

# Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών  
*Βιοηθική-Ιατρική Ηθική*

Μεταπτυχιακή Διατριβή



Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας Κύπρου  
Ανάγκη για Επικαιροποίηση

Ανδρέας Σέργη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Φερενίκη Παναγοπούλου- Κουτνατζή

Δεκέμβριος, 2022

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών  
*Βιοηθική-Ιατρική Ηθική***

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας Κύπρου  
Ανάγκη για επικαιροποίηση**

**Ανδρέας Σέργη**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**

**Φερενίκη Παναγοπούλου- Κουτνατζή**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των  
απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών  
στην Βιοηθική-Ιατρική Ηθική  
από τη Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών σπουδών  
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

Δεκέμβριος, 2022



## Περίληψη

### **Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) Κύπρου- Ανάγκη για επικαιροποίηση**

**Εισαγωγή:** Η άσκηση της ιατρικής απαιτεί, εκτός από την επιστήμη, και τέχνη. Ο ιατρός, μετά την απόκτηση της ιατρικής γνώσης, θα πρέπει να την ασκήσει με έναν τρόπο και με μια τέχνη βασιζόμενος σε επαγγελματικές, νομικές και ηθικές αρχές, έτσι ώστε η αλληλεπίδρασή του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους θεσμούς και γενικά την κοινωνία να έχει συγκεκριμένα όρια. Η «καλή ιατρική πρακτική» και το τι «αναμένει η κοινωνία» συνοψίζονται σε ένα πολύτιμο εργαλείο: τον ΚΙΔ που κατοχυρώνει και κατευθύνει την εργασία του ιατρού σε ένα επιστημονικό, νομικό και ηθικό πλαίσιο. Ο ΚΙΔ δεν είναι ένα στατικό, αλλά ένα δυναμικά μεταβαλλόμενο έγγραφο, που υφίσταται συνεχείς αλλαγές, έτσι ώστε να συμβαδίζει με τις τρέχουσες κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις σε τοπικό και διεθνές επίπεδο.

**Σκοπός:** Σκοπός της μεταπτυχιακής διατριβής, είναι να διερευνήσει κατά πόσο ο σχετικά απαρχαιωμένος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Κύπρου, που έχει συνταχθεί το 1991, μπορεί να ανταποκριθεί στα σύγχρονα κοινωνικά και ιατρικά δεδομένα της εποχής.

**Μεθοδολογία:** Για τη διεκπεραίωση της μεταπτυχιακής διατριβής, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση ΚΙΔ αντιστοίχων χωρών από τον διεθνή χώρο, περιλαμβανομένου του ΚΙΔ του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου και έλαβε χώρα σύγκρισή τους με τον ΚΙΔ Κύπρου.

**Αποτελέσματα:** Ο ΚΙΔ Κύπρου χρήζει συνολικής επικαιροποίησης και εκμοντερνισμού. Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς (ΣΕΑ), η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση, ο προγραμματισμός για το τέλος της ζωής και η ανακουφιστική ιατρική, η διευκρίνιση ιατρικών ορισμών, εννοιών και αρετών και η φροντίδα ψυχικής υγείας είναι μερικά από τα κεφάλαια που χρειάζεται να προστεθούν στον νέο ΚΙΔ, καθώς δεν αναφέρονται καθόλου. Ενόψει, μάλιστα, πρόσφατων σημαντικών εξελίξεων που έχουν σημειωθεί στην Κύπρο, όπως η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ), η ίδρυση των ιατρικών σχολών και η εφαρμογή καινοτόμων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας, όπως για παράδειγμα, με την χρήση της τεχνητής νοημοσύνης, επιβάλλεται η τροποποίηση άρθρων όπως είναι η σχέση του ιατρού με τους «αυτόνομους και κυρίαρχους» ασθενείς, ενώ δικαιολογείται η προσθήκη ειδικών ρυθμίσεων όπως είναι η σχέση του ιατρού με την εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα.

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή ευελπιστεί να αποτελέσει το έναυσμα για την ανάπτυξη διαλόγου και διαβούλευσης των εμπλεκόμενων εταίρων (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, σύνδεσμοι ασθενών) με σκοπό τη συγγραφή ενός νέου και σύγχρονου ΚΙΔ, που θα αποτελεί χρήσιμο οδηγό για τον «καλό ιατρό» που ασκεί ιατρική στην Κύπρο.

**Λέξεις κλειδιά:** **medical code of ethics, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ηθική**

## Summary

### **Code of Medical ethics (CME) of Cyprus - Need for an update**

**Background:** The practice of medicine requires both science and art. The physician, after the acquisition of medical knowledge, should practice it with a way, and with an art based on professional, legal and ethical principles, so that his interaction with the patients, colleagues, the statutes and generally the society will be within specific limits. The “good medical practice” and “what the society expects” are summarized in a valuable tool: the code of medical ethics which establish and directs physician’s work in a scientific, legal and ethical framework. The code is not a static, but a live variable document which undergoes continues change in order to be in line with the topical and global evolutions in science and society.

**Aim:** The aim of the M.A. dissertation is to examine whether the rationally old code of medical ethics of Cyprus, written in 1991, is in line with the contemporary evolvments of the seasonal social and medical data.

**Methods:** For the purpose of the study a literature review of codes of medical ethics of different countries globally, including the International Medical Association’s one, was done and a correlation with the CME of Cyprus took place.

**Results:** The CME of Cyprus needs full update and modernization. The informed consent, the continuous medical education, the planning of the end of life and the palliative medicine, the clarification of medical terms, definitions and virtues, and the psychiatric health care are some of the chapters which need to be added to the new CME because are not referred at all. Having in mind important evolutions which took place in Cyprus, like the implementation of General Health System, the establishment of the medical schools and the use of new methods of diagnosis and treatment, for example, based on artificial intelligence, the update of some articles like the relationship of the physician with the ‘autonomous and dominant’ patients it must be done. Furthermore, the addition of specific regulations, like the relationship of the physician with the process of teaching and research is justified.

**Conclusion:** The present M.A. dissertation hopes to be the trigger of the beginning of a public dialogue between the scientific associations (Cyprus Medical Association, National Bioethics Committee, association of patients), in order to author a new updated and modern CME as a useful guidebook for the “good doctor” who practice medicine in Cyprus.

**Key words:** code of medical ethics, ethics, good medical practice

## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τον Θεό και την οικογένειά μου για τη δύναμη που μου έχουν δώσει έτσι ώστε να μπορέσω να ολοκληρώσω αυτή τη μεταπτυχιακή διατριβή και το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στην Βιοηθική –Ιατρική Ηθική, γενικότερα. Ευχαριστώ, επίσης, όλους τους καθηγητές που μου δίδαξαν στο πλαίσιο αυτού του μεταπτυχιακού και ιδιαίτερα την καθηγήτριά μου Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή που με βοήθησε στην εκπόνηση αυτής της διατριβής.

# Περιεχόμενα

	σελίδα
<b>Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή</b> .....	9
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
2.1 Ιστορία του ΚΙΔ .....	13
2.2. Νόμοι που έχουν κυρωθεί και ψηφιστεί από την Κυπριακή Βουλή.....	18
2.3. ΚΙΔ Κύπρου.....	19
2.4. ΚΙΔ Ελλάδας.....	19
2.5. ΚΙΔ Αυστραλίας.....	21
2.6. ΚΙΔ Νέας Ζηλανδίας.....	21
2.7. ΚΙΔ Καναδά.....	22
2.8. ΚΙΔ ΗΠΑ.....	22
2.9 ΚΙΔ Βρετανίας.....	23
<b>3. Κεφάλαιο 3</b>	
3.1. Γενικό Σύστημα Υγείας.....	24
3.2 Ίδρυση Ιατρικών Σχολών.....	26
<b>4. Κεφάλαιο 4 Σύγκριση ΚΙΔ Κύπρου με διεθνείς ΚΙΔ-Εισήγηση θεμάτων που προτείνεται να εισαχθούν στον νέο ΚΙΔ Κύπρου</b> .....	27
4.1. Έννοιες , ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του ΚΙΔ.....	27
4.2. Γενικοί κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.....	30
4.3. Καθήκοντα προς τους ασθενείς.....	32
4.3.1.Καθήκοντα του ιατρού προς τον ασθενή με στόχο το καλύτερο συμφέρον του και την ευημερία του.....	33
4.3.2.Καθήκοντα του ιατρού προς τον ασθενή με βασικό μέλημα τον σεβασμό του.....	35
4.3.3.Καθήκον του ιατρού και υποχρέωση του η ενημέρωση των ασθενών.....	37
4.3.4. Καθήκον του ιατρού είναι η λήψη συγκατάθεσης από τον ασθενή πριν από την διενέργεια ιατρικών πράξεων.....	39
4.4.Καθήκοντα του ιατρού απέναντι στον εαυτό του.....	41
4.4.1. Σε σχέση με την υγεία και την επάρκεια του.....	42

4.4.2. Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση.....	43
4.5. Καθήκοντα προς τους συναδέλφους.....	44
4.6. Καθήκον του ιατρού προς την κοινωνία.....	46
4.6.1 Άσκηση της ιατρικής με επαγγελματική αυτονομία και ανεξαρτησία.....	46
4.6.2. Άσκηση της ιατρικής με τα ελάχιστα αναγκαία σε ποιότητα και ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	47
4.6.3. Άσκηση της ιατρικής κάτω από επίβλεψη.....	47
4.6.4. Άσκηση της ιατρικής με ιατρονομική ευθύνη.....	47
4.6.5 Ανθρώπινα δικαιώματα και ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	48
4.7. .Επαγγελματικό – ιατρικό απόρρητο.....	49
4.8. Ιατρική αμοιβή-συμβόλαια-συμφωνίες- εμπορικές πράξεις.....	51
4.9. Πληροφόρηση-Αυτοπροβολή-Διαφήμιση, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και παρουσία ιατρού στο διαδίκτυο.....	52
4.10. Ιατροκοινωνικά προβλήματα.....	53
4.10.1 Ζητήματα γενετικής.....	53
4.10.2. Ζητήματα αναπαραγωγικής ιατρικής.....	54
4.10.3. Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής.....	55
4.10.4. Δωρεά οργάνων και μεταμοσχεύσεις.....	58
4.11. Καθήκοντα προς τον ιατρικό σύλλογο.....	58
4.12. Ιατρικά αρχεία.....	59
4.13. Ιατρική έρευνα.....	61
4.14. Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία.....	61
4.15 Φροντίδα ψυχικής υγείας.....	62
4.16. Αιμοδοσία.....	63
5. Επίλογος: Συζήτηση –Περιορισμοί- Αποτελέσματα- Συμπεράσματα-Εισηγήσεις.....	64
5.1. Συζήτηση.....	64
5.2. Περιορισμοί.....	65
5.3. Αποτελέσματα-Συμπεράσματα.....	66
5.4. Εισηγήσεις.....	67
Παράρτημα 1.....	68
6.Βιβλιογραφία.....	69



# Κεφάλαιο 1

## Εισαγωγή

Η ιατρική δεν είναι απλά μια επιστήμη, είναι και τέχνη (Panda 2006:131). Από τη μια, προϋποθέτει τις γνώσεις που πρέπει να διαθέτει ο κάθε ιατρός, και από την άλλη την τέχνη, δηλαδή τις δεξιότητες εφαρμογής της, βασιζόμενος σε ηθικές αξίες, αρχές και αρετές. Ο ιατρός, καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας, θα πρέπει να διατηρήσει την ιατρική γνώση που έχει αποκτήσει στην ιατρική σχολή, να την ανανεώνει συνεχώς και να την εφαρμόζει με βάση επαγγελματικές και ηθικές αρχές, νομικούς κανόνες και κατευθυντήριες γραμμές, έτσι ώστε η αλληλεπίδρασή του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους θεσμούς και γενικά την κοινωνία να είναι παραγωγική και ωφέλιμη. Η «καλή ιατρική πρακτική», το τι «αναμένει η κοινωνία» από έναν ιατρό και τα όρια στη χρήση της δύναμης που δίνει σε ένα ιατρό η ιατρική επιστήμη, συνοψίζονται σε έναν Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ένα «ζωντανό μεταβαλλόμενο έγγραφο» (American Medical Association 2017:1), «ένα σύμβολο μεταξύ του ιατρού και της κοινωνίας» (New Zealand Medical Association 2020:2) που συμβαδίζει με τις τρέχουσες κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις, σε τοπικό και διεθνές επίπεδο. Ο ΚΙΔ και το νομικό πλαίσιο της κάθε χώρας καθοδηγούν τον ιατρό να ανταπεξέλθει στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις, χωρίς να υπερβαίνει ηθικά και νομικά όρια.

Ένας ιατρός, χωρίς ηθικά όρια, γνώσεις και κατευθυντήριες γραμμές για το πώς πρέπει να συμπεριφέρεται, μπορεί να προκαλέσει άθελά του αρκετό πόνο και απογοήτευση στους ασθενείς. Πολλές μικρές παραλείψεις από ομάδα ιατρών σε ένα νοσοκομείο, μπορεί να αθροιστούν σε ένα συνολικό ποσό ταλαιπωρίας, μετατρέποντας τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας σε απέραντα εργοστάσια πρόκλησης ψυχικού πόνου. Όταν ο ιατρός δεν προσπαθεί καν να διατηρήσει, έστω στο ελάχιστο, βασικές αρετές και αρχές αντιμετώπισης των ασθενών, πιθανόν να τους προκαλέσει μεγάλη ταπείνωση και ταλαιπωρία. Το πρόβλημα γίνεται εντονότερο στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, όπου

δραστηριοποιούνται φοιτητές ιατρικής, αφού η έλλειψη ηθικής και αρχών συμπεριφοράς δίνει λανθασμένα πρότυπα στους νέους ιατρούς στα όρια μιας επιστημονικής, κοινωνικής και ηθικής πλάνης.

Από τη μια, ο ασθενής έχει πάψει να έχει τον παθητικό ρόλο που είχε διαχρονικά στη διαδικασία λήψης απόφασης. Ο ρόλος του είναι πλέον πρωταγωνιστικός και έχουν δημιουργηθεί στον διεθνή χώρο πολλά κινήματα υπέρ των δικαιωμάτων των ασθενών. Στην Κύπρο οι ασθενείς άρχισαν να οργανώνονται για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους από το 1986. Χαρακτηριστικά η Ομοσπονδία Συνδέσμων Ασθενών Κύπρου (ΟΣΑΚ 1986) αριθμεί σήμερα 37 οργανώσεις μέλη, οι οποίες εκπροσωπούν χιλιάδες ασθενείς στην Κύπρο. Ο σύγχρονος ασθενής απαιτεί να γίνεται σεβαστή η αυτονομία του, η οποία λειτουργεί ως ηθικό, πολιτικό και κοινωνικό ιδεώδες (Dworkin 1988:10). Η αυτονομία του εξισώνεται σήμερα με την κυριαρχία, την αξιοπρέπεια, την ανεξαρτησία, την υπευθυνότητα την αυτογνωσία και την ελευθερία της βούλησής του (Dworkin 1988: 6). Ο ασθενής έχει πλέον δικαίωμα στην σωστή και κατάλληλη ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και την δύναμη της επιλογής, από τα πλάνα θεραπείας που έχει μπροστά του. Από την άλλη, ο ιατρός «αυθεντία» αρχίζει να χάνει τη δύναμή του και την εξουσία του και από πατερναλιστής και «ποδηγέτης» μετατρέπεται σε ένα ίσο προς ίσο στη σχέση του με τον ασθενή. Το πώς αυτή η μεταβαλλόμενη σχέση «μίσους και πάθους» ιατρού και ασθενούς μπορεί να μετατραπεί σε αρμονική θεραπευτική συμμαχία αποτελεί βασικό συστατικό ενός ΚΙΔ, γιατί ακριβώς καθορίζει μέχρι πού φτάνουν τα όρια της πλευράς του ιατρού για ικανοποίηση των δικαιωμάτων του ασθενούς. Όμως, εκτός από δικαιώματα, η πλευρά του ασθενούς έχει και υποχρεώσεις απέναντι στις ιατρικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με τις αντίστοιχες της Σκωτίας (Scottish government 2012: patient rights and responsibilities), ανάμεσα σε άλλα, ο ασθενής οφείλει να είναι συνεργάσιμος, να ακολουθεί σωστά τη φαρμακευτική αγωγή, να είναι ευγενικός, να φροντίζει την υγεία του και να ξεχωρίζει την επείγουσα κατάσταση από την μη επείγουσα.

