

Εισαγωγή

Η νομική προσέγγιση των επιπλοκών στη γαστρεντερολογία διακρίνεται σε τρεις ενότητες: Α) την έννοια των επιπλοκών για την ιατρική ευθύνη, Β) τη διαχείριση της κρίσης από επιπλοκή και Γ) την κάλυψη της ευθύνης μέσω ασφαλιστικών συμβάσεων. Η επεξεργασία των θεμάτων αυτών μπορεί κάλλιστα να ολοκληρωθεί με μια διεπιστημονική εφαρμοσμένη έρευνα. Με την παρούσα εισήγηση επιχειρείται η καταγραφή των βασικών προβλημάτων και επιλέγονται οι θεματικές εκείνες που απασχόλησαν ή θα απασχολήσουν τους γαστρεντερολόγους κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους.

Α) Έννοια των επιπλοκών

Ανυπαρξία αυτοτελούς νομικής έννοιας

Το ελληνικό δίκαιο δεν ρυθμίζει αυτοτελώς τις επιπλοκές από ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις γενικότερα. Το νομοθετικό κενό πρέπει να καλυφθεί με τους καθιερωμένους ερμηνευτικούς κανόνες. Δεν θεωρούμε ότι το κενό αυτό είναι εκούσιο, δηλαδή ότι ο νομοθέτης θέλησε να μην υπάρχουν έννομες συνέπειες σε περιπτώσεις επιπλοκών. Το κενό αυτό είναι ακούσιο, δηλαδή ο νομοθέτης έκρινε ότι τα ζητήματα των επιπλοκών μπορούν να αντιμετωπισθούν αναλογικά με βάση τις υφιστάμενες ρυθμίσεις. Ωστόσο, το θέμα δεν επιδέχεται μια τέτοια υπεραπλούστευση. Με τα σημερινά δεδομένα οι επιπλοκές μπορεί νομικά να χαρακτηριστούν είτε απλές ενόχλησεις χωρίς ιδιαίτερες συνέπειες, είτε βλάβες της σωματικής ή ψυχικής υγείας με νομικές συνέπειες. Κατά τη γνώμη μας υπάρχουν κάποιες τυποποιημένες εκδηλώσεις επιπλοκών από ιατρικές πράξεις, ώστε να δικαιολογείται ένας στοιχειώδης κανονιστικός προσδιορισμός τους που θα εξυπηρετούσε την ασφάλεια δικαίου και θα περιόριζε τις δυσάρεστες εκπλήξεις στον ιατρικό κόσμο.

Επιπλοκή ή/και υποτροπή

Τα όρια των δύο εννοιών δεν παρουσιάζουν σαφήνεια. Και οι δύο όροι υποδηλώνουν μια επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, η οποία απαιτεί ιατρική παρέμβαση.

Κατά κανόνα η επιπλοκή διαφοροποιείται ποιοτικά και ποσοτικά από την κύρια νόσο, ενώ η υποτροπή συνιστά νέα ποσοτική εκδήλωση προϋφιστάμενης νόσου.

Η διαφοροποίηση αυτή έχει νομικό ενδιαφέρον, γιατί σε περίπτωση επιπλοκής απαιτείται κατ' αρχήν επανέλεγχος των προϋποθέσεων για τη θεμελίωση του δικαιώματος του ασθενούς, ενώ σε περίπτωση υποτροπής αρκεί συνήθως η διαπίστωση των προϋποθέσεων του δικαιώματος για υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με τη βασική νόσο, οπότε τίθεται θέμα επέκτασης της παροχής υγειονομικής προστασίας.

Έχει π.χ. ανακοινωθεί ότι η θεραπεία με laser σε περίπτωση αιμορραγίας είναι η πλέον αποτελεσματική συντηρητική μέθοδος για την αντιμετώπιση των ασθενών με ακτινική κολίτιδα και ότι υποτροπή των τηλαγγειεκτασιών και επανάληψη της αιμορραγίας έχουν περιγραφεί σε ασθενείς μετά την αρχική laser θεραπεία μέσα σε διάστημα ενός έτους (βλ. Αθαν. Ηλιάδη, Εφαρμογές Laser στην γαστρεντερολογία). Σύμφωνα με μια τέτοια περιγραφή πραγματικών περιστατικών δύσκολα θα μπορούσε να αναζητηθεί ευθύνη του γαστρεντερολόγου λόγω επανάληψης της αιμορ-

ραγίας. Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους η συγκεκριμένη επιδείνωση της υγείας χαρακτηρίζεται ως ενδεχόμενη υποτροπή, ενώ μετά από αυτό περιορίζεται στο ελάχιστο ο χαρακτηρισμός της βλάβης ως υπαίτιας επιπλοκής, εφόσον είχε εφαρμοστεί η πλέον αποτελεσματική μέθοδος.

