρχής Διαφάνειας, που κοινοποιείται με έγγραφο και οποιονδήποτε προσδιορισθέντα στον νόμο τρόπο (δικαστικό επιμελητή, e-mail, ηλεκτρονική υποβολή σε προκαθορισμένη φόρμα εντύπου πλατφόρμας), στην οποία θα περιγράφεται κατ' ελάχιστον ο χρόνος και ο τόπος της επέλευσης της βλάβης (εφόσον δεν προσδιορίζεται, το χρονικό πλαίσιο), οι γνωστοί στον ασθενή εμπλεκόμενοι ιατροί-νοσηλευτές, εφόσον προκύπτουν από τον ιατρικό φάκελο και το μέγεθος της εμφανούς ζημίας από οποιονδήποτε έχει έννομο συμφέρον. Μηνύσεις, καταγγελίες ή αναφορές που υποβάλλονται προς αρμόδιες εισαγγελικές ή διοικητικές αρχές, διαβιβάζονται αυτεπάγγελτα προς το ανωτέρω Συμβούλιο για την έναρξη της διαδικασίας έρευνας και αξιολόγησης,

---

<sup>32</sup> Keneth W., Kottenhagen R., *Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe*, European, ο.π. σημείωση 12.

<sup>33</sup> Για παράδειγμα στο άρθρο 8 του ν.1539/1938, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 24 του ν.2732/1999 (Α'154), προβλέπεται εδώ και δεκαετίες η υποχρεωτική τήρηση προδικασία για την άσκηση εμπραγμάτων αγωγών κατά του Ελληνικού Δημοσίου, που έχει κριθεί ως συνταγματική. ΑΠ 1517/2012, Αρμ 2013, σελ.531

**β)** Κατά το χρονικό διάστημα της χρονικής αρμοδιότητας του Συμβουλίου για την υποβολή του οριστικού πορίσματος ελέγχου (αποκλειστική προθεσμία 6 μήνες με παράταση 2 μηνών), αναστέλλονται όλες οι δικαστικές ή διοικητικές προθεσμίες [ειδικότερα εκείνες που σχετίζονται με τις παραγραφές των αξιώσεων στα άρθρα 247-250 Αστικού Κώδικα ή του πειθαρχικού αδικήματος του άρθρου 320 του ν.3512/2018 και του άρθρου 112-113 του ν.3528/2017 (Υπ.Κώδικα) και ποινικού αδικήματος στα άρθρα 111 και 112 του Ποινικού Κώδικα]. Μετά την παρέλευση των προαναφερόμενων προθεσμιών το Συμβούλιο υποβάλλει είτε το πόρισμα, είτε αναφορά περί αδυναμίας εμπρόθεσμης έκδοσής του προς την αρμόδια Εισαγγελία Πρωτοδικών, τον αιτούντα και τους εμπλεκόμενους ιατρούς/νοσηλευτές/ επαγγελματίες υγείας ή την δικαστική και διοικητική αρχή που της διαβίβασε το αίτημα. Οι εισαγγελικές και πειθαρχικές αρχές που έχουν αρμοδιότητα για την άσκηση πειθαρχική ή ποινικής δίωξης, και τα πολιτικά ή διοικητικά δικαστήρια ή το Ελεγκτικό συνέδριο που επιλαμβάνονται υποθέσεων χρηματικών απαιτήσεων από βλάβη στο πλαίσιο φροντίδας υγείας, μπορούν στην περίπτωση που δεν τίθεται ζήτημα παραδεκτού της προβολής των αξιώσεων, να ζητήσουν αυτεπάγγελα πόρισμα ελέγχου ή επεξηγήσεις επί του πορίσματος ελέγχου από το προαναφερόμενο Συμβούλιο με προδικαστικό ερώτημα.

**Αθήνα, 23-1-2021**