Ένας ΚΙΔ, όμως, δεν είναι όπως οι δέκα εντολές του Μωυσή που ισχύουν «παντού και πάντοτε». Τουναντίον, ένας ΚΙΔ μεταβάλλεται ανάλογα με τη διαφορετικότητα της κάθε κοινωνίας και των ανθρώπων που την συγκροτούν σε θέματα κουλτούρας, θρησκείας, ελευθεριών και δικαιωμάτων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η ιατρική ηθική μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, στο θέμα της ευθανασίας εκφράζονται διαφορετικές απόψεις (υπέρ και κατά) των ιατρών και των ιατρικών συλλόγων στις διάφορες χώρες.

Αντίθετα, αναγκαίες συμφωνημένες αξίες από όλες τις χώρες είναι η συμπάθεια προς τον ασθενή, ο σεβασμός στην αυτονομία του κτλ. Επιπλέον, τις τελευταίες δεκαετίες στον σύγχρονο κόσμο, στο διεθνές και ευρωπαϊκό περιβάλλον, έχουν σημειωθεί ραγδαίες εξελίξεις που έχουν αλλάξει άρδην το τοπίο, όσον αφορά την ιατρική πρακτική. Μερικές από τις εξελίξεις αυτές είναι: (1) η ισχυροποίηση του ασθενούς στα συστήματα υγείας και ο πιο ενεργός και διεκδικητικός ρόλος του στη θεραπευτική διαδικασία, με δικαίωμα στην ενημέρωση και στην συναίνεση πριν από κάθε ιατρική πράξη, (2) η εμπορευματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με στόχο το μεγαλύτερο οικονομικό κέρδος, (3) η υπερβολική εξειδίκευση των ιατρών, (4) η αύξηση του αριθμού των ΜΜΕ (Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης) και η καθολική χρήση του διαδικτύου, με συνεπακόλουθη την ευχερή πρόσβαση σε μεγάλο όγκο επιστημονικής πληροφορίας και τη διάχυση της ιατρικής και επιστημονικής γνώσης και (5) η τεχνολογική πρόοδος με ευρύτατη χρήση της στην ιατρική, όπως είναι η γονιδιακή θεραπεία και η τεχνητή νοημοσύνη. Χαρακτηριστικά, για το επίκαιρο σήμερα ζήτημα της χρήσης της τεχνητής νοημοσύνης στην ιατρική, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε πρόσφατα οδηγία 165 σελίδων με τίτλο: «Ηθική και διακυβέρνηση της τεχνητής νοημοσύνης για την υγεία», με περιεχόμενο τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση της (WHO 2021: Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health). Ενδεικτικά, η οδηγία αναφέρεται στις βασικές ηθικές αρχές πάνω στις οποίες πρέπει να στηρίζεται η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στις υπηρεσίες υγείας, όπως είναι: η αγαθοπραξία, η δικαιοσύνη και η αποφυγή πρόκλησης βλάβης στους ασθενείς. Συνεπώς, θα μπορούσε να πει κανείς, ότι τον όρκο του Ιπποκράτη θα πρέπει να δίνουν πλέον, εκτός από τους ιατρούς, και οι κατασκευαστές των αλγορίθμων και της μηχανικής μάθησης στις ιατρικές εφαρμογές, ακολουθώντας πιστά το «ωφελείν και μη βλάπτειν», αφού πρέπει να γνωρίζουν και αυτοί τα όρια της επιστήμης τους.

Επομένως, επιβάλλεται η συνεχής ανανέωση ενός ΚΙΔ έτσι ώστε να αποτελεί για τον ιατρό χρήσιμο και επικαιροποιημένο εργαλείο όχι μόνο «θεραπείας», αλλά και «πρόληψης» σύγχρονων ηθικών προβλημάτων και προκλήσεων στην καθημερινή κλινική πρακτική του, όπως επίσης και στη νομική οριοθέτηση των πράξεών του.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εκπονήθηκε με σκοπό να διερευνήσει κατά πόσο ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991), ο οποίος έχει συγγραφεί το 1991, πριν περίπου 30 χρόνια δηλαδή, μπορεί να βοηθήσει τον ιατρό που ασκεί σήμερα το ιατρικό λειτούργημα στην Κύπρο να αντιμετωπίσει ηθικά και

νομικά προβλήματα και προκλήσεις. Η Κύπρος, ως χώρα που ανήκει κοινωνικά, πολιτισμικά και οικονομικά στον χώρο της Ευρώπης, έχει επηρεαστεί άρδην από τις διεθνείς εξελίξεις (για παράδειγμα για πρώτη φορά συζητήθηκε σε επίπεδο Βουλής των Αντιπροσώπων το θέμα τις ευθανασίας), ενώ ο ασθενής έχει γίνει πιο ισχυρός στο σύστημα υγείας μέσω ευρωπαϊκών νομοθεσιών που έχουν κυρωθεί και ψηφιστεί από τη Βουλή των Αντιπροσώπων Κύπρου και που αφορούν την κατοχύρωση αυτονόητων δικαιωμάτων του. Επιπλέον, σε τοπικό επίπεδο σημειώθηκαν σημαντικά γεγονότα όπως είναι: (1) η ίδρυση των Ιατρικών Σχολών, (2) η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας, (3) η πρόοδος της ιατρική επιστήμης με χρήση καινοτόμων τεχνολογιών, όπως η τεχνητή νοημοσύνη και (4) οι αυξημένες μεταναστευτικές ροές, που δεν αφήνουν περιθώρια άσκησης της ιατρικής μόνο με τη διαίσθηση. Σκοπός της μεταπτυχιακής διατριβής είναι να απαντηθούν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα: (1) Μπορεί ο υπάρχων Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Κύπρου να ανταποκριθεί στις εξελίξεις των καιρών; (2) Χρήζει βελτίωσης και συνολικής ανανέωσης και επικαιροποίησης; (3) Θα πρέπει να συγγραφεί ένας νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας;

Η μεταπτυχιακή διατριβή έχει διαχωριστεί σε πέντε κεφάλαια, εκ των οποίων το πρώτο αποτελεί η παρούσα εισαγωγή. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για ανεύρεση στοιχείων που αφορούν στην ιστορία και την προέλευση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και το πώς έχει εξελιχθεί μέσα στον χρόνο. Επιπρόσθετα, αναφέρεται συνοπτικά η δομή του ισχύοντος ΚΙΔ Κύπρου, Ελλάδας, Αυστραλίας, Νέας Ζηλανδίας, Καναδά, Η.Π.Α και Βρετανίας, όπως επίσης και δύο νόμων: του Νόμου περί κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων του 2004 και του Νόμου περί της Προστασίας των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου αναφορικά με την εφαρμογή της βιολογίας και ιατρικής του 2001, που ψηφίστηκαν στην Κυπριακή Βουλή και που κατοχυρώνουν τα δικαιώματα των ασθενών στην Κύπρο. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται σύντομη αναφορά στις δύο σημαντικές εξελίξεις που έχουν αλλάξει άρδην τα ιατρικά δρώμενα στην Κύπρο: (1) την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας της Κύπρου, που έχει εφαρμοστεί πρόσφατα και (2) στην ίδρυση των ιατρικών σχολών. Στο τέταρτο κεφάλαιο, που αποτελεί και τον κύριο όγκο της μεταπτυχιακής διατριβής, γίνεται επισκόπηση των διάφορων άρθρων του ΚΙΔ Κύπρου με επισήμανση των στοιχείων που χρήζουν τροποποίησης και προσθήκης, σύμφωνα με όσα αναφέρονται σε διεθνείς ΚΙΔ αλλά και με βάση τα όσα έχουν αλλάξει στα ιατρικά και κοινωνικά δρώμενα στην Κύπρο τα

τελευταία 30 χρόνια. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο, στον επίλογο γίνεται μια σύντομη συζήτηση για το θέμα που διαπραγματεύεται η μεταπτυχιακή διατριβή και αναφέρονται οι περιορισμοί στην εκπόνησή της. Ακολούθως, γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της μεταπτυχιακής διατριβής με κύριο περιεχόμενο τις απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί και γίνονται αντίστοιχες εισηγήσεις.

## Κεφάλαιο Δεύτερο

### 2.1.Ιστορία του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ)

Το να είσαι ιατρός ήταν και είναι κάτι το συναρπαστικό. Η ιατρική δεν είναι ένα απλό επάγγελμα, ούτε απλά ένα επάγγελμα, είναι από τη φύση της ένα λειτούργημα (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991, Ν.3418/2005). Ο ασθενής απευθύνεται στις υπηρεσίες υγείας, με κύριο αίτημα τη βοήθεια του ιατρού για την ανακούφιση του πόνου και την αποκατάσταση της υγείας του. Επιπλέον απευθύνεται στον ιατρό για να λάβει συμβουλές για την πρόληψη της ασθένειας και διαβεβαιώσεις για το ακέραιο της υγείας του και απουσία της οποιασδήποτε ασθένειας. Γι' αυτό, ο ιατρός που έχει γνώσεις για να απαντήσει σε αυτά τα ερωτήματα βρίσκεται σε θέση ισχύος έναντι του ασθενούς που δεν γνωρίζει τίποτα από ιατρική (ασύμμετρη πληροφόρηση) (Katz 1998: 553-593 ) και έχει το δικαίωμα, την υποχρέωση και τη δυνατότητα να ψηλαφήσει τον ασθενή, να αγγίξει το σώμα του και να ακούσει τα διάφορα «μυστικά» του. Αυτή, όμως, η σχέση φθίνει με τον καιρό. Διοικήσεις και κέντρα αποφάσεων βλέπουν τους ιατρούς όχι μόνο ως συνέταιρους, αλλά και ως εμπόδια στις μεταρρυθμίσεις. Οι ασθενείς, που κάποτε υπάκουαν στις εντολές των ιατρών, τώρα τους αμφισβητούν γιατί είναι πλέον γνώστες και έχουν λόγο, αφού η πληροφόρηση που έχουν λάβει από το διαδίκτυο έχει μειώσει σε σημαντικό βαθμό την ασύμμετρη πληροφόρηση, ενώ έχουν την ευχέρεια να λάβουν με ευκολία και δεύτερη και τρίτη ιατρική γνώμη. Παρόλα ταύτα, η ιατρική αποτελεί επάγγελμα που εκτιμάται από τους ασθενείς και την κοινωνία και συνεχίζει να προσελκύει άριστους μαθητές, μελετηρούς και χαρισματικούς

για να σπουδάσουν ιατρική και να πάρουν το πτυχίο τους αναφωνώντας τον όρκο του Ιπποκράτη.

Ο όρκος του Ιπποκράτη (Jones 1924: 130-131), που χρονολογείται από τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ., θεωρείται τομή στην ιστορία της ιατρικής φροντίδας και πρακτικής, αποκαλείται και βίβλος της ιατρικής δεοντολογίας και αποτελεί την πρώτη έκθεση αρχών, όσον αφορά την υποχρεωτική αλτρουιστική συμπεριφορά των ιατρών απέναντι στους ασθενείς, θέτοντας όρια στην άσκηση της ιατρικής. Ο Ιπποκράτης περιέλαβε στον όρκο του, την αντιμετώπιση του πόνου και τις προϋποθέσεις της καλής σχέσης ιατρού ασθενούς, δίνοντας έμφαση στην αγαθοπραξία και τη μη βλάβη (το γνωστό ιπποκρατικό «ωφελέειν και μη βλάπτειν»), την αποφυγή ανάρμοστων σχέσεων με τον ασθενή και το ιατρικό απόρρητο. Χαρακτηριστικές είναι οι αναφορές του ότι ο ιατρός «ποτέ δεν πρέπει να βλάψει ή να αδικήσει τον ασθενή με τις πράξεις του», ότι ο ιατρός «δεν πρέπει να δίνει θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα του το ζητήσει», ότι «δεν θα κοινοποιεί ό,τι ακούει και βλέπει στα σπίτια των ασθενών θεωρώντας τα θέματα αυτά ως μυστικά» και ότι «δεν θα πρέπει να εμπλέκεται σε γενετήσιες πράξεις με ασθενείς του, άνδρες και γυναίκες, πλούσιους και δούλους». Επίσης, αναφέρεται στη σημαντικότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας, θεωρώντας τον διδάσκαλο της ιατρικής τέχνης ίσο με τους γονείς του και στο καθήκον του ιατρού να μεταδώσει κανόνες ηθικής και ιατρικές γνώσεις στους «γιούς του, στους γιους του διδασκάλου του και στους εγγεγραμμένους μαθητές που πήραν τον ιατρικό όρκο και σε κανένα άλλο» (στο παρελθόν οι ιατρικές σχολές μεταχειρίζονταν ευνοϊκότερα τα παιδιά των ιατρών). Τέλος, ανάμεσα σε άλλα, αναφέρεται στο ότι «θα παραχωρεί εργασία που δεν γνωρίζει στους ειδικούς της τέχνης», εννοώντας το σημερινό παραπεμπτικό στις κατάλληλες ειδικότητες.

Το 1793 εμφανίστηκε για πρώτη φορά σε έντυπη μορφή η «καθημερινή προσευχή ενός ιατρού», ο όρκος και η προσευχή του Μαϊμονίδη (Rosner 1967:440-454), που αναφέρεται στον στόχο της επίτευξης υγείας και της ανακούφισης του πόνου των πλασμάτων και στην απόρριψη της φιλαργυρίας, της φήμης και της δόξας ως επιδιώξεις που δεν συνάδουν με την προσήλωση του επαγγέλματος της ιατρικής. Αναφέρεται, επίσης, στην ευχή για τη συνεχή επιδίωξη ανανέωσης της γνώσης, όπως επίσης και στην αντιμετώπιση των παλαιότερων συναδέλφων με ηρεμία, όταν αυτοί μειώνουν και περιφρονούν με αλαζονεία τους νεότερους. Τέλος, τονίζει πόσο σημαντική είναι η εμπιστοσύνη που πρέπει να έχουν οι ασθενείς απέναντι στους ιατρούς στη θεραπευτική διαδικασία.

Το 1789 στο Μάντσεστερ της Αγγλίας υπήρχε επιδημία τύφου που ανάγκασε τους διευθυντές ενός νοσοκομείου να διπλασιάσουν τον αριθμό του προσωπικού και να ανοίξουν επιπλέον θαλάμους νοσηλείας, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ροές - εισαγωγές ασθενών. Αυτό, όμως, οδήγησε σε διαμάχες και συγκρούσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, γεγονός που έφερε αντίθετα αποτελέσματα και τελικά το κλείσιμο πολλών θαλάμων νοσηλείας. Οι διευθυντές τότε ανέθεσαν στον ιατρό και φιλόσοφο Thomas Percival (Pellegrino 1985: 1-52) να συντάξει έναν κώδικα με κανόνες, με στόχο να επιβληθεί η πειθαρχία στη συμπεριφορά των εργαζομένων. Το 1794 ο Percival εκδίδει για πρώτη φορά βιβλίο με τίτλο «Ιατρική Νομολογία», το οποίο στην τελική του έκδοση το 1803 πήρε το όνομα «Ιατρική Δεοντολογία». Η λέξη *δεοντολογία*, δηλαδή, αντικατέστησε τη λέξη *νομολογία*, αφού θεωρήθηκε ότι κατοχυρώνει το καθήκον του ιατρού για σεβασμό τόσο των νομικών όσο και των ηθικών κανόνων. Στο βιβλίο αυτό ορίστηκε για πρώτη φορά η ηθική, στον τομέα της υγείας, με την αναφορά ότι ο ιατρός έχει την ίδια ηθική-ιατρική υποχρέωση προς όλους τους ανθρώπους, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους τάξη. Έγινε, επίσης, αναφορά στο ότι ο ιατρός πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή με συμπόνοια και να λαμβάνει ο ίδιος, χωρίς τη συμμετοχή του, τις σωστές αποφάσεις γι' αυτόν.