Ο γαστρεντερολόγος πρέπει, ακολουθώντας τους κανόνες της επιστήμης του, να χαρακτηρίζει ευθύς εξ αρχής, τότε μια επιδείνωση της υγείας συνιστά επιπλοκή ή υποτροπή, οπότε θα περιορίζονται και οι σχετικοί δικηγορικοί-δικονομικοί ελιγμοί.

Τα ασφαλιστικά ταμεία θεωρούν συνήθως τις επιπλοκές ως αυτοτελείς ασφαλιστικούς κινδύνους ασθένειας, που δικαιολογούν πρόσθετες παροχές σε χρήμα και σε είδος. Αντίθετα, έχουν την τάση να εκλαμβάνουν τις υποτροπές ως εκδηλώσεις ενός ενιαίου ασφαλιστικού κινδύνου ασθένειας που δικαιολογεί παροχές στο πλαίσιο των ανώτερων προβλεπόμενων ορίων. Με άλλα λόγια, μια δεύτερη επέμβαση σε περίπτωση υποτροπής μπορεί να μην καλυφθεί από τον αρμόδιο φορέα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ η ίδια επέμβαση καλύπτεται, αν χαρακτηριστεί από το γαστρεντερολόγο ως ενδεδειγμένη για την αντιμετώπιση σοβαρής επιπλοκής.

Προσδιοριστικοί παράγοντες των επιπλοκών

Ενώ από ιατρική άποψη ο εντοπισμός ή όχι μιας επιπλοκής μπορεί να είναι δεδομένος, δεν συμβαίνει αναγκαστικά το ίδιο και από νομική άποψη. Αναμφίβολα ο δικαστής και ο νομικός γενικότερα υποχρεούνται να σταθμίσει την ιατρική κρίση, αλλά το δικονομικό μας σύστημα του δίνει ευρύτερα όρια διακριτικής ευχέρειας να διαμορφώσει ακόμα και μια αποκλίνουσα (αλλά δικαιολογημένη) δικανική κρίση. Η διακριτική αυτή ευχέρεια δεν μπορεί να ασκείται αυθαίρετα, αλλά ελέγχεται ως προς την τυχόν υπέρβαση των ακραίων θεμιτών ορίων της. Είναι γεγονός ότι για τους μη νομικούς το κριτήριο των ακραίων ορίων παρουσιάζει αοριστία, αλλά για τους έμπειρους νομικούς η αοριστία αυτή ελαχιστοποιείται, ιδίως όταν έχουν εξειδικευμένη γνώση της τρέχουσας νομολογιακής και ιατρικής πρακτικής.

Κατ' αρχήν ο γαστρεντερολόγος μπορεί να ευθύνεται για επιπλοκές που έχουν σχέση με τη δική του ειδικότητα, τις οποίες με καταλληλότερους χειρισμούς θα μπορούσε να αποτρέψει. Εντούτοις, ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στις επιπλοκές που συνιστούν προβλήματα άλλων ιατρικών ειδικοτήτων, με τις οποίες ο γαστρεντερολόγος εξ ορισμού δεν έχει τη δέουσα εξοικείωση.

Μεταξύ των αιτίων που μετατρέπουν μια επιδείνωση της υγείας σε «επιπλοκή με ιατρική ευθύνη» είναι η ανεπαρκής στάθμιση όλων των δυνατών επιβαρυντικών παραγόντων, π.χ. της συνύπαρξης του γαστρεντερολογικού προβλήματος με νεφρική ή καρδιακή ανεπάρκεια. Σε παρόμοιο χαρακτηρισμό θα καταλήξει ο νομικός, αν διαπιστωθεί παράλειψη του ιατρού παρεκκλίνουσα από τη συνήθη *lege artis* συμπεριφορά, π.χ. πρόκληση αιμορραγίας ανωτέρου γαστρεντερικού με συνθήκες χαμηλής πηκτικότητας, χωρίς τη διαθεσιμότητα επαρκούς ποσότητας αίματος. Ακόμα και η αμέλεια ως προς την πρόσκληση ιατρού άλλης ειδικότητας μπορεί να αποτελέσει προσδιοριστικό παράγοντα υπαίτιας επιπλοκής, π.χ. η διενέργεια ενδοσκοπικής χωρίς συνεργασία με αναισθησιολόγο σε προϋφιστάμενο πρόβλημα αεραγωγού.