Το 1847 εκδόθηκε ο πρώτος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στην Αμερική, ο οποίος ως επί το πλείστον, βασίστηκε στην «Ιατρική Δεοντολογία» του Percival και περιλάμβανε, με κάποιες λεπτομέρειες, τις ελάχιστες απαιτήσεις, αλλά και τις αμοιβαίες υποχρεώσεις της σωστής επαφής (μέσα στα πλαίσια της ηθικής) του ιατρού με τους ασθενείς και τους συναδέλφους, όπως επίσης και γενικά του τρόπου άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Κάτι που ξεχωρίζει στον πρώτο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας της Αμερικής και που αφορά τη σχέση ιατρού - ασθενούς είναι η υποχρέωση του ιατρού στην πληροφόρηση του ασθενούς και στην «καλοπροαίρετη εξαπάτησή» του αν η πληροφόρησή του σε συγκεκριμένα θέματα θα τον βλάψει, παρά να τον ωφελήσει. Ο Κώδικας αναθεωρήθηκε το 1903 και μετονομάστηκε σε «Αρχές της Ιατρικής Ηθικής», χωρίς ουσιαστικές αλλαγές με επικαιροποίηση του λεκτικού και αφαίρεση των υποχρεώσεων της κοινωνίας και των ασθενών έναντι του ιατρού. Το 1949 οι «Αρχές Ιατρικής Ηθικής» αναθεωρήθηκαν έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις σημαντικές αλλαγές της άσκησης της ιατρικής, τις δεκαετίες που πέρασαν, καθώς και για την αντικατάσταση της ιατρικής εθιμοτυπίας με την ευρύτερη έννοια της ιατρικής δεοντολογίας (Waddington 1975: 36-51). Νέες αναθεωρήσεις προέκυψαν το 1980, το 2001, το 2008 και το 2017.

Ο ρόλος, αλλά και ο κύριος στόχος, του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (World Medical Association –WMA) από την ίδρυσή του, το 1947, και μετά τα όσα είχαν γίνει με την παραβίαση όλων των ηθικών αρχών από τους ιατρούς Ναζί, ήταν και είναι η εξασφάλιση του υψηλότερου επιπέδου ηθικής πρακτικής του ιατρικού επαγγέλματος (Parsa-Parsi 2022: 2018-2021). Οι πολιτικές του Συλλόγου περιέχονται σε τρία βασικά έγγραφα: (1) την υπόσχεση-δέσμευση του ιατρού με την διακήρυξη της Γενεύης, (2) τη διακήρυξη του Ελσίνκι και (3) τον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, το 1<sup>ο</sup> έγγραφο, το οποίο επικυρώθηκε το 1948 στη δεύτερη Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου, περιλαμβάνει τις βασικές ηθικές αρχές άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Παρόλο που έχουν γίνει πολλές επικαιροποιήσεις στο έγγραφο αυτό, με τελευταία το 2017 (Parsa-Parsi 2017: 1971-1972), η κεντρική ιδέα έχει μείνει αμετάβλητη και θεωρείται ως η σύγχρονη μορφή του όρκου του Ιπποκράτη. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετοί διεθνείς ΚΙΔ, όπως αυτός της Νέας Ζηλανδίας (New Zealand Medical Association 2020: 9), στην τελευταία τους σελίδα αναφέρουν αυτούσιο το έγγραφο, ως η υπόσχεση-δέσμευση του κάθε ιατρού (Παράρτημα 1). Το 2<sup>ο</sup> έγγραφο συντάχθηκε το 1964 στο Ελσίνκι και αφορούσε ειδικές ρυθμίσεις για το ηθικό πλαίσιο και τις κατευθυντήριες γραμμές και προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή έρευνας σε ανθρώπους. Το έγγραφο αυτό αναθεωρήθηκε για τελευταία φορά το 2013. Τέλος, το 3<sup>ο</sup> έγγραφο, το οποίο υιοθετήθηκε το 1949, είναι ο «Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» και το οποίο είχε ως περιεχόμενο τα επαγγελματικά καθήκοντα του ιατρού και τις ευθύνες του απέναντι στους ασθενείς, τους συναδέλφους και την κοινωνία και είχε ανανεωθεί για τελευταία φορά το 2006. Το 2018 ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος συγκρότησε ομάδα παρατηρητών από 19 χώρες και 7 γεωγραφικές περιοχές του κόσμου (Αφρική, Ασία, Ευρώπη, Λατινική Αμερική, Βόρεια Αμερική, Ειρηνικός και Ανατολική Μεσόγειος), η οποία είχε την ευθύνη διαβούλευσης με τις αντίστοιχες τοπικές αρχές για εντοπισμό στοιχείων και δεδομένων από τους εθνικούς Κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας που θα έπρεπε να υιοθετηθούν και να αλλάξουν αντίστοιχα στοιχεία του Διεθνούς ΚΙΔ μέσα στο πλαίσιο επικαιροποίησής του. Έτσι, τον Οκτώβριο του 2022, μόλις πρόσφατα δηλαδή, στο Βερολίνο έγινε εφικτό και επικυρώθηκε μια νέα αναθεώρηση του Παγκόσμιου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και Ηθικής (World Medical Association 2022). Η αναθεώρηση αυτή είναι χωρισμένη σε πέντε κεφάλαια με περιεχόμενο 40 συνολικά άρθρα μέσα από τα οποία αποσαφηνίζονται και καθορίζονται οι γενικές αρχές άσκησης του επαγγέλματος, οι υποχρεώσεις των ιατρών προς τους ασθενείς, τα καθήκοντά τους προς τους άλλους ιατρούς,



άλλους επαγγελματίες υγείας, φοιτητές ιατρικής και άλλο προσωπικό, οι υποχρεώσεις τους προς την κοινωνία και, τέλος, το καθήκον τους για προστασία και προώθηση των ηθικών αρχών που περιγράφονται στον ΚΙΔ. Το άρθρο 36, μάλιστα, παραπέμπει σε δύο Διακηρύξεις, αυτή του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου στο Ελσίνκι (σε σχέση με την επιστημονική έρευνα σε ανθρώπους) και αυτή στο Ταϊπέι (σε σχέση με τις μεγάλες βάσεις δεδομένων και τις βιοτράπεζες) και συνιστά, σχετικά με το θέμα, την πιστή εφαρμογή όλων των ηθικών κανόνων.

Οι ιατροί αντιμετωπίζουν σήμερα πρωτοφανείς προκλήσεις που προκαλούνται από τις μεταβαλλόμενες πολιτικές, νομικές και οικονομικές δυνάμεις της αγοράς. Το ιατρικό επάγγελμα έχει μια δυναμική τάση διασύνδεσης σε παγκόσμια κλίμακα, καθιστώντας επιτακτική και κρίσιμη την ανάγκη επιβεβαίωσης των καθολικών αρχών της ιατρικής δεοντολογίας. Ο στόχος του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου, με τη συγγραφή και τη συχνή ανανέωση των Κωδίκων Ιατρικής Δεοντολογίας, είναι η παροχή μιας κοινής ηθικής γλώσσας, έτσι ώστε η άσκηση της ιατρικής και η ιατρική επαγγελματική ταυτότητα να είναι κατοχυρωμένη.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι παλαιότεροι κώδικες ιατρικής ηθικής είχαν ως περιεχόμενο ζητήματα που έχουν σχέση με την εχεμύθεια, συμβουλές αγαθοπρακτικού τύπου, στοιχεία για την κοινωνική εμφάνιση του ιατρού και την αμοιβή του και εντολές συντεχνιακού τύπου. Οι νέοι κώδικες, ειδικά μετά τις θηριωδίες των ναζί ιατρών που εξευτέλισαν την αξιοπρέπεια των ανθρώπων χρησιμοποιώντας τους ως πειραματόζωα, απαιτούν τη νομική ρύθμιση της ιατρικής συμπεριφοράς και δίνουν έμφαση στην αυτονομία και προβάδισμα στην ενημέρωση και συναίνεση του ασθενή πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη και παρέμβαση. Εδώ σημειώνεται ότι σε πολλές χώρες οι κώδικες δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος, όπως είναι για παράδειγμα ο γαλλικός (French code of medical ethics 2013), είναι νομικά ρυθμισμένοι και η θέσπιση και τήρησή τους δεν αποτελεί αποκλειστικά ευθύνη της ιατρικής επιστημονικής κοινότητας.

## **2.2. Νόμοι που έχουν κυρωθεί και ψηφιστεί από την Κυπριακή Βουλή.**

Η Κυπριακή Δημοκρατία έχει κυρώσει δύο σημαντικές διεθνείς συμβάσεις σε νόμους, που έχουν ισχύ συμπληρωματική του ΚΙΔ ως εργαλεία υπερεθνικής δεοντολογίας, γεγονός που καθιστά τη συγγραφή ενός νέου ΚΙΔ ακόμη πιο αναγκαία.

Ως κράτος - μέλος της Ευρώπης η Κύπρος έχει κυρώσει σε νόμο τη Σύμβαση του Οβιέδο για την προάσπιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου, σε σχέση με την εφαρμογή της βιολογίας και της ιατρικής. Πρόκειται για τον περί της Προστασίας των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου αναφορικά με την εφαρμογή της βιολογίας και ιατρικής (κυρωτικός) και άλλες Συναφείς με την Εφαρμογή της Σύμβασης Διατάξεις Νόμος του 2001 που εκδόθηκε με δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας σύμφωνα με το άρθρο 52 του Συντάγματος (Κυπριακή Δημοκρατία 2001: Ν. 31(III) 2001).

Ο δεύτερος σχετικός νόμος που έχει ψηφιστεί από την Κυπριακή Βουλή, είναι ο περί κατοχύρωσης και της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών νόμος του 2004, που εκδόθηκε με δημοσίευση στην επίσημη εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας σύμφωνα με το άρθρο 52 του Συντάγματος (Κυπριακή Δημοκρατία 2005:Ν. 1(I) 2005). Στους πιο πάνω νόμους περιέχονται πολλά από τα στοιχεία που αναφέρονται στους σύγχρονους διεθνείς ΚΙΔ και που θα πρέπει να αποτελέσουν τον πυρήνα συγγραφής του νέου ΚΙΔ Κύπρου. Ενδεικτικά, αναφέρονται στο δικαίωμα στη ζωή, στο δικαίωμα σωματικής ακεραιότητας και ασφάλειας, στο δικαίωμα του σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρεπούς μεταχείρισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στο δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών και φροντίδας υγείας, σε έννοιες και ορισμούς όπως το τι είναι επείγον περιστατικό, τι είναι υπηρεσίες υγείας, τι είναι ιατρικά αρχεία, τι είναι παροχές υπηρεσιών υγείας κτλ., στο δικαίωμα στην πληροφόρηση και στη φροντίδα του ασθενή μετά τη συγκατάθεσή του με διευκρινίσεις για ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως είναι οι περιπτώσεις ανηλίκων κτλ., στις ηθικές προϋποθέσεις συμμετοχής του ασθενούς σε κλινική έρευνα, σε θέματα εμπιστευτικότητας και ιατρικού απορρήτου, σε θέματα ιατρικών αρχείων και πρόσβασης σε αυτά, όπως επίσης και στην ανάγκη ύπαρξης λειτουργού δικαιωμάτων του ασθενούς σε κάθε νοσοκομείο. Επιπρόσθετα από τους πιο πάνω νόμους, έχουν ψηφιστεί νομοθεσίες για ειδικά ζητήματα που αφορούν τον ΚΙΔ, όπως είναι ο νόμος περί μεταμόσχευσης οργάνων (Κυπριακή Δημοκρατία 2012: Ν. 127(I) 2012) και ο περί προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού

χαρακτήρα και της ελεύθερης κυκλοφορίας των δεδομένων αυτών νόμος του 2018 (Κυπριακή Δημοκρατία 2018: N. 125(1), 2018).

### **2.3. ΚΙΔ Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος -Κανονισμοί Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας του 1991)**

Ο ΚΙΔ Κύπρου έχει ως τίτλο «Κανονισμοί Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας του 1991- Σύγχρονη Ιατρική Νομοθεσία», έχει εκδοθεί από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο και ανήκει στο περί ιατρών (σύλλογοι, πειθαρχία και ταμείων συντάξεων νόμοι του 1967 και 1970, κανονισμοί δυνάμει του άρθρου 13(1)(B). Χωρίζεται σε 8 κεφάλαια που περιέχουν συνολικά 61 άρθρα. Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρονται οι γενικοί κανόνες της άσκησης του επαγγέλματος, στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο τα καθήκοντα του ιατρού προς τους ασθενείς και στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο το επαγγελματικό απόρρητο. Το 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο έχει ως θέμα την ιατρική αμοιβή, τα συμβόλαια, τις συμφωνίες και τις εμπορικές πράξεις και το 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο τα καθήκοντα του ιατρού προς τους συναδέλφους. Το 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρεται στην πληροφόρηση, την αυτοπροβολή, τη διαφήμιση και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, το 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναλώνεται σε ειδικά ιατροκοινωνικά προβλήματα και, τέλος, το 8<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρεται στα καθήκοντα του ιατρού προς τον ιατρικό σύλλογο. Στα πλαίσια συγγραφής της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής έγινε αναζήτηση στο διαδίκτυο και στις ιστοσελίδες που διατηρεί ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, σχετικά με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και δεν αναφέρεται πουθενά οποιοσδήποτε σχολιασμός, αναφορά ή νύξη σε σχέση με την ανάγκη συγγραφής ενός νέου ΚΙΔ, παρά μόνο η ανάρτηση του ισχύοντος που παραμένει, βέβαια, προσκολλημένος στο μακρινό παρελθόν του τρόπου άσκησης της ιατρικής στην Κύπρο.

### **2.4. ΚΙΔ Ελλάδας (N. 3418/2005)**

Στην Ελλάδα εκδόθηκαν πολλά κείμενα και οδηγίες με στόχο την οριοθέτηση της άσκησης της ιατρικής με περιεχόμενο και βάση, κυρίως, τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Κάποια από αυτά τα κείμενα που κατοχύρωναν τα δικαιώματα των ασθενών ενσωματώθηκαν στο ελληνικό δίκαιο με τον Ν. 2071/1992 και το Ν. 2619/1998. Ο ΚΙΔ

Ελλάδας ρυθμιζόταν από νόμους του 1939 και 1955 και παρέμεινε αναχρονιστικός μέχρι το 2005 που ψηφίστηκε ο νέος ΚΙΔ, ο οποίος επικρατεί μέχρι σήμερα. Χαρακτηριστικά, για το θεμελιώδες ζήτημα της ενημέρωσης των ασθενών, ο ΚΙΔ του 1955 (ΒΔ 25.5/6.7.1955) δεν το ανέφερε καθόλου, παρά μόνο στην επισήμανση ότι απαγορεύονταν οι μη ενδεδειγμένες θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις επειδή θίγουν την προσωπική ελευθερία και την ελεύθερη βούληση των ασθενών.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Ελλάδας δεν αποτελεί ήπιο δίκαιο, αλλά έχει λάβει τον μανδύα νόμου (Ν. 3418/2005). Έχει παιδαγωγικό χαρακτήρα και είναι εύκολα κατανοητός στον μέσο ιατρό, ενώ εμφαντικό του γνώρισμα είναι ότι αντιμετωπίζει τον ασθενή ως πρόσωπο που αξιώνει σεβασμό στην αξιοπρέπιά του με κυρίαρχη απαίτηση την ενημέρωσή του, την τήρηση αρχείου και την προστασία των προσωπικών του δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου. Και ενώ πρόκειται για νόμο, κάνει συνεχή χρήση της φράσης «ο ιατρός πρέπει ή οφείλει» σε ένα αμιγές κείμενο ηθικών αρχών και κανόνων, αντί να επιβάλλει με απλή αναφορά τις διακηρύξεις του. Στον ΚΙΔ καταγράφονται οι κανόνες που ρυθμίζουν την καθημερινή άσκηση ιατρικής, τα δικαιώματα των ιατρών κατά την άσκηση του έργου τους και τις σχέσεις ιατρού- ασθενή και ιατρού με συναδέλφους. Για πρώτη φορά εισήχθησαν στον ΚΙΔ Ελλάδας η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών και η ιατρική φροντίδα στο τέλος της ζωής, καθώς επίσης και ειδικές ρυθμίσεις για την ευθανασία, τις κλινικές έρευνες, την αιμοδοσία, τις μεταμοσχεύσεις κτλ.

Ο κώδικας είναι διαχωρισμένος σε 8 κεφάλαια. Το 1<sup>ο</sup> αφορά τον προσδιορισμό των εννοιών και ορισμών, το 2<sup>ο</sup> τους γενικούς κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, το 3<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> τη σχέση του ιατρού με του ασθενείς, με την κοινωνία και τους συναδέλφους, το 6<sup>ο</sup> και 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο τον ρόλο του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία και την επιστημονική έρευνα και το 8<sup>ο</sup> τη σχέση του ιατρού με την φροντίδα ψυχικής υγείας. Στο 9<sup>ο</sup> κεφάλαιο ο Κώδικας αναφέρεται σε ειδικά θέματα, στο 10<sup>ο</sup> στα καθήκοντα του ιατρού προς τον ιατρικό σύλλογο και τέλος στο 11<sup>ο</sup> στις κυρώσεις σε περίπτωση παραβίασης εκ μέρους του ιατρού των διατάξεων που περιλαμβάνονται στον Κώδικα.