Προκειμένου να μειωθεί η συνδρομή των ανωτέρω παραγόντων και κατ' επέκταση οι υπαίτιες επιπλοκές, θα πρέπει οι επεμβατικές πράξεις του γαστρεντερολόγου να διενεργούνται με σχολαστική προετοιμασία, αλλά και με τρόπο και σε χώρο που διασφαλίζουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

B) Διαχείριση της κρίσης από επιπλοκή

Σε περίπτωση επιπλοκής ο γαστρεντερολόγος, με τη βοήθεια νομικού, θα πρέπει να επιλέξει και να συγκεντρώσει εγκαίρως τα στοιχεία εκείνα που θα άρουν ή θα περιορίσουν την ευθύνη του. Δεν αρκεί, δηλαδή, να έχει προβεί αυτός στις ενδε-

δειγμένες ιατρικές πράξεις, αλλά θα πρέπει να προλάβει και να απαντήσει σωστά στους αναμενόμενους ισχυρισμούς του επιτιθέμενου μέρους. Ένα εξειδικευμένο δικηγορικό γραφείο σε θέματα δικαίου της υγείας διαθέτει τυποποιημένες check lists για την οργάνωση της άμυνας του ιατρού ανάλογα με την ειδικότητά του. Σε σχέση με τους γαστρεντερολόγους θα συνιστούσαμε, ενδεικτικά, τα ακόλουθα βήματα διαχείρισης μιας κρίσης από επιπλοκή.

Στατιστικές αποτυχίας θεραπευτικής μεθόδου

Σε περίπτωση συρροής ποικίλων διαγνωστικών ή θεραπευτικών μεθόδων κρίσιμη είναι η γνώση και η άμεση επαλήθευση των στατιστικών αποτυχίας. Πρόκειται για μια υπεύθυνη αναζήτηση βιβλιογραφίας και καλών πρακτικών που πρέπει να γίνεται σε ανύποπτο χρόνο.

Συχνά η αναγκαία πληροφορία εντοπίζεται στις προδιαγραφές μιας ιατρικής τεχνικής ή ενός ιατρικού εργαλείου. Υποστηρίζεται π.χ. ότι η ενδοσκοπική τεχνική Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (E.R.C.P.) βλέπει πιο βαθιά από την απλή γαστροσκόπηση και μπορεί να «γλιτώσει» ένα ασθενή από το χειρουργείο ή να συμπληρώσει τη δουλειά του χειρουργού. Ο λόγος για τον οποίο οι κλινικές ενδείξεις της είναι πλέον κυρίως θεραπευτικές είναι το γεγονός πως στατιστικά υπάρχει ένα ενδεχόμενο 5% πιθανών επιπλοκών, όπως παγκρεατίτιδα, αιμορραγία ή διάτρηση (βλ. Χρ. Καραλή, Μοντέρνες Ενδοσκοπικοί Μέθοδοι στη Γαστρεντερολογία).

Κατά τη διαμόρφωση της δικανικής κρίσης η απόδειξη υψηλών ποσοστών στατιστικών αποτυχίας συγκεκριμένης μεθόδου μπορεί να λειτουργήσει απαλλακτικά για το γαστρεντερολόγο, όταν δεν προσφέρονται άλλες εναλλακτικές μέθοδοι παρέμβασης και καταδικαστικά για τον ίδιο, όταν προσφέρονται και άλλες εξίσου κατάλληλες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι.

Συνιστάται, σε περίπτωση αμφιβολίας, η επιλογή από το γαστρεντερολόγο της μεθόδου με το χαμηλότερο ποσοστό αποτυχίας, ακόμα και αν έτσι δυσχεραίνεται κάπως η άμυνά του σε περίπτωση επιπλοκών.

Αστοχία υλικού ή έλλειψη συντήρησης μηχανημάτων

Δεν αποκλείεται οι επιπλοκές στη γαστρεντερολογία να προκληθούν από εξωγενείς παράγοντες.