## **2.5. ΚΙΔ Αυστραλίας (Australian Medical Association 2016- AMA Code of ethics)**

Ο ΚΙΔ Αυστραλίας, ο οποίος επικαιροποιήθηκε για τελευταία φορά το 2016, αρχίζει με ένα προοίμιο που έχει ως περιεχόμενο τον κύριο σκοπό του κώδικα επισημαίνοντας ότι και οι ιατροί και οι ασθενείς έχουν υποχρεώσεις και δικαιώματα. Στο προοίμιο αναφέρεται και ο όρκος του Ιπποκράτη ως πηγή άντλησης πληροφοριών για τη συγγραφή του Κώδικα, καθώς και το πεδίο εφαρμογής του. Στη συνέχεια, ο Κώδικας αναφέρεται στη σχέση του ιατρού με τον ασθενή με ξεχωριστά άρθρα που αφορούν τη φροντίδα του ασθενούς, την προστασία του ιατρικού απορρήτου, τη φροντίδα των ασθενών που έχουν περιορισμένη δυνατότητα λήψης απόφασης, την αντιμετώπιση των οικείων του ασθενούς, τη συμμετοχή του ασθενή στην κλινική έρευνα και την εκπαιδευτική δραστηριότητα, καθώς επίσης και την αμοιβή του ιατρού. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται η σχέση του ιατρού με το επάγγελμα με αναφορές στην «επαγγελματική επαφή», στη σχέση με τους συναδέλφους, στην παραπομπή ασθενών σε αυτούς, στη σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας, στην αντιμετώπιση ζητημάτων όπου υπάρχει σύγκρουση ενδιαφέροντος και στη διαφήμιση. Τέλος, αναφέρεται στη σχέση που πρέπει να έχει ο ιατρός με την κοινωνία σε έξι παραγράφους: την ευθύνη απέναντι στην κοινωνία, την επαγγελματική αυτονομία και την κλινική ανεξαρτησία, την ποιότητα, ασφάλεια και τα ελάχιστα αναγκαία στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, την επίβλεψη και ορθή διαχείριση των οικονομικών πόρων, την ευθύνη του ιατρού σε ιατρονομικά θέματα και την ευθύνη του ιατρού για ισότητα στην υγεία και στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

## **2.6. ΚΙΔ Νέας Ζηλανδίας (New Zealand Medical Association 2020- Code of ethics for the New Zealand Medical Profession)**

Ο ΚΙΔ Νέας Ζηλανδίας αρχίζει με μια προκαταρκτική εισαγωγή, σε σχέση με την κατεύθυνση του ιατρικού επαγγέλματος και, στη συνέχεια, αναφέρεται σε 12 αρχές ηθικής συμπεριφοράς βάσει των οποίων ο ιατρός πρέπει να ασκεί την ιατρική επιστήμη. Στη συνέχεια, αναφέρεται στα καθήκοντα – ευθύνες του ιατρού απέναντι στον ασθενή και σε ξεχωριστό κεφάλαιο στις επαγγελματικές του ευθύνες (απέναντι στους συναδέλφους, στον εαυτό του κτλ.) και στην κοινωνία. Συνεχίζοντας, αφιερώνει ολόκληρο κεφάλαιο στη σχέση του ιατρού με την έρευνα και στο ζήτημα της εκπαιδευτικής διαδικασίας, σε σχέση με τους

ασθενείς και συναδέλφους που λαμβάνουν μέρος σε αυτήν. Στα τελευταία κεφάλαια του Κώδικα κάνει αναφορά στη σχέση που θα πρέπει να έχει ο ιατρός με βιομηχανικές και εμπορικές δραστηριότητες, αναφέρει δε ότι η νέα επικαιροποίηση του κώδικα θα γίνει το 2025, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούν, αν αυτό κριθεί αναγκαίο, να γίνουν αλλαγές στο μεσοδιάστημα. Ο επίλογος του Κώδικα είναι η διακήρυξη της Γενεύης, με την υπόσχεση του ιατρού, αυτούσια μετά την προ-τελευταία της τροποποίηση στην Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου στο Σικάγο των ΗΠΑ το 2017 (Παράρτημα 1).

## **2.7. ΚΙΔ Καναδά (Canadian medical association 2018-CMA Code of medical ethics and professionalism)**

Ο καναδικός ΚΙΔ χωρίζεται σε τρία μεγάλα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται οι αρετές που πρέπει να έχει ο «ηθικός ιατρός», όπως είναι η συμπόνια, η ταπεινότητα και η ακεραιότητα τονίζοντας τη σημασία τους στη θεμελίωση της εμπιστοσύνης στη σχέση ιατρού - ασθενούς. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι αναγκαίες δεσμεύσεις του ιατρικού επαγγέλματος σε σχέση με τους ασθενείς, τον σεβασμό των ανθρώπων, τη δικαιοσύνη, την επαγγελματική ακεραιότητα και επάρκεια, την επαγγελματική αριστεία, την αυτοφροντίδα, την αμοιβαία υποστήριξη και την έρευνα. Τέλος, στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις ευθύνες που εξυπακούονται του ιατρικού επαγγέλματος.

## **2.8. ΚΙΔ Η.Π.Α (American Medical Association 2017 -Code of medical ethics)**

Ο Αμερικανικός ΚΙΔ αποτελείται από δύο μέρη: (α) τις βασικές αρχές τις Ιατρικής Δεοντολογίας και (β) τις δεοντολογικές γνωμοδοτήσεις του Συμβουλίου Δεοντολογίας και Δικαστικών Υποθέσεων.

Ο ΚΙΔ αρχίζει με ένα προοίμιο που έχει ως περιεχόμενο τον σκοπό του ιατρικού επαγγέλματος και ακολουθούν εννιά αρχές τις ιατρικής ηθικής που πρέπει να ακολουθεί ο κάθε ιατρός που ασκεί την ιατρική επιστήμη στις Η.Π.Α. Οι αρχές αυτές έχουν σχέση με όσα

έχουν αναφερθεί προηγουμένως και αφορούν συνοπτικά τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή και τους συναδέλφους, το ιατρικό απόρρητο, ανθρωπίνια δικαιώματα κτλ.

Το δεύτερο μέρος με τις ιατρικές γνωμοδοτήσεις, το οποίο είναι πολύ αναλυτικό, περιλαμβάνει 11 κεφάλαια με θεματολογία: (1) τη σχέση ιατρού- ασθενούς, (2) τη συγκατάθεση του ασθενούς, την επικοινωνία του με το ιατρό και τη διαδικασία λήψης απόφασης για ιατρικές πράξεις, (3) το ιατρικό απόρρητο, την ιδιωτικότητα του ασθενούς και τα ιατρικά αρχεία, (4) την αναπαραγωγική ιατρική και ζητήματα γενετικής, (5) τη φροντίδα του ασθενούς στο τέλος της ζωής του, (6) τη μεταμόσχευση οργάνων, (7) την ιατρική έρευνα και καινοτομία, (8) τη σχέση του ιατρού με την κοινωνία και τη δημόσια υγεία, (9) την επαγγελματική αυτορρύθμιση, (10) τη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και, τέλος, (11) οικονομικά ζητήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

## **2.9. Βρετανικός ΚΙΔ (GMC 2019-Good medical practice)**

Ο Βρετανικός ΚΙΔ με τίτλο «καλή ιατρική πρακτική» είναι χωρισμένος σε τέσσερα μεγάλα πεδία. Το 1<sup>ο</sup> πεδίο με θέμα τη γνώση, τις ικανότητες και την απόδοση του ιατρού, αναλώνεται στην υποχρέωση που έχει ο ιατρός να αναπτύξει και να διατηρήσει την επαγγελματική του απόδοση, με βάση τις γνώσεις και την εμπειρία του. Επισημαίνεται η ανάγκη καθαρής, ευανάγνωστης και ακριβούς καταγραφής της δουλειάς του ιατρού και της προστασίας αυτού του αρχείου, αφού περιέχει προσωπικά δεδομένα του ασθενή, σύμφωνα με τις ισχύουσες νομοθεσίες.

Το 2<sup>ο</sup> πεδίο αναφέρεται στην ασφάλεια και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με κύριο σκοπό την προστασία των ασθενών. Στο πεδίο αυτό περιλαμβάνεται και η υποχρέωση που έχει ο ιατρός να διατηρεί τον εαυτό σε καλή υγεία, αφού έχει άμεση σχέση και αντίκτυπο στους ασθενείς του. Μια από τις υποχρεώσεις του ιατρού, σύμφωνα με τον Κώδικα, είναι και ο εμβολιασμός του ιδίου για «σοβαρά μεταδιδόμενα νοσήματα». Εξ' ου και η πρόσφατη συζήτηση για εμβολιασμό των υγειονομικών για την λοίμωξη-ασθένεια COVID 19 (Corona Virus Disease 19) στην πανδημία που διανύουμε.

Το 3<sup>ο</sup> πεδίο αναφέρεται στην επικοινωνία, στη συνεργασία και στην ομαδική εργασία μέσα στα πλαίσια της σχέσης που πρέπει να έχει ο ιατρός με συναδέλφους, περιλαμβανομένης και της υποχρέωσής του για συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, και

υποστήριξη-εκπαίδευση των ειδικευομένων ιατρών και φοιτητών ιατρικής. Κάτι που προκαλεί ενδιαφέρον είναι η αναφορά στη δημιουργία συνεργασίας με τους ασθενείς και όχι στο καθήκον απέναντί τους, με συνεχή επιδίωξη για διατήρησή της. Το 4<sup>ο</sup> πεδίο έχει ως τίτλο την εμπιστοσύνη και τη διατήρηση αυτής, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με τη γενική ειλικρίνεια και την ακεραιότητα με την οποία πρέπει ο ιατρός να ασκεί την ιατρική και μέσω του σεβασμού που πρέπει να έχει ο ιατρός απέναντι στους ασθενείς.

## Κεφάλαιο τρίτο

Στην Κύπρο, τα τελευταία χρόνια, έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας και που αφορούν οικονομικές επενδύσεις στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, στην ίδρυση των ιατρικών σχολών, στην εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας και στη δημιουργία του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας. Παρακάτω γίνεται περιγραφή του Γενικού Συστήματος Υγείας και αναφορά στην ίδρυση των ιατρικών σχολών, γεγονός που έχουν αλλάξει σημαντικά το περιβάλλον, μέσα στο οποίο ασκείται η ιατρική στην Κύπρο.

### 3.1. Γενικό σύστημα υγείας (ΓΕΣΥ)

Η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες μεταρρυθμίσεις που έγιναν ποτέ από την ίδρυση της Κυπριακής Δημοκρατίας. Παρόλο που ο «Νόμος που προβλέπει για την εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας και για συναφή θέματα κατάταξη άρθρων» (Ν 89(Ι) 2001) ψηφίστηκε από τη Βουλή των Αντιπροσώπων το 2001, εφαρμόστηκε μόλις πριν τρία χρόνια, το 2019. Τη βάση του ΓΕΣΥ αποτελεί ένα ανεξάρτητο ασφαλιστικό ταμείο, μέσα από το οποίο αντλούν πληρωμή ιδιώτες ιατροί και όλα τα παραϊατρικά επαγγέλματα (φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές κτλ.), ιδιωτικές κλινικές και νοσηλευτήρια όπως επίσης και ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον οποίο ανήκουν όλα τα κρατικά νοσηλευτήρια και κέντρα υγείας της Κύπρου. Σκοπός του είναι να μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε όλους τους μόνιμους κατοίκους της Κύπρου που καταβάλλουν εισφορές στο ταμείο αυτό.



Πύλη εισόδου όλων των ασθενών στο σύστημα είναι ο προσωπικοί ιατροί, γενικοί ιατροί και παιδίατροι (για ενήλικες και παιδιά αντίστοιχα) οι οποίοι έχουν τη συνολική εποπτεία της υγείας των ασθενών που τους έχουν επιλέξει και έχουν την ευθύνη για την παραπομπή τους σε συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, όταν και όποτε χρειάζεται. Η αμοιβή του προσωπικού ιατρού από το ΓΕΣΥ είναι κατά κεφαλήν για συγκεκριμένο αριθμό επισκέψεων του ασθενούς. Ο ασθενής, στις συγκεκριμένες επισκέψεις, δεν πληρώνει επιπλέον χρήματα από την τσέπη του. Αν οι επισκέψεις του ασθενή υπερβούν τον συγκεκριμένο αριθμό επισκέψεων, τότε ο ασθενής υποχρεούται να πληρώσει τον ιατρό επιπλέον, πέραν των εισφορών του που αποκόπονται από τον μισθό του ή τη σύνταξή του. Η αμοιβή των υπόλοιπων ειδικών ιατρών που είναι στο σύστημα γίνεται ανάλογα με τις υπηρεσίες υγείας που έχουν προσφέρει και ανά ιατρική πράξη.

Το σημαντικότερο πρόβλημα που έχει προκληθεί από την εφαρμογή του ΓΕΣΥ είναι ότι όλες οι υπηρεσίες υγείας έχουν ως αφετηρία και τερματισμό το «αόρατο» χρήμα που αντλείται από το κεντρικό ταμείο. Και εφόσον σε ένα μεγάλο ποσοστό ο ασθενής δεν πληρώνει από την τσέπη του, απαιτεί περισσότερες παραπομπές στις διάφορες ειδικότητες, ενώ στην ουσία δεν τις χρειάζεται, ενώ ο προσωπικός ιατρός υποχωρεί σε αυτές τις απαιτήσεις για να μην «χάσει τον ασθενή» στοιχείο που ισοδυναμεί με απώλεια εισοδήματος. Ως αποτέλεσμα, ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αναγκάστηκε να βάλει όρια στον αριθμό των παραπομπών που μπορεί να εκτελέσει ο ιατρός μηνιαίως για κάθε ασθενή και η πιθανή υπέρβασή του συνεπάγεται την επιβολή χρηματικών κυρώσεων. Επιπλέον, λόγω ακριβώς της «αόρατης» πληρωμής, έχει ανθήσει το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης(Τούντας 2007: 8-9, Καραμπλή 2014: 77-84) με την πραγματοποίηση υπερβολικού αριθμού εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων, σε ασθενείς που στην ουσία δεν χρειάζονται. Έτσι εξυπηρετείτε από τη μια το συμφέρον των ιατρών με αύξηση των εισοδημάτων τους και από την άλλη το «συμφέρον των ασθενών» γιατί έχουν υποβληθεί σε «δωρεάν» εργαστηριακές εξετάσεις και έχουν επιβεβαιώσει την ακεραιότητα της υγείας τους και την μη ύπαρξη ασθένειας. Ένα επιπλέον πρόβλημα του παρουσιάζεται στο ΓΕΣΥ, είναι τα φαινόμενα υπαρξιακής ασθένειας από ένα ιατρό στον άλλο, ανάλογα με την «υπακοή» στις απαιτήσεις των ασθενών για συναίνεση ή όχι στην χορήγηση παραπεμπτικών για εργαστηριακές εξετάσεις ή για εξέταση από συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων.

Ο θεσμός του προσωπικού ιατρού αποτελεί μια σημαντική καινοτομία γιατί πλέον οι ασθενείς δικαιούχοι έχουν ένα δικό τους ιατρό, ένα δικό τους άνθρωπο, στον οποίο απευθύνονται για οποιοδήποτε πρόβλημα τους απασχολεί. Ο προσωπικός ιατρός, όμως, έχει και την ευθύνη να καθοδηγήσει τον ασθενή για ορθολογιστική χρήση των υπηρεσιών υγείας, και όχι σε κατάχρησή τους. Η κατάχρηση του συστήματος, δυστυχώς, έχει οδηγήσει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του ΓΕΣΥ, αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως επίσης και σε συγκρούσεις τόσο μεταξύ των συναδέλφων ιατρών όσο και μεταξύ των ιατρών και των ασθενών.

Όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια, και όπως περιγράφεται στους διεθνείς ΚΙΔ, ο σύγχρονος ρόλος του προσωπικού ιατρού δεν είναι μόνο η κλινική εξέταση του ασθενούς και η παραπομπή του σε συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, αλλά εντελώς διαφορετικός, πολύπλευρος και ουσιώδης, στοιχείο που υποδεικνύει πιο έντονα την ανάγκη συγγραφής ενός νέου ΚΙΔ στην Κύπρο.

### **3.2 Ίδρυση ιατρικών σχολών**

Ένα άλλο εξελισσόμενο κομμάτι του τομέα της υγείας στην Κύπρο είναι η ίδρυση, λειτουργία και συνεχής αναβάθμιση των ιατρικών σχολών. Στην Κύπρο αυτή τη στιγμή λειτουργούν τρεις ιατρικές σχολές: η κρατική Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κύπρου και δύο ιδιωτικές, του Πανεπιστημίου Λευκωσίας και του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου. Πρώτη ιδρύθηκε η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κύπρου (Πανεπιστήμιο Κύπρου 2013-Ιατρική σχολή) το 2013 και ακολούθησαν οι άλλες δύο, στις οποίες φοιτούν πληθώρα φοιτητών, τόσο από την Κύπρο, όσο και από το εξωτερικό. Συνεπώς, στα ιδιωτικά και κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου δραστηριοποιείται, μέσα στα πλαίσια της κλινικής τους άσκησης, ένας μεγάλος αριθμός φοιτητών ιατρικής. Η παρουσία των φοιτητών δημιουργεί διάφορα ζητήματα που άπτονται του ΚΙΔ, όπως είναι το καθήκον του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία, ο ρόλος του σε σχέση με την ιατρική έρευνα, το ιατρικό απόρρητο, η ιδιωτικότητα των ασθενών και η συγκατάθεση τους αν αποδέχονται ή όχι να συμμετέχουν στην κλινική δραστηριότητα των φοιτητών.

# Κεφάλαιο Τέταρτο

## 4. Σύγκριση ΚΙΔ Κύπρου με διεθνείς ΚΙΔ-Εισήγηση θεμάτων που προτείνεται να εισαχθούν στον νέο ΚΙΔ Κύπρου.

Ο ΚΙΔ Κύπρου είναι διαιρεμένος σε οκτώ κεφάλαια που αναφέρονται στους κανόνες άσκησης του επαγγέλματος, στα καθήκοντα του ιατρού και στον ρόλο του σε διάφορα ειδικά ιατρικά θέματα. Πιο κάτω, θα γίνει μια προσπάθεια συνοπτικής αναφοράς σε κάθε κεφάλαιο του ΚΙΔ Κύπρου ξεχωριστά και θα γίνει σύγκριση με το αντίστοιχο περιεχόμενο διεθνών ΚΙΔ. Με αυτό τον τρόπο θα εντοπιστούν κεφάλαια - θέματα που δεν υπάρχουν καθόλου στον ΚΙΔ και θα πρέπει να προστεθούν στον νέο που θα συγγραφεί. Επίσης, θα γίνουν εισηγήσεις για θέματα που ήδη αναφέρονται στον ΚΙΔ και θα πρέπει να τροποποιηθούν, λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα που έχουν δημιουργηθεί στην Κύπρο τα τελευταία 30 χρόνια.

### 4.1. Εισαγωγή, έννοιες, ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του ΚΙΔ

Το πρώτο κεφάλαιο του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Κύπρου αναφέρεται απευθείας σε γενικούς κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, παραλείποντας εντελώς να αναφερθεί σε μια εισαγωγή, σε ένα προοίμιο, που θα περιγράφει τον λόγο και τον σκοπό συγγραφής του Κώδικα. Ενδεικτικά, ο ΚΙΔ Αυστραλίας (AMA Code of Ethics 2016:1) αναφέρει στην εισαγωγή του, ότι «ο Κώδικας περιγράφει τα αναμενόμενα ελάχιστα αναγκαία - standards της ηθικής συμπεριφοράς, με την οποία ο κάθε ιατρός πρέπει να ασκεί το ιατρικό επάγγελμα». Στην εισαγωγή του ΚΙΔ Νέας Ζηλανδίας, επίσης, διευκρινίζεται ότι οι κανονισμοί και όσα αναφέρονται στον Κώδικα δεν είναι απόλυτα και αμετάβλητα και φέρει εις γνώση των ιατρών μια ανοικτή συνεχή πρόσκληση για συζήτηση ενδεχομένων αλλαγών μέχρι την επόμενη επίσημη συνολική επικαιροποίησή του (New Zealand Medical Association 2020: 2). Επίσης, ο Κυπριακός ΚΙΔ παραλείπει να αναφερθεί σε έννοιες και ορισμούς ή ακόμα και στο πεδίο εφαρμογής του Κώδικα. Η διασαφήνιση εννοιών και ορισμών σε ένα προϊόν τομής ιατρικής ηθικής και νομικής επιστήμης, όπως είναι ο ΚΙΔ, είναι θεμελιώδους σημασίας, δεδομένης της ποικιλίας ερμηνείας πολλών όρων της ιατρικής

ηθικής. Άλλωστε, είναι γι' αυτό τον λόγο που διεθνείς διακηρύξεις, συνθήκες και κώδικες αρχίζουν με μια εισαγωγική αναφορά που περιλαμβάνει τη διατύπωση των γενικών όρων, πάνω στους οποίους θα στηριχθούν και θα αναπτυχθούν οι υπόλοιπες διατάξεις και κεφάλαια.

Ενδεικτικά, στον Ελληνικό ΚΙΔ, το άρθρο 1 (Ν.3418/2005:1) αναφέρεται αποκλειστικά σε ερμηνείες, έννοιες και ορισμούς, καθώς επίσης και στο πεδίο εφαρμογής του Κώδικα. Για παράδειγμα, αναφέρει ότι *ιατρική πράξη* είναι η πράξη που αποσκοπεί στην «πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου», ενώ στην έννοιά της περιλαμβάνεται η συνταγογράφηση, οι εντολές παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και κάθε είδους συμβουλευτική πράξη προς τον ασθενή.

Επιπρόσθετα, διευκρινίζεται τι είναι η *ερευνητική ιατρική πράξη*: είναι εκείνη η πράξη που έχει ως κύριο στόχο την ακριβέστερη διάγνωση, την αποκατάσταση της υγείας και την προαγωγή της επιστήμης που θα έχει όφελος για τον άνθρωπο πάντα με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, ενώ δευτερευούσης σημασίας είναι η απόκτηση ιατρικών γνώσεων. Επίσης, ορίζεται και η έννοια *ασθενής*, ότι είναι ο χρήστης υπηρεσιών υγείας, ο «άνθρωπος», και όχι κατά ανάγκην ο πάσχων που χρήζει διάγνωσης και θεραπείας. Επιπλέον, ορίζεται η έννοια των *οικείων* με τη σαφή και στενή νομική έννοια λόγω του σοβαρού ρόλου που μπορεί να διαδραματίσουν σε ζητήματα συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς στην περίπτωση που ο ασθενής, λόγω της ασθένειάς του, δεν μπορεί ούτε να ενημερωθεί και συνεπώς ούτε να συναινέσει σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη. *Οικείοι*, λοιπόν, είναι οι συγγενείς εξ αίματος, τα πρόσωπα δηλαδή από τα οποία κατάγεται ο ασθενής ή κατάγονται από τον ασθενή (γονείς, τέκνα κ.α.) και οι συγγενείς εξ' αγχιστείας σε ευθεία γραμμή του/της συζύγου του ασθενούς (μόνιμοι σύντροφοι, πεθερός, πεθερά, γαμπρός κ.α.). Οι οικείοι είναι πολύ σημαντικά πρόσωπα στη θεραπευτική διαδικασία ειδικά στις περιπτώσεις που ο εμπλεκόμενος ασθενής έχει χάσει την ικανότητα να εκφράσει την άποψη για το πώς επιθυμεί να είναι το τέλος της ζωής του ή για τα όρια των ιατρικών παρεμβάσεων που θα υποστεί, με κίνδυνο να μην μπορεί να γίνει σεβαστή η προγενέστερη αυτονομία του. Επιπρόσθετα, με την πρόβλεψη αυτή του νομοθέτη στον ΚΙΔ, αποφεύγονται αντιδικίες μεταξύ ιατρών και οικείων και για το ποιος έχει δικαίωμα ενημέρωσης, ενώ με τη συμπερίληψη των μόνιμων συντρόφων στην έννοια *οικείοι* αναγνωρίζεται η διαφορετικότητα που μπορεί να υπάρχει στην κοινωνία και ο σεβασμός στην προσωπικότητα και τις επιλογές των ανθρώπων.

Στον Καναδικό ΚΙΔ (Canadian Medical Association 2018: 2) ορίζονται, μάλιστα, οι αρετές που πρέπει να έχει ο ιατρός που αναφέρονται κατά κόρον στους διεθνείς ΚΙΔ. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι ο ιατρός πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή με συμπόνοια και ταπεινότητα. Τι σημαίνουν όμως ακριβώς οι όροι αυτοί; Ο καναδικός ΚΙΔ το προσδιορίζει: *συμπόνοια* είναι η ικανότητα του ιατρού να αναγνωρίσει το γεγονός ότι ο ασθενής υποφέρει και ότι είναι ευάλωτος, ενώ *ταπεινότητα* είναι η γνώση εαυτών ενός ιατρού και των ορίων και των ικανοτήτων στα πλαίσια της ειδικότητάς του, έτσι ώστε να μην τα υπερβαίνει αλλά να ζητά τη συμβουλή και την υποστήριξη των συναδέλφων άλλων ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού.

Στον Αγγλικό ΚΙΔ (General Medical Council 2019: 5) δε, ορίζονται και οι λέξεις *must* (πρέπει) ως υπέρτατο καθήκον που επιβάλλεται και είναι ανάγκη να γίνεται, ενώ η λέξη *should* (θα έπρεπε) έχει την έννοια της προτροπής, καθώς υπάρχουν πολλοί τρόποι για να εκτελέσεις την εκάστοτε πράξη ή υποχρέωση που αναφέρει ο ΚΙΔ.

Όσον αφορά το πεδίο εφαρμογής, ο ΚΙΔ Ελλάδος (Ν.3418/2005:1) το προσδιορίζει «στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ατομικά ή ομαδικά ως ελεύθερο επάγγελμα ή με την μορφή εταιρείας». Μάλιστα, στο άρθρο 2 και παράγραφο 2 ο ίδιος Κώδικας δεσμεύει τον ιατρό ως προς το πώς πρέπει να συμπεριφέρεται και στην κοινωνική του ζωή με αντανάκλαση της ιδιότητας του στην εν γένει πολιτεία ως επιστήμονας και ως άτομο. Ο ΚΙΔ Αυστραλίας (Australian Medical Association, 2016:1) για το συγκεκριμένο θέμα αναφέρει συνοπτικά ότι ο Κώδικας αφορά όλους τους ιατρούς ανεξάρτητα από τον ρόλο τους.

Συνεπώς, ένα κεφάλαιο με τα εν λόγω ζητήματα θα πρέπει να προστεθεί στον νέο ΚΙΔ Κύπρου, έτσι ώστε ο ιατρός που ασκεί ιατρική στην Κύπρο να γνωρίζει ποιος είναι ο σκοπός, ποια είναι η σκοπιμότητα και ποιο είναι το πεδίο εφαρμογής του ΚΙΔ, όπως επίσης και για να υπάρχει μια κοινή γλώσσα στη διευκρίνιση των ορισμών και εννοιών προς αποφυγή παρεξηγήσεων.

## **4.2. Γενικοί κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος**

Ο ΚΙΔ Κύπρου αναφέρεται στο πρώτο κεφάλαιο στα άρθρα 1-4 (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991:3) στα γενικά καθήκοντα του ιατρού.

Αναφέρει ότι το ιατρικό επάγγελμα είναι ελεύθερο επάγγελμα και **λειτουργήμα** που πρέπει να ασκείται ενσυνείδητα και ανθρωπιστικά. Ο ιατρός πρέπει να είναι υπόδειγμα τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο βίο, ενώ επισημαίνεται η νομική ισχύς του Κώδικα αναφέροντας ότι κάθε πράξη ή παράλειψη προς το καθήκον επισύρει κυρώσεις εναντίον του ιατρού ανάλογα με την βαρύτητα του παραπτώματος. Αναφέρεται, επίσης, στην απαγόρευση συνεργασιών ή χρήσης αθέμιτων μέσων για προσέλκυση πελατείας και απόκτησης κέρδους και στο γεγονός ότι ο ιατρός δεν πρέπει να θυσιάζει για κανένα λόγο, την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία και ακεραιότητα.

Στην ανασκόπηση διεθνών ΚΙΔ, στο κεφάλαιο που αφορά τα γενικά καθήκοντα του ιατρού, υπάρχει μια αλληλοκάλυψη θεμάτων που αναφέρονται σε άλλα κεφάλαια, όπως είναι τα κεφάλαια που αφορούν τη σχέση ιατρού- ασθενούς, μεταξύ των συναδέλφων κτλ.

Ο ΚΙΔ Κύπρου, όπως και ο Ελληνικός, αναφέρονται στο ιατρικό επάγγελμα χαρακτηρίζοντάς το ως *λειτουργήμα*. Ο ιατρός είναι δεσμευμένος τόσο επιστημονικά, όσο και κοινωνικά να σέβεται την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και την αυτονομία του ασθενούς σύμφωνα με τα σχετικά άρθρα διεθνών συμβάσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα, τα οποία, όπως έχει προαναφερθεί, έχουν κυρωθεί και ψηφιστεί σε νόμο από τη Βουλή των Αντιπροσώπων στην Κύπρο.

Σημαντικό στοιχείο που, κατά τη γνώμη μου, θα πρέπει να προστεθεί στον νέο ΚΙΔ ως ιδέα για το τι θα ακολουθήσει είναι αυτό που αναφέρεται στο εν λόγω κεφάλαιο στον ελληνικό ΚΙΔ. Σε τι αποσκοπεί το ιατρικό επάγγελμα ως λειτουργήμα; Το ιατρικό επάγγελμα είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στην αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου (N.3418/2005: 1), όσα αναφέρει δηλαδή ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία (WHO 1948). Είναι, επίσης, πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι στα πλαίσια του λειτουργήματος του ιατρικού επαγγέλματος είναι και η ανακούφιση του πόνου, ως οiwνός για κεφάλαια που θα ακολουθήσουν και που έχουν ως περιεχόμενο την αντιμετώπιση του ασθενή στο τέλος της ζωής του και στην ανακουφιστική ιατρική. Ο ελληνικός ΚΙΔ στο κεφάλαιο 2, στην παράγραφο 2 (N.3418/2005:1) θυμίζει ότι ο ιατρός πρέπει να τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, μια αναφορά που έχει συμβολικό χαρακτήρα με απήχηση στη διαχρονικότητα της ιατρικής δεοντολογίας.

Ο ΚΙΔ Νέας Ζηλανδίας (New Zealand Medical Association 2020: 2) δίνει μια άλλη διάσταση στο πλαίσιο των κανόνων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος: αναφέρει ότι ο ΚΙΔ αποτελεί ένα «κοινωνικό συμβόλαιο». Σε αυτό το συμβόλαιο η κοινότητα δείχνει την εμπιστοσύνη της στον ιατρό και ο ΚΙΔ αποτελεί το αντίβαρο, αφού δίνει τις γενικές κατευθύνσεις και οριοθετεί το επάγγελμα του ιατρού έτσι ώστε οι ασθενείς να προστατεύονται από πιθανή κατάχρηση αυτής της εμπιστοσύνης.

Σε άλλους διεθνείς ΚΙΔ, στο κεφάλαιο με τους γενικούς κανόνες άσκησης του επαγγέλματος, αναφέρονται οι θεμελιώδεις δεσμεύσεις του ιατρού που εξυπακούονται του ιατρικού επαγγέλματος, όπως είναι το καλύτερο συμφέρον του ασθενούς, η δικαιοσύνη, η επαγγελματική ακεραιότητα, η επαγγελματική αρτιότητα κτλ. (Canadian medical association 2018: 2).

Μια αναφορά που θα μπορούσε να ενσωματωθεί στον νέο ΚΙΔ Κύπρου, στο κεφάλαιο αυτό, είναι η ρητή δήλωση ότι η φροντίδα και η συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς πρέπει να γίνονται με απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη αξία και αξιοπρέπεια, όπως επίσης και στην αυτονομία και τα δικαιώματά του (World Medical Association 2022).

Προτείνεται, επίσης, στον νέο ΚΙΔ να αναφερθεί ότι η αξία του ανθρώπου είναι υποκειμενική για τον καθένα και ότι έχει διαφορετική σημασία σε διαφορετικές φάσεις και περιπτώσεις της ανθρώπινης ζωής (Παναγοπούλου-Κουτνατζή 2010:736), ως μια παράμετρος που θα διευκολύνει τον σεβασμό των αποφάσεων του ασθενούς, σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του και την επιθυμία του να θέσει όρια στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, στις οποίες θέλει να υποβληθεί.