Εκφεύγει, ασφαλώς, της αρμοδιότητας του γαστρεντερολόγου να προβαίνει σε τακτικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς ελέγχους της υποδομής του, εκτός αν πρόκειται για βλάβες ή ανεπάρκειες που εντοπίζονται ευχερώς κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων. Παρ' όλα αυτά, επιβάλλεται -ως νομική πρόληψη- η σχολαστική ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τόσο του εξοπλισμού που αποσύρεται, όσο και του εξοπλισμού που εγκαθίσταται. Για παράδειγμα, με αφορμή την απλή ενημέρωση ή διαφήμιση ότι «ο ενδοσκοπικός υπέρηχος βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη και οι κλινικές του ενδείξεις συνεχώς αυξάνονται» πρέπει να αναζητούνται και οι αιτίες της συνεχούς εξέλιξης, δηλαδή οι ανεπάρκειες των προγενέστερων επιστημονικών και τεχνολογικών δεδομένων.

Μια σοβαρή επιδείνωση της υγείας μπορεί να οφείλεται σε αστοχία υλικού ή σε έλλειψη συντήρησης μηχανημάτων που χρησιμοποιήθηκαν κατά τον κρίσιμο χρόνο. Η τήρηση αρχείου προδιαγραφών και συντήρησης μπορεί να αποβεί σωτήρια για τον επιμελή γαστρεντερολόγο ή τον τεχνολόγο υγείας, ιδίως αν το παράπονο για επιπλοκή διατυπωθεί μετά από καιρό.

Χρόνος επέλευσης της επιπλοκής

Για την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας μεταξύ πράξης ή παράλειψης του γαστρεντερολόγου και επιπλοκής, ουσιώδης είναι η στάθμιση του διαδραμόντος χρόνου. Η σημασία του χρόνου μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με το είδος της επιπλοκής. Επιβάλλεται η διάκριση μεταξύ του χρόνου της ιατρικά διαπιστωμένης επιπλοκής και

του χρόνου έναρξης των ενοχλήσεων που δεν συνεπάγονται έννομες συνέπειες για το γαστρεντερολόγο. Η επιδείνωση της υγείας του ασθενούς πρέπει να είναι άμεση ή έστω να λαμβάνει χώρα μετά από ένα διάστημα δικαιολογημένο από την επιλεγείσα τεχνική/μέθοδο, από το είδος της βλάβης και από τυχόν εξωτερικούς παράγοντες.

Μερικές φορές οι επιπλοκές εμφανίζονται ή προκαλούν ενοχλητικά συμπτώματα μετά την πάροδο αρκετών μηνών ή και ετών. Έχει π.χ. ανακοινωθεί ότι ασθενής είχε προβεί σε επέμβαση γαστρικού δακτυλίου πριν από τρία έτη και στη συνέχεια διαμαρτυρήθηκε ότι δυσκολεύεται να καταπιεί οτιδήποτε φαγώσιμο χωρίς να πίνει νερό, ότι κάνει εμετούς, το πεπτικό του σύστημα γουργουρίζει συνεχώς, από τον ομφαλό του βγαίνει υγρό με δυσάρεστη οσμή και το στομάχι του είναι πρησμένο. Τον τελευταίο χρόνο έχει πάρει πολλά κιλά και ότι ο ιατρός που έκανε την επέμβαση συνιστά να πάει σε δημόσιο νοσοκομείο για να βγάλει το δακτύλιο (βλ. δημοσίευμα στο Ένθετο Υγείας της Εφημερίδας ΤΑ ΝΕΑ, 19.03.09). Κατά τον αναπλ. καθηγητή χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών Μ. Λέανδρο τα συμπτώματα υποδηλώνουν αποτυχία του γαστρικού δακτυλίου, όπως συμβαίνει -σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία- στο 35-40% των περιπτώσεων.

Ενώ η τριετία αποτελεί κατ' αρχή σημαντικό διάστημα για την παραδοχή επιπλοκής, τα συμπτώματα της επιδείνωσης της υγείας, όπως η πιθανή πρόκληση στένωσης, καθώς και η πιθανή δημιουργία φλεγμονής και συριγγίου, συνηγορούν υπέρ μιας επιπλοκής, η οποία όμως δεν προδικάζει υποχρεωτικά την ευθύνη του γαστρεντερολόγου ενόψει και των υψηλών ποσοστών στατιστικής αποτυχίας των συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων. Στην περίπτωση αυτή θα συνεκτιμηθούν τόσο η ειδική εμπειρία του ιατρού, όσο και η ενδεχόμενη καθυστέρηση του ασθενή να ενημερώσει για ενοχλήσεις που εμφανίστηκαν μέσα στην τριετία.