Κάτι που, επίσης, αναφέρεται στον ΚΙΔ του Παγκόσμιου Ιατρικού συλλόγου και που πρέπει να αναφερθεί στον ΚΙΔ Κύπρου, μιας και έχουν ήδη αναφερθεί τα προβλήματα των καταχρήσεων, είναι ότι εν όψει του γεγονότος ότι ο προϋπολογισμός του ΓΕΣΥ είναι σφαιρικός και όχι ανεξάντλητος, ο ιατρός οφείλει να κατευθύνει τους ασθενείς για δίκαιη, συνετή και ισότιμη χρήση των υπηρεσιών υγείας και, συνεπώς, και των οικονομικών πόρων προς όφελος όλων των ασθενών (World Medical Association 2022).

### **4.3. Καθήκοντα προς τους ασθενείς**

Ο ΚΙΔ Κύπρου αναφέρεται συνοπτικά στα καθήκοντα του ιατρού προς τους ασθενείς στα άρθρα 5-8 (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991:4). Ανάμεσα σε άλλα, αναφέρει ότι ο ιατρός πρέπει να δείχνει ίση μέριμνα προς τους ασθενείς, αδιαφορώντας για την οικονομική και κοινωνική τους θέση, αλλά και για τα προσωπικά του αισθήματα απέναντί τους, ενώ επισημαίνει το δικαίωμα του ασθενή να αντικαταστήσει τον θεράποντα ιατρό με κάποιον άλλο ιατρό. Αναφέρεται, επιπρόσθετα, στο δικαίωμα του ιατρού να αρνηθεί υπηρεσία προς τον ασθενή, για λόγους που κρίνει ο ίδιος, με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά.

Αναλογιζόμενοι τα όσα έχουν αναφερθεί για τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή και την αλλαγή του ισοζυγίου δύναμης και κυριαρχίας μεταξύ των δύο με το πέρασμα του χρόνου, ο ΚΙΔ Κύπρου αφιερώνει πολύ λίγα κεφάλαια σε σχέση με τη σημαντικότητα και σπουδαιότητα αυτού του κεφαλαίου. Η σχέση ιατρού - ασθενούς αλλάζει συνεχώς με γοργούς ρυθμούς και το πατερναλιστικό μοντέλο με υπεροχή του ιατρού και «υποταγή» του ασθενούς αρχίζει να διαγράφεται και να αποτελεί ιστορικό γεγονός. Οι σύγχρονοι διεθνείς ΚΙΔ και η σύγχρονη ιατρική δεοντολογία προκρίνει την ισοτιμία μεταξύ ενός επιστημονικά και ηθικά ανεξάρτητου ιατρού και ενός αυτόνομου, ενημερωμένου και συναινούντος ασθενούς στη θεραπευτική σχέση μέσα στα πλαίσια μιας «θεραπευτικής συμμαχίας». Στη συμμαχία αυτή οι υποχρεώσεις του ιατρού είναι και δικαιώματα του ασθενούς, του προσώπου δηλαδή που έχει ανάγκη «αρωγής, συμπαράστασης, συμπάθειας και αγάπης»(Ανδρουλικάκη-Δημητριάδη 1972 :112).

Στον νέο ΚΙΔ Κύπρου, ο οποίος σαφώς και πρέπει να είναι πιο εκτεταμένος στο συγκεκριμένο θέμα, προτείνεται να τονιστεί ιδιαίτερα ότι η προστασία της αυτονομίας του ασθενούς έχει προτεραιότητα σε σχέση με την προστασία του ιατρικού επαγγέλματος (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ελλάδας 2015) και ακολούθως να προστεθούν μερικά από τα πιο κάτω:

Η σχέση του ιατρού - ασθενούς ξεκινά κατόπιν αυτονόητης, εκ των πραγμάτων, συγκατάθεσης, εφόσον αποτελεί επιλογή και των δύο πλευρών, ο ασθενής δηλαδή έχει επιλέξει τον ιατρό και ο ιατρός έχει συμφωνήσει να παρέχει τις υπηρεσίες του στον συγκεκριμένο ασθενή (French code of medical ethics 2013: 15). Μοναδικές εξαιρέσεις αποτελούν τα επείγοντα περιστατικά, η εξέταση προσώπου που βρίσκεται στη φυλακή με οδηγίες δικαστηρίου και η ανεξάρτητη ιατρική εξέταση.

Εφόσον ο γιατρός συμφωνήσει να εξετάσει ένα ασθενή (French code of medical ethics 2013:15), τότε πρέπει να το κάνει με προσοχή, με βάση τα επιστημονικά δεδομένα και με τη



βοήθεια άλλων επαγγελματιών υγείας, αν αυτό κρίνεται αναγκαίο και σκόπιμο. Η ιατρική φροντίδα πρέπει να είναι σύμφωνη με την τρέχουσα επιστημονική πρακτική και με τη βοήθεια και τη συνεργασία άλλων ιατρών της ίδιας ειδικότητας ή άλλων σχετικών ειδικοτήτων. Η σχέση ασθενούς - ιατρού είναι η καρδιά της άσκησης της ιατρικής (Canadian Medical Association 2018), και η συμπόνοια αποτελεί προϋπόθεση ανάπτυξης εμπιστοσύνης που θα βοηθήσει στη θεραπευτική διαδικασία.

Ο βρετανικός ΚΙΔ (GMC 2019-Good medical practice) χαρακτηρίζει το καθήκον του ιατρού προς τον ασθενή ως προσπάθεια δημιουργίας και διατήρησης συνεργασίας με τον ασθενή. Αυτή η συνεργασία μπορεί να επιτευχθεί με το «μοίρασμα των πληροφοριών» και τη λήψη απόφασης από κοινού, δηλαδή μεταξύ ασθενή και ιατρού, για το μέλλον του ασθενούς. Πληροφορίες όπως ποια είναι η κατάσταση της ασθένειας, ποιες είναι οι επιλογές θεραπείας, ποιες είναι οι πιθανότητες βελτίωσης ή επιδείνωσης, ποια είναι τα ρίσκα, ποιος είναι ο ρόλος του ιατρού στην ομάδα που τον φροντίζει πρέπει να έρχονται σε γνώση του ασθενή προς ενίσχυση της συνεργασίας του με τον ιατρό.

Ο ΚΙΔ Νοτίου Αφρικής (Allied Health Professions of South Africa. Board Notice 268 of 2015:1) διαχωρίζει τα καθήκοντα του ιατρού προς τους ασθενείς σε 4 κατηγορίες με κριτήρια: (1) το καλύτερο συμφέρον και την ευημερία του ασθενή, (2) τον σεβασμό των ασθενών, (3) την ενημέρωση των ασθενών και (4) τη συγκατάθεση των ασθενών. Οι πιο κάτω λεπτομερείς αναφορές που αφορούν τα καθήκοντα του ιατρού προς τον ασθενή αναφέρονται στον ΚΙΔ του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου και των ΚΙΔ Αυστραλίας, Αμερικής, Νέας Ζηλανδίας, Γαλλίας, Ελλάδας, Νοτίου Αφρικής, Καναδά και Βρετανίας.

#### **4.3.1. Τα καθήκοντα του ιατρού προς τον ασθενή με στόχο το καλύτερο συμφέρον του και την ευημερία του.**

Κύρια προτεραιότητα και πρώτιστο μέλημα του ιατρού είναι η ευημερία του ασθενή και η επιδίωξη των βέλτιστων συμφερόντων του μέσα στα πλαίσια μιας **αρμονικής σχέσης ιατρού- ασθενούς**.

Αν υπάρχει σύγκρουση απόψεων ιατρού - ασθενούς σε σχέση με τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις πεποιθήσεις που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα και την επιλογή των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει πληροφόρηση έτσι ώστε να μπορεί να επιλέξει άλλο θεράποντα ιατρό.

Ο ιατρός, λόγω των γνώσεών του, βρίσκεται σε θέση ισχύος έναντι του αδύναμου ασθενούς γι' αυτό και μπορεί να τον επηρεάσει και να τον χειραγωγήσει. Συνεπώς, πρέπει να είναι προσεκτικός έτσι ώστε η θέση αυτή να μην τυγχάνει κατάχρησης. Η σύναψη σεξουαλικών, οικονομικών, κοινωνικών ή ρομαντικών σχέσεων με τους ίδιους τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους απαγορεύεται.

Ο ιατρός πρέπει να τιμά την εμπιστοσύνη που του έδειξε ο ασθενής. Η ιατρική γνώμη πρέπει να είναι σαφής, ξεκάθαρη, ειλικρινής και κατανοητή από τον ασθενή και η πληροφόρηση πρέπει να είναι κατάλληλη και ανάλογη με το επίπεδο μόρφωσης και της προσωπικότητα του ασθενούς.

Ο ιατρός πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμος στον ασθενή και, σε περίπτωση που δεν είναι διαθέσιμος, να έχει γίνει ρύθμιση ώστε ο ασθενής να έχει πρόσβαση σε ιατρό αντικαταστάτη του. Το ζήτημα αυτό ήδη εφαρμόζεται στην Κύπρο μέσα στα πλαίσια του ΓΕΣΥ και επιβάλλεται ο διορισμός αντικαταστάτη, σε περίπτωση απουσίας του προσωπικού ιατρού και ενημέρωση επί τούτου με τηλεφωνικό μήνυμα στους ασθενείς.

Η άρνηση ή καθυστέρηση παροχής θεραπείας εκ μέρους του ιατρού που αφορά κατάσταση υγείας, στην οποία σκόπιμα ο ασθενής έχει προκαλέσει στον εαυτό του, απαγορεύεται.

Η κριτική εκ μέρους του ασθενούς προς τον ιατρό είναι καλοδεχούμενη και οι διαφορές πρέπει να επιλύονται εποικοδομητικά.

Ο ιατρός πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή ώστε να ενδιαφερθεί ο ίδιος για το πώς να διατηρήσει σε καλά επίπεδα την υγεία του.

Ο ασθενής έχει την υποχρέωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας με τρόπο συνετό, αναφορά που είναι ιδιαίτερα επίκαιρη με την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο, λόγω της αλόγιστης χρήσης των «δωρεάν» υπηρεσιών υγείας.

Η προσφορά δώρων είναι χαρακτηριστική στην κυπριακή κοινωνία (Constantinou 2010:33). Ο ιατρός μπορεί να αποδεχτεί δώρα χαμηλής αξίας, ενώ πρέπει να απορρίπτει δώρα μεγάλης αξίας που θα επηρεάσουν τη μελλοντική σχέση ασθενούς - ιατρού με οποιονδήποτε τρόπο.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να επιδεικνύεται στην ανακοίνωση των κακών νέων, ενώ πρέπει να ενθαρρύνεται η παρουσία συνοδών κατά τη διάρκεια εξέτασης των ασθενών.

Τα ζητήματα συνειδήσεως και προσωπικών απόψεων μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπευτική διαδικασία, κάτι που ο ασθενής οφείλει να το γνωρίζει, έτσι ώστε να έχει την

επιλογή και τη δυνατότητα να αλλάξει ιατρό. Ο ΚΙΔ Κύπρου, στο άρθρο 8, αναφέρει «ότι κάθε ιατρός δύναται να αρνηθεί υπηρεσία σε ασθενή, εξαιρουμένων περιπτώσεων επείγουσας ανάγκης ή ανθρωπιστικής βοήθειας», ενώ ο ελληνικός ΚΙΔ στο άρθρο 2 αναφέρει ότι ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μην μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις. Οι συνηθέστερες περιπτώσεις αντίρρησης συνείδησης αφορούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, την τεχνητή διακοπή κύησης και την ευθανασία, ενώ στις περιπτώσεις ανάνηψης ο ιατρός βρίσκεται μπροστά από δύο ευθύνες: την ποινική, αν δεν προχωρήσει σε ανάνηψη του ασθενούς, και την αστική, αν προχωρήσει σε ανάνηψη παρά τις προγενέστερες οδηγίες του. Πάντως, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ελλάδας έχει με σύσταση της κρίνει, ότι ο ιατρός δεσμεύεται να μην προχωρήσει σε ανάνηψη μόνο στην περίπτωση ανώφελους θεραπείας και ύπαρξης προγενέστερης οδηγίας για μη ανάνηψη (ΕΕΒ 2013).

Η συζήτηση για πολιτικά θέματα πρέπει να αποφεύγεται ή να γίνεται κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Ο ασθενής θα πρέπει να πληροφορείται την πιθανή σχέση του ιατρού με οργανισμούς, ιδρύματα κτλ. που ενδεχομένως οδηγεί σε σύγκρουση συμφερόντων.

#### **4.3.2. Τα καθήκοντα του ιατρού προς τον ασθενή με βασικό μέλημα τον σεβασμό του**

Ο ιατρός πρέπει να ασκεί την ιατρική και να αντιμετωπίζει τους ασθενείς με πλήρη σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την αυτονομία, την ιδιωτικότητα και τα δικαιώματά τους.

Η φροντίδα των ασθενών πρέπει να γίνεται με ευγένεια, με άμεση και πρόπουσα προσοχή, ως ανταπόδοση στην εμπιστοσύνη που έχουν δείξει σε αυτόν.

Η αντιμετώπιση των ασθενών πρέπει να είναι ίση, δίκαιη και ανεξάρτητη από τη θέση τους στην κοινωνία, την οικονομική τους κατάσταση, τα προσωπικά αισθήματα του ιατρού έναντί τους, το φύλο, το χρώμα, την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, τον τρόπο ζωής (lifestyle), την κουλτούρα, την ασθένεια ή την αναπηρία από την οποία πιθανόν να πάσχουν, την εθνικότητα και το λοιμώδες στάτους

τους (την ύπαρξη μεταδιδόμενης λοίμωξης ή όχι). Εδώ σημειώνεται ότι στο πλαίσιο αντιμετώπισης του ασθενούς με τη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης και αλγορίθμων μηχανικής μάθησης, θα πρέπει να επιδεικνύεται η δέουσα προσοχή γιατί έχει αποδειχθεί σε κάποιες περιπτώσεις η μεροληψία τους, σε σχέση με τα πιο πάνω ατομικά χαρακτηριστικά (Cossins 2018).

Εδώ φαίνεται ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας των σύγχρονων ΚΙΔ, αφού ο ιατρός πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον άνθρωπο σεβόμενος την αξιοπρέπειά του, ανεξάρτητα από την πολιτιστική του ταυτότητα, τις απόψεις που εκπροσωπεί και τις επιλογές που έχει κάνει. Κάτι που επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι, πλέον, οι κοινωνίες δεν είναι μονοσήμαντες και απρόσωπες, αλλά πολυπρόσωπες που αποτελούνται από ανθρώπους με διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με τις σχέσεις, την ασθένεια, τη ζωή και την υγεία. Τα πιο πάνω ισχύουν, βέβαια, και για την κυπριακή κοινωνία η οποία έχει αλλάξει άρδην τα τελευταία χρόνια, όχι μόνο λόγω των αυξημένων μεταναστευτικών ροών στο νησί, αλλά και λόγω αλλαγής της στάσης των Κυπρίων πολιτών σε ζητήματα διατροφής, γάμου, υγιεινής ζωής κτλ. ως αποτέλεσμα των επιρροών από το εξωτερικό.

Σύμφωνα με τους σύγχρονους ΚΙΔ, αλλά και την Οικουμενική Διακήρυξη για τη βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα σχετικά με την αυτονομία του ασθενή και τον πολιτικό φιλελευθερισμό (Andorno 2007: 150-154), ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για το μέλλον του και τη υγεία του μετά από κατάλληλη ενημέρωση με βάση τις δικές του αντιλήψεις, και αυτό πρέπει να γίνεται σεβαστό από την ιατρική κοινότητα.

Ο ασθενής έχει δικαίωμα στη δεύτερη γνώμη και ο ιατρός οφείλει, όχι μόνο να σέβεται το δικαίωμα αυτό, αλλά και να ενθαρρύνει τους ασθενείς για ελεύθερη επιλογή του προσωπικού ιατρού που θα τους φροντίζει, χωρίς συνέπειες στη μελλοντική τους σχέση.

Ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει τα όρια των γνώσεων και ικανοτήτων του, μέσα στο πλαίσιο της ειδικότητάς του, και οφείλει να παραπέμπει τους ασθενείς που πάσχουν από μια παθολογική κατάσταση, που ξεφεύγει των ικανοτήτων του, σε συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων. Μπορεί, επίσης, να αρνηθεί (χωρίς να υποστεί συνέπειες από τον ιατρικό σύλλογο) να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενείς (τερματίζοντας την σχέση του με τον ασθενή) που είναι ερειστικοί και απειλούν την σωματική του ακεραιότητα παραπέμποντάς τους σε άλλο ιατρό. Ο ιατρός πρέπει να διερευνήσει τους λόγους που ο ασθενής προβάλλει αυτή την συμπεριφορά.