Κατά τη γνώμη μας ο χρόνος επέλευσης μιας επιπλοκής δεν επιδέχεται τυποποίηση. Γι' αυτό και δεν μπορεί να ρυθμιστεί κανονιστικά. Θα παραμένει στην εκτίμηση του γαστρεντερολόγου που την αξιολογεί *lege artis*, σταθμίζοντας όλους τους κρίσιμους ενδογενείς και εξωγενείς επιβαρυντικούς παράγοντες.

Δυσχέρεια συναίνεσης ασθενούς

Στις επεμβάσεις του γαστρεντερολόγου η ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς πραγματοποιείται συχνά με εξαιρετική δυσκολία. Δεν είναι μόνο η μείωση ή η άρση της ικανότητας δήλωσης βουλήσεως σε συνθήκες μερικής ή ολικής αναισθησίας, δεν είναι μόνο η ανάγκη επείγουσας ιατρικής απόφασης, π.χ. η αφαίρεση πολύποδα κατά τη γαστροσκόπηση παχέως εντέρου, είναι και η δυσχέρεια του ασθενή να κατανοήσει προτερήματα και μειονεκτήματα των διάφορων μεθόδων που ενδέχεται να ακολουθήσει ο γαστρεντερολόγος.

Ο ιατρός εκλαμβάνει συνήθως ως ασφαλή τη λήψη γραπτής συναίνεσης, ιδίως όταν αυτή δίνεται επί εντύπου συνταχθέντος από Ιατρικό Σύλλογο. Χρειάζεται, ωστόσο, προσοχή. Κατά τη θεώρηση λ.χ. του «Δελτίου Συγκατάθεσης για Ιατρική Διερεύνηση, Θεραπεία ή Εγχείρηση», που εκδόθηκε από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο, διαπιστώνονται τα εξής: Ενώ προβλέπεται αρχικά η περιγραφή των αναγκαίων ιατρικών πράξεων και ακολουθεί η συναίνεση του ασθενή, στο τέλος υπάρχει μια γενική ρήτρα, όπου ο ασθενής συναινεί εκ των προτέρων για κάθε μη περιγραφόμενη διαδικασία, διερεύνηση ή θεραπεία, εφόσον είναι απαραίτητη για το συμφέρον της υγείας του και μπορεί να δικαιολογηθεί για ιατρικούς λόγους.

Οποιοσδήποτε γαστρεντερολόγος αντιλαμβάνεται ότι αυτό που περιγράφεται στο έντυπο ως εξαίρεση είναι τελικά ο κανόνας, αφού δεν θα ενεργούσε ποτέ αντίθετα προς το συμφέρον της υγείας του ασθενή του για τον τυπικό μόνο λόγο ότι δεν θα είχε περιγραφεί επί του εντύπου συναίνεσης μια έκτακτη, αλλά αναγκαία, ιατρική παρέμβαση διάγνωσης ή θεραπείας.

Το ισχύον δίκαιο παρουσιάζει δυσκαμψία, όσον αφορά την ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενή. Ρυθμίζει τις συνήθειες απλές περιπτώσεις και αφήνει στην κρίση

του δικαστή να εκτιμήσει την ύπαρξη ή όχι ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενή ιδίως σε περίπτωση επιπλοκών. Αρκετές φορές η συναίνεση αποκλείεται από την αδυναμία του γαστρεντερολόγου να πιθανολογήσει την επιπλοκή και συνεπώς να ενημερώσει έγκαιρα και κατάλληλα τον ασθενή του. Ναι, λοιπόν, στην ανάγκη συναίνεσης του ασθενή, αλλά συνεκτίμηση και της δυσχέρειας του ιατρού να ενημερώσει ως προς το είδος και τη σοβαρότητα της αντιμετωπιζόμενης επιπλοκής.