Ο ιατρός, όταν εργάζεται σε νοσηλευτικές μονάδες, πρέπει να συμβάλλει έτσι ώστε το εργασιακό περιβάλλον να είναι ασφαλές για τους ασθενείς.

Ο ιατρός πρέπει να ακούει τους ασθενείς και να σέβεται τις απόψεις τους και το δικαίωμά τους να εμπλέκονται στις αποφάσεις που αφορούν τη δική τους φροντίδα και θεραπεία.

Ο ιατρός πρέπει να είναι φρουρός απέναντι σε οποιαδήποτε παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ασθενούς και δεν πρέπει να συμμετέχει σε οποιεσδήποτε ενέργειες που παραβιάζουν τα δικαιώματα του αυτά.

Ο ασθενής έχει την υποχρέωση να καταγγέλλει στα αρμόδια όργανα, ιατρικούς συλλόγους κτλ. συμπεριφορές από ιατρούς που, κατά τη γνώμη του, δεν συμβαδίζουν με την ιατρική δεοντολογία.

Ο ιατρός οφείλει να σέβεται το δικαίωμα του ασθενούς να απορρίψει οποιαδήποτε θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων και θεραπειών που θα τον συντηρήσουν στη ζωή.

Ο ιατρός πρέπει να σέβεται το δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί συμμετοχή σε έρευνα. Ο ασθενής, επίσης, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί συμμετοχή του στην εκπαιδευτική διαδικασία των φοιτητών. Τα πιο πάνω είναι σημαντικά και επίκαιρα στη νέα κυπριακή πραγματικότητα με την ίδρυση των ιατρικών σχολών και την αυξημένη εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα.

#### **4.3.3. Το καθήκον του ιατρού και η υποχρέωση του για ενημέρωση των ασθενών.**

Σε δύο ξεχωριστά άρθρα, το άρθρο 11 και το άρθρο 12, του Ελληνικού ΚΙΔ (Ν.3418/2005: 6-7) διαχωρίζεται η ενημέρωση από τη συναίνεση του ασθενή πριν από κάθε ιατρική πράξη και με αυτό τον τρόπο περιγράφεται η νομοθετική ρύθμιση στη νέα σχέση ιατρού-ασθενή. Στην διαδικασία λήψης απόφασης για το τι μέλλει γενέσθαι, που αφορά την υγεία του ασθενούς, το «πατερναλιστικό μοντέλο» αντικαθίσταται από το μοντέλο «συναίνεση ύστερα από ενημέρωση». Σε παλαιότερες εποχές, κυρίαρχο ήταν το πατερναλιστικό μοντέλο, κατά το οποίο ο ρόλος του ασθενούς ήταν παθητικός και στηριζόταν μόνο στην εμπιστοσύνη απέναντι στον ιατρό, ο οποίος ήταν κυρίαρχος και, κατά συνέπεια, είχε την εξουσία και την ευθύνη να επιτελέσει ιατρικές πράξεις με βάση το ιπποκρατικό «ωφελείν και μη βλάπτειν». Με το πέρασμα του χρόνου, το μορφωτικό επίπεδο των ανθρώπων

σημείωσε άνοδο και ο ασθενής άρχισε να έχει πιο ενεργό ρόλο στη σχέση του με τον ιατρό, προβάλλοντας το δικαίωμα για ενημέρωση για όλες τις παραμέτρους που αφορούν την υγεία του (διάγνωση, θεραπεία, κίνδυνοι κτλ.). Ο ασθενής είναι ο πιο αρμόδιος να αποφασίσει για την έκβαση της υγείας του και έχει την απαίτηση ώστε η προσωπικότητα και η αυτονομία του να γίνονται σεβαστές.

Στον Κυπριακό ΚΙΔ δεν αναφέρεται πουθενά η υποχρέωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης πριν από την οποιαδήποτε ιατρική πράξη, παρά μόνο στην περίπτωση αποκάλυψης πληροφοριών που αφορούν δεδομένα υγείας του ασθενή και στην περίπτωση της τεχνητή γονιμοποίησης με δωρεά σπέρματος.

Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να καλύπτει την ασυμμετρία πληροφόρησης έτσι ώστε να μειώνεται το χάσμα μεταξύ του ιατρού, που ξέρει, και του ασθενούς, που αγνοεί, έτσι ώστε να υπάρχουν δύο ίσα μέρη στην ιατρική σύμβαση.

Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται με φρόνηση και γνώμονα το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς (ορθολογικός μη παρεμβατικός πατερναλισμός). Στον ελληνικό ΚΙΔ στο άρθρο 11 παράγραφο 1 (Ν.3418/ 2005:6) αναφέρεται ότι ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή και η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και κατανοητή, να είναι δηλαδή κατάλληλη για τον ασθενή έτσι ώστε αυτός να έχει πλήρη εικόνα για την κατάστασή του για να μπορεί να αποφασίσει. Η πλήρης εικόνα, βέβαια, παραμένει ασαφής ως προς την ακρίβεια της καθ' ότι εξαρτάται από υποκειμενικά κριτήρια του ασθενούς, όπως είναι, για παράδειγμα, το επίπεδο μόρφωσής του.

Η υποχρέωση της ενημέρωσης συνάδει με το θετικό δικαίωμα του ασθενούς να έχει θετική διασφάλιση της ευρύτερης δυνατής ελευθερίας επιλογών, στοιχείο που εξυπακούει την προστατευόμενη έκφανση της προσωπικότητάς του και τον σεβασμό της αξιοπρέπειάς του (Ανδρουλικάκη-Δημητριάδη 1993:148). Ένας μη σωστά ενημερωμένος ασθενής στερείται του δικαιώματός του στον αυτοκαθορισμό και η μη σωστή συναίνεσή του συνιστά παράνομη προσβολή στην προσωπικότητά του.

Φορέας της ενημέρωσης είναι αποκλειστικά ο θεράπων ιατρός, ο οποίος είναι υπόχρεος στην εκπλήρωση της ενημέρωσης και διαφώτισης του ασθενή - αποδέκτη και κανένας άλλος.

Στην παράγραφο 2 του άρθρου 11 του ελληνικού ΚΙΔ(Ν.3418/2005:6) κατοχυρώνεται το «δικαίωμα άγνοιας», η αρνητική, δηλαδή, όψη του δικαιώματος ενημέρωσης που βρίσκει κανείς και στη σύμβαση του Οβιέδο (άρθρο 10) που, όπως έχει προαναφερθεί, έχει κυρωθεί

σε νόμο από τη Βουλή των Αντιπροσώπων της Κυπριακής Δημοκρατίας (Ν.31(III) του 2001). Αυτό δεν ισχύει αν ο ασθενής πάσχει από μια μολυσματική μεταδοτική νόσο, για την οποία θα πρέπει υποχρεωτικά να πληροφορείται, έτσι ώστε η νόσος να μην μεταδοθεί σε άλλους. Γενικά, ο ασθενής έχει δικαίωμα να γνωρίζει την κατάσταση της υγείας του, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές, το ρίσκο, το πιθανό όφελος, το κόστος και τις πιθανές συνέπειες της κάθε μιας από αυτές, εκτός στις περιπτώσεις που αυτό θα πλήξει τα βέλτιστα συμφέροντά του. Η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και κατανοητή και με τρόπο που καταλαβαίνει ο ασθενής ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσής του και διακρίνεται σε τρία είδη (Λασκαρίδης 2012:130):(1)τη γενική, (2)τη θεραπευτική με στόχο την προστασία του έννομου αγαθού της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του ασθενούς, (3) τη «νομιμοποιητική», με σκοπό την προστασία του έννομου αγαθού της ελευθερίας, της αξιοπρέπειας και του αυτοκαθορισμού του ασθενούς. Τα πιο πάνω είδη ενημέρωσης μπορεί να αλληλοσυμπληρώνονται, ενώ η ενημέρωση του ασθενούς μπορεί να περιλαμβάνει και άλλα ζητήματα, όπως είναι η αμοιβή του ιατρού, η ανακοίνωση κακών νέων για την πιθανολογούμενη έκβαση της υγείας κτλ.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποκαλούμενα έγγραφα συγκατάθεσης που χρησιμοποιούνται ήδη στην Κύπρο, με βάση τη νομοθεσία, πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση αποτελούν αποδεικτικό μέσο υπέρ του ιατρού ότι έγινε τουλάχιστον σοβαρή προσπάθεια ενημέρωσής του.

Στον νέο ΚΙΔ Κύπρου θα πρέπει να αναφερθούν και οι εξαιρέσεις στην ενημέρωση σε σχέση με την ανικανότητα ή την περιορισμένη ικανότητα αντίληψης του ασθενούς κατά τις οποίες η ενημέρωση γίνεται στον βαθμό που είναι εφικτή. Τέτοιες περιπτώσεις είναι όταν ο ασθενής πάσχει από ψυχική ασθένεια (με βάση το θεραπευτικό πρόνομο και τη στάθμιση των συμφερόντων του), όταν ο ασθενής είναι ανήλικος και όταν ο ασθενής παραιτείται του δικαιώματος για ενημέρωση, οπότε η υποχρέωση ενημέρωσης μεταφέρεται σε άλλα πρόσωπα (γονείς, οικείους κτλ.).

#### **4.3.4. Το καθήκον του ιατρού για λήψη συγκατάθεσης από τον ασθενή πριν από την διενέργεια ιατρικών πράξεων.**

Η συναίνεση του ασθενούς μετά από ενημέρωσή του πριν από κάθε ιατρική πράξη αποτελεί νεωτερικό στοιχείο της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Ο ΚΙΔ Κύπρου δεν αναφέρεται καθόλου στη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς (ΣΕΑ).

Ο ελληνικός ΚΙΔ στο άρθρο 12 (Ν.3418/2005:6) επιτάσσει τη συναίνεση του ασθενή πριν την εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης.

Ο σεβασμός στην αυτονομία και αυτοδιάθεση για την λήψη αποφάσεων που αφορούν τη δική του υγεία είναι εκ των ουκ άνευ και αδιαπραγμάτευτο δικαίωμα του ασθενούς. Συνεπώς, ο ασθενής έχει δικαίωμα στην άρνηση συγκατάθεσης ή στην απόσυρση συγκατάθεσης σε οποιαδήποτε στιγμή της θεραπευτικής διαδικασίας. Η επικοινωνία πρέπει να είναι αποτελεσματική και η ενημέρωση για εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής εξέταση εκτενής. Πρέπει να λαμβάνεται συγκατάθεση για όλες τις ιατρικές πράξεις που αφορούν τη θεραπεία του ασθενή, την κλινική του εξέταση, τη συμμετοχή του σε έρευνα, τη χρήση στοιχείων και προσωπικών δεδομένων της υγείας του για εκπαιδευτικούς σκοπούς ή αποκάλυψη πληροφοριών που τον αφορούν σε τρίτους. Η συγκατάθεση των ασθενών είναι αυτονόητη και για ιατρικές πράξεις που έχουν αποφασιστεί με χρήση της τεχνητής νοημοσύνης. Στο ζήτημα αυτό, ο ασθενής θα πρέπει να έχει ενημερωθεί όσο αυτό είναι δυνατόν για τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες της εν λόγω τεχνολογίας, καθώς είναι δύσκολα κατανοητή ακόμη και για τους ιατρούς (αλγόριθμοι «μαύρου κουτιού») και να δώσει συγκατάθεση για τη χρήση ή τη μη χρήση της. Ουσιαστικά, πρόκειται για ιδιόρρυθμη συγκατάθεση, αφού δεν υπάρχει διάλογος πρόσωπο με πρόσωπο, αλλά ενός προσώπου, του ασθενούς, με μια εφαρμογή τεχνητής νοημοσύνης (Klugman 2018:38-47). Στο ενδεχόμενο κακής έκβασης της υγείας του ασθενούς, βέβαια, προκύπτουν ερωτήματα όσον αφορά το ποιος έχει την τελική ευθύνη, ο ιατρός ή ο κατασκευαστής;

Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί και να αποδεχτεί θεραπευτικές πράξεις από φοιτητές ιατρικής, ειδικευόμενους και άλλους εκπαιδευόμενους κάτω από την επίβλεψη ειδικού ιατρού, στοιχείο σημαντικό στα νέα δεδομένα που έχουν δημιουργηθεί στην Κύπρο λόγω της ίδρυσης των ιατρικών σχολών.

Ο Αμερικάνικος ΚΙΔ στο κεφάλαιο 2 (AMA 2017) με θέμα «γνώμη για τη συγκατάθεση, επικοινωνία και διαδικασία λήψης απόφασης» θέτει σειρά εξειδικευμένων περιπτώσεων στις οποίες η πληροφόρηση και η συγκατάθεση δεν είναι πλήρως εφικτή με αποτέλεσμα να προκύπτουν σοβαρά ηθικά προβλήματα στην αντιμετώπιση των ασθενών. Μερικές από τις περιπτώσεις αυτές είναι: (1) Η ενημέρωση και η συγκατάθεση ασθενών



που λόγω της κατάστασής τους δεν είναι σε θέση να ενημερωθούν και να δώσουν συγκατάθεση (για παράδειγμα τα άτομα με άνοια), (2) Η χρήση εικονικών φαρμάκων στην κλινική έρευνα, (3) Η ανακοίνωση αποτελεσμάτων κλινικών εξετάσεων, (4) Η ενημέρωση και η συγκατάθεση ανηλίκων, (5) Η διαχείριση του αιτήματος για άμβλωση από ανήλικο κορίτσι ή τους γονείς του, (6) Το θεραπευτικό πλάνο για βαρέως πάσχοντα νεογνά, (7) Οι γενετικές εξετάσεις σε παιδιά που μπορεί να βλάψουν τα βέλτιστα μελλοντικά τους συμφέροντα και την αυτονομία τους.

Όσον αφορά το 1<sup>ο</sup> ειδικό ζήτημα, για το οποίο κάνει λόγο ο Αμερικάνικος ΚΙΔ, ο ΚΙΔ του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA 2022) αναφέρει ότι ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται με τους οικείους ή τους αντιπροσώπους του ασθενή που γνωρίζουν τις επιθυμίες και τις απόψεις του, οπότε η τελική απόφαση θα είναι σύμφωνη με την προγενέστερη αυτονομία του. Εδώ φαίνεται και η σημασία των οικείων, όπως αυτή έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Συνεπώς, τα πιο πάνω που αναφέρονται στην πληροφόρηση και στη συναίνεση του ασθενούς πριν από κάθε ιατρική πράξη θα πρέπει να ενσωματωθούν σε ξεχωριστό κεφάλαιο με αναλυτικό, μάλιστα, τρόπο έτσι ώστε ο νέος ΚΙΔ Κύπρου να μπορεί στο μείζον αυτό ζήτημα να μπορεί να ανταποκριθεί, με βάση τα νέα δεδομένα που έχουν δημιουργηθεί προς όφελος, όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των ιατρών προς αποφυγή πειθαρχικών, αστικών ή και ποινικών κυρώσεων.

#### **4.4. Καθήκοντα του ιατρού απέναντι στον εαυτό του.**

##### **4.4.1. Σε σχέση με την υγεία και την επάρκεια του**

Στον ΚΙΔ Κύπρου δεν αναφέρονται καθόλου τα καθήκοντα του ιατρού προς τον εαυτό του (σε σχέση με την υγεία και την επάρκεία του), η παράλειψη των οποίων μπορεί, υπό περιστάσεις, να έχει αντίκτυπο στην υγεία και στα βέλτιστα συμφέροντα των ασθενών.

Τέτοια καθήκοντα, σύμφωνα με διεθνείς ΚΙΔ, μπορεί να είναι:

- Πρώτιστο καθήκον και υποχρέωση του ιατρού είναι η φροντίδα της δικής του υγείας, έτσι ώστε να είναι συνεχώς σε «φόρμα» για να ασκεί την ιατρική (New Zealand Medical Association 2020: 5).