Καταλληλότητα ουσιαστικών και νομικών ισχυρισμών

Ο πληρεξούσιος δικηγόρος του ιατρού, ο οποίος καλείται μαζί του να διαχειριστεί την κρίση από μια επιπλοκή, δίνει συνήθως έμφαση στη γνώση του ιατρικού αρχείου, στην υποστήριξη από ασφαλείς μάρτυρες και σε άλλες διαδικασίες, ώστε να προβληθούν οι αποτελεσματικότεροι δυνατοί αμυντικοί ισχυρισμοί (βλ. Χάρη Πολίτη, Μετά την επέλευση της βλάβης. Βασικές αρχές για την άμυνα του γιατρού σε ποινικές, αστικές και πειθαρχικές δίκες ιατρικής αμέλειας, Ομιλία σε στρογγυλή τράπεζα Γαστρεντερολογικού Συνεδρίου).

Ζούμε όμως σε μια εποχή όπου οι προϋποθέσεις της ιατρικής ευθύνης μόνο τυπικά νομικά είναι κοινές, ενώ ουσιαστικά διαφοροποιούνται ανάλογα με την ιατρική ειδικότητα. Νομίζουμε ότι είναι έργο των ιατρικών επιστημονικών εταιρειών να αναθέσουν την έρευνα των νομολογιακών πρακτικών ερμηνείας των κανόνων για τις προϋποθέσεις ευθύνης στις διάφορες ειδικότητες. Δεν θα ήταν άσκοπο λ.χ. να εντοπισθούν οι ιδιαιτερότητες ερμηνείας των διατάξεων περί οφειλόμενης συμβατικής συμπεριφοράς, περί αμελείας, περί αιτιώδους συνάφειας κλπ. ειδικά για τους γαστρεντερολόγους.

Με τα σημερινά δεδομένα μια τέτοια αναζήτηση γίνεται περιστασιακά και επιλεκτικά από τον ιατρό που αντιμετωπίζει αστική, ποινική ή πειθαρχική δίωξη. Τούτο έχει ως αποτέλεσμα να μη λειτουργεί η νομική πρόληψη ανάλογα με την ειδίκευση των ιατρών. Ήδη αναφερόμενοι πιο πάνω στις δυσχέρειες της ενημερωμένης συγκατάθεσης του ασθενή στη γαστρεντερολογία επιδιώξαμε να αναδείξουμε το πρόβλημα, αλλά και τη λύση του.

Γ) Κάλυψη της ευθύνης μέσω ασφαλιστικών συμβάσεων

Νομική και ασφαλιστική αξιολόγηση της επιπλοκής

Η νομική επιστήμη είναι, μεταξύ άλλων, μια τεχνική στάθμισης και εξισορόπησης συμφερόντων. Προφανώς τα συμφέροντα του γαστρεντερολόγου συμπορεύονται, αλλά δεν ταυτίζονται απολύτως, προς τα συμφέροντα της ασφαλιστικής εταιρείας, με την οποία έχει συμβληθεί για κάλυψη από επαγγελματική ευθύνη.

Είναι σημαντικό, πάντως, τα συμφέροντα αυτά να συμπέσουν σε ένα σημείο τουλάχιστον, δηλονότι στην παραδοχή ορισμένης επιπλοκής ως καλυπτόμενου ασφαλιστικού κινδύνου (κατά το συμβόλαιο αστικής ευθύνης). Στην πράξη, παρ' όλα αυτά, δεν αποκλείεται ο γαστρεντερολόγος να υποστηρίξει την ύπαρξη μιας ανυπαίτιας επιπλοκής ή μιας υποτροπής, ενώ ο ασφαλιστής του να ισχυρίζεται τα αντίθετα προς αποφυγή της ασφαλιστικής κάλυψης.

Ελάχιστοι ιατροί συνειδητοποιούν την παραπάνω σύγκρουση συμφερόντων με την πρώτη ανάγνωση της ασφαλιστικής σύμβασης, γιατί δεν είναι ζήτημα διατύπωσης, αλλά ερμηνείας της. Θα διευκόλυνε οπωσδήποτε η εισαγωγή των ερμηνευτικών εκείνων δηλώσεων στην ασφαλιστική σύμβαση που θα προλαβαίνουν συγκρουσιακές καταστάσεις και θα διευκολύνουν την εναρμονισμένη νομική και ασφαλιστική αξιολόγηση της επιπλοκής.

Συγκρουσιακές καταστάσεις κατά την εκτέλεση ασφαλιστικών συμβάσεων

- Ενδοσυμβατική υποχρέωση ενημέρωσης

Αποτελεί συνήθη όρο των ασφαλιστικών συμβάσεων η υποχρέωση του ασφαλισμένου να ενημερώνει την ασφαλιστική του εταιρεία για την επέλευση και την έκταση του καλυπτόμενου ασφαλιστικού κινδύνου. Στην περίπτωση μας πρέπει να δηλώνεται το ταχύτερο δυνατόν από το γαστρεντερολόγο τόσο η διάγνωση μιας επιπλοκής, όσο και οι επιπτώσεις της στην υγεία του ασθενή. Είναι αυτονόητο ότι η υποχρέωση αυτή πρέπει να εκπληρώνεται με απόλυτη εχεμύθεια, καθώς η ίδια η ενημέρωση μπορεί να αποτελέσει ή να οδηγήσει σε ομολογία για την υπάρξη υπαίτιας επιπλοκής. Επιπλέον, μια ειλικρινής ενημέρωση, ως προς τις βλαπτικές συνέπειες στην υγεία του ασθενή, δεν αποκλείεται να χρησιμοποιηθεί από την ασφαλιστική εταιρεία για να περιορίσει τη δική της ευθύνη ερμηνεύοντας συσταλτικά το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Χωρίς υπερβολή η γραπτή ενημέρωση προς την ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να έχει την ίδια βαρύτητα με τη γραπτή απολογία του γαστρεντερολόγου ενώπιον της ποινικής δικαιοσύνης, καθώς από αυτές εξαρτιέται σε μεγάλο βαθμό η υποχρέωση και η έκταση αποζημίωσης του ασθενούς.

- Συγκατάθεση επίτευξης συμβιβασμού

Ένας άλλος όρος που μπορεί να υπάρχει σε ασφαλιστικές συμβάσεις είναι η απαγόρευση του γαστρεντερολόγου να συμβιβαστεί με τον ασθενή που υπέστη τις συνέπειες επιπλοκής, αν δεν συγκατατεθεί η ασφαλιστική εταιρεία. Τότε η υπόθεση οδηγείται αναγκαστικά στα δικαστήρια.

Εκ πρώτης όψεως, ο όρος αυτός είναι δικαιολογημένος προς αποφυγή καταχρήσεων ή καταστρατηγήσεων των νόμων περί ιατρικής και ασφαλιστικής ευθύνης. Στην πράξη όμως μπορεί ο ιατρός να επιδιώκει το «κλείσιμο» μιας δυσφημιστικής γι' αυτόν υπόθεσης, ακόμα και με υψηλότερο οικονομικό αντάλλαγμα, ενώ η ασφαλιστική εταιρεία ενδέχεται να συμπιέζει ή και να παρεμποδίζει τη συμβιβαστική επίλυση της διαφοράς.

- Προβλήματα παθητικής ομοδικίας

Δεν υπάρχει πιο δυσάρεστη έκπληξη για τον κατηγορούμενο ή τον εναγόμενο γαστρεντερολόγο από το να διαπιστώσει ότι παγιώνονται -κάποτε και ερρήμην του- δύο ασυντόνιστες υπερασπιστικές γραμμές: μία από τον εντολοδόχο πληρεξούσιο δικηγόρο του και μία από το νομικό σύμβουλο της ασφαλιστικής εταιρείας. Ενόψει της ποικιλίας των μέσων που προσφέρει η νομική επιστήμη για την εκπλήρωση της νομικής εντολής, δεν αποκλείεται μια θεωρητική συμμαχία (δηλαδή η παθητική ομοδικία) μεταξύ ιατρού και ασφαλιστή να εξελιχθεί σε αντιπαράθεση, ενώ διαρκεί η εκκρεμοδικία προς απόκρουση των κατηγοριών ή των αξιώσεων εκ μέρους του ασθενή. Εκείνοι που μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τις επιπτώσεις από δύο ασυντόνιστες υπερασπιστικές γραμμές είναι ο ίδιος ο ιατρός και ο τεχνικός του σύμβουλος, αφού αυτοί διατηρούν τον κυρίαρχο ρόλο κατά τη διαχείριση της κρίσης αξιολογώντας *lege artis* τον κίνδυνο της επιπλοκής.

Βελτιωτικές προτάσεις

1. Πρωταρχική νομική φροντίδα είναι να διευκρινίζεται επακριβώς το πεδίο εφαρμογής της σύμβασης επαγγελματικής ευθύνης του γαστρεντερολόγου κατά τη στιγμή της κατάρτισής της ή έστω μεταγενέστερα, οπωσδήποτε όμως πριν από την επιπλοκή. Η διαπραγματευτική ικανότητα του μεμονωμένου γαστρεντερολόγου απέναντι στην ασφαλιστική εταιρεία είναι προδήλως μειωμένη, σε σχέση με τη διαπραγματευτική ικανότητα μιας μεγάλης ομάδας ιατρών της συγκεκριμένης ειδικότητας. Αυτός είναι και ο λόγος που σε άλλες χώρες καταρτίζονται (προαιρετικά ή και υποχρεωτικά) ομαδικά ασφαλιστήρια επαγγελματικής ευθύνης, ώστε και τα ασφάλιστρα να διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα και οι ιδιαιτερότητες της ιατρικής ειδικότητας να σταθμίζονται κατά την περιγραφή και τη διαβάθμιση των ασφαλιστικών κινδύνων.

2. Δίνεται ίσως η εντύπωση της υπερβολικής καχυποψίας, αν ο γαστρεντερολόγος θέσει στον ασφαλιστή του το ερώτημα, τι αντασφάλιση υπάρχει σε περίπτωση

ανάκλησης της άδειας λειτουργίας ή πτώχευσης συγκεκριμένης εταιρείας. Παρ' όλα αυτά, τα πρόσφατα κρούσματα από την εθνική και τη διεθνή ασφαλιστική αγορά δικαιολογούν απόλυτα μια τέτοια ενημέρωση πριν ληφθεί οποιαδήποτε απόφαση. Συνιστά σαφές ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μιας ασφαλιστικής εταιρείας η δυνατότητά της να προσφέρει συμβόλαια αστικής ευθύνης σε γαστρεντερολόγους με χαμηλά ασφάλιστρα και ισχυρή (ποσοστιαία) αντασφαλιστική κάλυψη της ίδιας της εταιρείας.

3. Έχουν επικρατήσει και στη χώρα μας οι συνεργασίες μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και προμηθευτών υπηρεσιών ή αγαθών υγείας με σκοπό την έναντι τυποποιημένου ασφαλιστρού παραγωγή και διανομή των αναγκαίων υγειονομικών φροντίδων και εξοπλισμού με συμπίεση κόστους μέσα από συνθήκες ελεύθερου ανταγωνισμού (βλ. Κ. Κρεμαλή, Ιατροασφαλιστικές συμβάσεις, «Συνήγορος», τεύχος 6, 12/2001). Πρόκειται για εφαρμογή των αμερικανικής προέλευσης προγραμμάτων αυτοδιοικούμενης και κατά κεφαλή χρηματοδοτούμενης παροχής υγειονομικών και ασφαλιστικών υπηρεσιών (managed health care capitation programs). Στο 3ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας (Θεσσαλονίκη, 4-6.10.01) ανακοινώθηκε η λειτουργία 17 τέτοιων προγραμμάτων με συμμετοχή των μεγαλύτερων ιατρικών κέντρων και ασφαλιστικών εταιρειών στη χώρα μας.

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι στις συλλογικές ιατροασφαλιστικές συμβάσεις δεν υπάρχουν ειδικές ρήτρες για τις νομικές συνέπειες των επιπλοκών και πολύ λιγότερο πιθανό είναι να απασχόλησαν τους συμβαλλομένους οι επιπλοκές στη γαστρεντερολογία.

Επειδή μέσω των συμβάσεων αυτών η άσκηση της γαστρεντερολογίας ελέγχεται κυρίως με κριτήρια οικονομίας της υγείας, δεν αποκλείεται να δημιουργηθούν συνθήκες πρόκλησης ιατρικών λαθών και επιπλοκών. Συνιστάται λοιπόν η εγρήγορση ή και η ανάμειξη των ιατρικών επιστημονικών εταιρειών και των σχετικών συνδικαλιστικών φορέων, ώστε να μην προκαλούνται υπαίτιες επιπλοκές από μια δυσανάλογη συμπίεση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών.

Αναμφίβολα, μεταξύ προληπτικής και διεκδικητικής δικηγορίας η πρώτη είναι και πιο αποτελεσματική και πιο οικονομική.