- Να έχει ο ίδιος προσωπικό ιατρό και να μην είναι ο θεράπων ιατρός του εαυτού του ή μελών της οικογένειάς του, παρά μόνο σε επείγουσες καταστάσεις ή για μικρού μεγέθους προβλήματα (New Zealand Medical Association 2020: 5).
- Να έχει επίγνωση του ρίσκου της αυτοδιάγνωσης και αυτοθεραπείας και να ζητά ανεξάρτητη και αντικειμενική εκτίμηση της κλινικής του κατάστασης.
- Να μπορεί να αντιληφθεί τότε η υπερβολική εργασία του προκαλεί κούραση με αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς του, έτσι ώστε να περιορίσει τις ώρες εργασίας του.
- Να μπορεί να διαπιστώσει ότι η πιθανή πάθηση, από την οποία μπορεί να πάσχει, επηρεάζει την ιατρική του κρίση έτσι ώστε να αναζητήσει βοήθεια και εναλλακτικές λύσεις (Canadian Medical Association 2018: 6).
- Ένα άλλο καθήκον που έχει ο ιατρός απέναντι στον εαυτό του είναι το θέμα του υποχρεωτικού εμβολιασμού του για «επικίνδυνα νοσήματα» που μπορεί να μεταδώσει στους ασθενείς του (General Medical Council 2019: 12). Έτσι εξηγούνται και τα προβλήματα που προέκυψαν στο ζήτημα της πανδημίας του κορονοϊού, όπου σε διάφορες χώρες επαγγελματίες υγείας έχασαν προσωρινά τη δουλειά τους, λόγω άρνησής τους για εμβολιασμό.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι μέσα στο πλαίσιο της εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας, ενώ αρχικά ο αριθμός των εξεταζόμενων ασθενών και εξετάσεων κατά ημέρα από ειδικούς ιατρούς ήταν ανεξέλεγκτος, στη συνέχεια αυτό άλλαξε αφού τέθηκαν τα ανώτερα όρια αριθμού επισκέψεων ασθενών ανά ειδικότητα. Για παράδειγμα, σήμερα ένας παιδοκαρδιολόγος δεν μπορεί να εξετάσει περισσότερους από 15 ασθενείς ημερησίως, με την έννοια ότι δεν μπορεί να λάβει αμοιβή από το ΓΕΣΥ για περισσότερους ασθενείς. Επίσης, εν όψει των πιο πάνω υπάρχει αμφιβολία κατά πόσο το ανώτερο όριο των 2500 ασθενών που μπορεί να είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα ενός προσωπικού ιατρού εξυπηρετεί τα συμφέροντά τους, καθώς, εκ των πραγμάτων, λόγω μειωμένου διαθέσιμου χρόνου ή υπερβολικού αριθμού ωρών εργασίας είναι εξαιρετικά δύσκολο οι ασθενείς αυτοί να λάβουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Πόσο μάλλον δε, όταν πρέπει να διαδραματίσουν τον σημαντικό τους ρόλο, όπως τον περιγράφουν και οι σύγχρονοι διεθνείς ΚΙΔ σε σχέση με τον προγραμματισμό του τέλους της ζωής κτλ., διαδικασίες, δηλαδή, που χρειάζονται πολύ χρόνο για διεκπεραίωσή τους.

Ένα άλλο ζήτημα που προκύπτει είναι το όριο ηλικίας, πέραν από το οποίο θα πρέπει να απαγορεύεται η χορήγηση άδειας εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, λόγω της ενδεχόμενης μείωσης στην ικανότητα κρίσης του ιατρού και αδυναμίας συνολικής αντιμετώπισης του ασθενούς. Κάτι που, επίσης, πρέπει να εξετάζεται μέσα στο πλαίσιο του καθήκοντος του ιατρού απέναντι στον εαυτό του είναι το ενδεχόμενο οι ιατροί μεγάλης ηλικίας να εξετάζονται και να προσκομίζουν πιστοποιητικό υγείας πριν τη συνέχιση χορήγησης άδειας εξασκήσεως του επαγγέλματος από τον Ιατρικό Σύλλογο, όπως ακριβώς γίνεται για τη χορήγηση άδειας οδήγησης.

#### **4.4.2. Συνεχιζόμενη Ιατρική εκπαίδευση (ΣΙΕ)**

Ο ΚΙΔ Κύπρου δεν κάνει καμιά αναφορά στο θέμα της Συνεχιζόμενης δια βίου Ιατρικής Εκπαίδευσης και ενημέρωσής του σε σχέση με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του. Ο ΚΙΔ Ελλάδας στο άρθρο 10 (Ν. 3418/2005: 5) αναφέρει ότι ο ιατρός έχει υποχρέωση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, όχι μόνο για ανανέωση των ιατρικών γνώσεων, αλλά και των κλινικών δεξιοτήτων και των ικανοτήτων συνεργασίας σε ομάδα έτσι ώστε να εξασφαλίζεται αξιοπρεπής και αποτελεσματική φροντίδα του ασθενή. Είναι, επίσης, σημαντικό να αναφερθεί ότι στο ίδιο άρθρο αναφέρεται ότι η άσκηση της ιατρικής πρέπει να γίνεται με «γενικά παραδεκτούς κανόνες ιατρικής επιστήμης» και όχι με τους ισχύοντες, αφαιρώντας με αυτό τον τρόπο την στατική εκπαίδευση και αντικαθιστώντας την με τη δυναμική, με κανόνες δηλαδή συνεχώς μεταβαλλόμενους και διαμορφωμένους. Η υποχρέωση του ιατρού για συνεχή ιατρική εκπαίδευση περιλαμβάνει και τα θέματα διοίκησης μονάδων υγείας, έρευνας, εκπαίδευσης φοιτητών ιατρικής και κανονισμού άσκησης της ιατρικής και επίβλεψης για βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ότι ο ιατρός πρέπει να επιδιώκει την εκπαίδευση και ενημέρωσή του σε νέες τεχνολογίες, όπως είναι η τεχνητή νοημοσύνη έτσι ώστε να διατηρείται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα στα πλαίσια της προόδου και των νέων επιστημονικών ανακαλύψεων (π.χ. ρομποτική χειρουργική)

Συμπερασματικά, με βάση τα πιο πάνω, στον νέο ΚΙΔ Κύπρου θα πρέπει να προστεθεί ολόκληρο κεφάλαιο που θα αφορά το καθήκον του ιατρού προς τον εαυτό του, με σκοπό τη

διατήρηση της επάρκειάς του τόσο σε θέματα υγείας όσο και σε θέματα γνώσεων και ικανοτήτων.

## **4. 5. Καθήκοντα προς τους συναδέλφους**

Στα άρθρα 33 με 40 ο ΚΙΔ Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991: 9-10) αναφέρεται στα καθήκοντα του ιατρού προς τους συναδέλφους του. Ανάμεσα σε άλλα, αναφέρεται στις αρμονικές σχέσεις που πρέπει να υπάρχουν μεταξύ των ιατρών και στην αгаστή και σωστή συνεργασία που πρέπει να υπάρχει μεταξύ τους. Αναφέρεται, επίσης, στην ηθική υποχρέωση που πρέπει να έχει ο κάθε ιατρός να υποστηρίζει την επαγγελματική αξιοπρέπεια των συναδέλφων του και στο γεγονός ότι πρέπει να απευθύνεται στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, όταν έρθουν εις γνώση του φήμες που αφορούν κατηγορίες για βλάβη της υγείας ασθενών εναντίον συναδέλφων. Επιπρόσθετα, αναφέρει ότι οι όποιες διαφορές μεταξύ ιατρών θα πρέπει να επιλύονται σε επίπεδο ιατρικού συλλόγου.

Δεοντολογικά η δημόσια δυσφήμιση ιατρού εις βάρος συναδέλφου (Australian Medical Association 2016) είναι αυτονόητο ότι απαγορεύεται. Αν αναφερθεί, για παράδειγμα, ότι ένας ιατρός «είναι ακριβός» και χρεώνει ακριβά τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει ή ότι είναι μικρός σε ηλικία, και άρα άπειρος, τότε αυτό προσβάλλει την προσωπικότητα και την υπόληψή του. Μια επίκαιρη δυσφήμιση που απασχολεί όλους τους προσωπικούς ιατρούς στην Κύπρο που είναι ενταγμένοι στο ΓΕΣΥ είναι η αναφορά ότι συνάδελφος εκδίδει πολλά παραπεμπτικά ή το αντίθετο, ότι δηλαδή δύσκολα παραπέμπει ασθενείς σε άλλες ειδικότητες. Εδώ προκύπτει μια μεγάλη ανάγκη, η ανάγκη προάσπισης του υψηλού κύρους του ιατρικού λειτουργήματος και της τήρησης βασικών δεοντολογικών κανόνων σε επίπεδο συναδέλφων για αποφυγή ανταγωνιστικών αθέμιτων συμπεριφορών που έχουν ως μοναδικό σκοπό, «με κάθε τίμημα», το οικονομικό κέρδος και όχι το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς.

Στο σχετικό θέμα αναφέρεται ο ΚΙΔ Ελλάδας στο άρθρο 21 (N.3418/2005:12). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παράγραφος 4 όπου γίνεται αναφορά στις άριστες σχέσεις που πρέπει να έχει ο ιατρός, όχι μόνο με τους συναδέλφους ιατρούς, αλλά και με το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό με στόχο τη διαφύλαξη του συμφέροντος του χρήστη υπηρεσιών υγείας, ένα στοιχείο που πρέπει να ενσωματωθεί στον νέο ΚΙΔ Κύπρου. Για τον ίδιο ακριβώς

λόγο, διεθνείς ΚΙΔ επισημαίνουν ότι ο ιατρός πρέπει να αναφέρει στα αρμόδια όργανα πιθανή ανεπάρκεια συναδέλφων του για την προστασία των συμφερόντων του ασθενούς.

Στο ίδιο θέμα αναφέρεται και ο Καναδικός ΚΙΔ, ο οποίος περιλαμβάνει στον όρο συνάδελφοι όλους τους «μαθητευόμενους», δηλαδή τους ειδικευόμενους, τους φοιτητές ιατρικής κτλ. όπως επίσης και όλα τα μέλη της ομάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι οι νοσηλευτές και οι φυσιοθεραπευτές (Canadian Medical Association 2018:6).

Άλλα ζητήματα που αναφέρονται σε διεθνείς ΚΙΔ και θα μπορούσαν να προστεθούν στον νέο ΚΙΔ Κύπρου είναι:

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους συναδέλφους πρέπει να είναι οι ίδιες ποιοτικά όπως και με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Απαγορεύεται η υφαρπαγή ασθενών από άλλο ιατρό. Το ζήτημα αυτό είναι επίκαιρο, όπως έχει προαναφερθεί, με την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο αφού παρουσιάστηκαν φαινόμενα προσωπικών ιατρών δύο κατηγοριών. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι προσωπικοί ιατροί που «δεν χαλούν χατίρι» στον ασθενή και εκδίδουν όσα παραπεμπτικά ζητήσει και στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι προσωπικοί ιατροί που δεν παραπέμπουν τους ασθενείς σε συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, παρά μόνο όταν χρειάζεται. Και εδώ ακριβώς έχουμε υφαρπαγή ασθενών από τους ιατρούς της πρώτης κατηγορίας από τους ιατρούς της δεύτερης κατηγορίας με κατάφορη υποβάθμιση του κύρους του ιατρικού λειτουργήματος.

Ο ιατρός έχει ευθύνη να προάγει με την συμπεριφορά του θετικό κλίμα και δημιουργία κουλτούρας, ευκαιριών ηγεσίας και μέντορα σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης και άσκησης της ιατρικής.

Ο ιατρός οφείλει να προάγει τη συνεργασία μεταξύ των ιατρών και την προσφορά υπηρεσιών υγείας μέσα στα πλαίσια της ομάδας με την οποία θα μοιράζεται την ευθύνη απέναντι στον ασθενή.

Ο ιατρός έχει την υποχρέωση να βοηθά συναδέλφους του που είναι σε στρες ή που για οποιονδήποτε λόγο δεν είναι σε θέση να ασκούν σωστά την ιατρική γιατί ακριβώς η ασφάλεια των ασθενών πάντα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητά του (New Zealand Medical Association 2020: 5). Θα πρέπει επίσης για τους ίδιους λόγους να αναφέρει στην διοίκηση του νοσοκομείου, ή στον ιατρικό σύλλογο περιστατικά που έχουν περιέλθει στην αντίληψη του και που έχουν σχέση με εκφοβισμό (bulling) συναδέλφων (Australian Medical Association 2016).

Τέλος, ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί η αναφορά του ΚΙΔ Νοτίου Αφρικής, ότι ο ιατρός δεν πρέπει να κάνει άδικες διακρίσεις απέναντι σε συναδέλφους με κριτήριο το φύλο, το χρώμα, την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, τον τρόπο ζωής (lifestyle), την κουλτούρα, την ασθένεια ή την αναπηρία από την οποία πιθανόν να πάσχουν, την εθνικότητα κτλ. (Allied Health Professions of South Africa 2015:15), όσα δηλαδή ισχύουν και για τη σχέση του ιατρού-ασθενούς.

#### **4.6. Καθήκοντα του ιατρού προς την κοινωνία**

Μερικοί ΚΙΔ έχουν ξεχωριστά κεφάλαια που έχουν ως θέμα τη σχέση του ιατρού με την κοινωνία, ενώ ο κυπριακός ΚΙΔ (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991:2) δεν αναφέρεται στο συγκεκριμένο θέμα παρά μόνο στο άρθρο 3, όπου επισημαίνεται ότι «ο ιατρός οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ευυπόληπτου πολίτη σε όλες τις εκδηλώσεις του ιδιωτικού και δημόσιου βίου του», τονίζοντας περισσότερο ότι ο ιατρός είναι κοινωνικό ον, στο πρόσωπο του οποίου εκπροσωπείται η ιατρική επιστήμη. Στον ελληνικό ΚΙΔ αναφέρεται ανάμεσα σε άλλα ότι ο ιατρός έχει καθήκον στην προαγωγή της δημόσιας υγείας (Ν.3418/2005:9). Συνεπώς, ο ιατρός έχει υποχρέωση να υποστηρίζει το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, προβάλλοντας την υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα είτε αυτά είναι προληπτικά (αποτροπή βλάβης) είτε κατασταλτικά (αποκατάσταση της υγείας).

Ο ΚΙΔ Αυστραλίας (Australian Medical Association 2016) διαχωρίζει το καθήκον του ιατρού προς την κοινωνία σε 6 κατηγορίες όπως παρατίθενται παρακάτω:

##### **4.6.1 Ο ιατρός πρέπει, κατά την άσκηση της ιατρικής, να λειτουργεί με επαγγελματική αυτονομία και ανεξαρτησία**

Ο ιατρός πρέπει να διατηρεί την επαγγελματική του αυτονομία και την ανεξαρτησία του στην άσκηση της ιατρικής και να μένει ανεπηρέαστος από επιρροές άλλων μεμονωμένων ατόμων, της κυβέρνησης ή άλλων τρίτων μερών (π.χ. ασφαλιστικές εταιρείες).

Πρέπει να αποφεύγεται οποιαδήποτε συνεργασία με συναδέλφους ή οποιοδήποτε οργανισμό αν αυτή η συνεργασία επηρεάζει με οποιοδήποτε τρόπο την επαγγελματική αυτονομία του ιατρού.

Ο ιατρός έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την παροχή υπηρεσιών όταν θεωρεί ότι είναι επαγγελματικά ανήθικες, όταν στρέφονται εναντίον της συνείδησής του ή που αποσκοπούν μόνο στο οικονομικό κέρδος και δεν εξυπηρετούν τα καλύτερα συμφέροντα του ασθενή.

Ο ιατρός πρέπει να ενημερώνει τις αρμόδιες αρχές (Υπουργείο Υγείας, Ιατρικούς Συλλόγους κτλ.) όταν το επαγγελματικό περιβάλλον στο οποίο εργάζεται αποτελεί απειλή για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

#### **4.6.2 Άσκηση της ιατρικής με τα ελάχιστα αναγκαία (standards), όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια παροχής υπηρεσιών υγείας**

Ο ιατρός πρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες εκτίμησης κινδύνου, διασφάλισης ποιότητας και βελτίωσης των υπηρεσιών παροχής υγείας.

Ο ιατρός πρέπει να είναι προσεκτικός όταν προβαίνει σε σχόλια δημοσίως για ιατρικά θέματα και σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρει ότι η άποψή του είναι προσωπική ή ότι η άποψή του στηρίζεται σε τεκμηριωμένη ιατρική πληροφορία (evidence-based scientific information).

#### **4.6.3 Άσκηση της ιατρικής κάτω από επίβλεψη**

Ο ιατρός πρέπει να αποφεύγει τις καταχρήσεις και τις οικονομικές σπατάλες στο σύστημα υγείας και πρέπει να χρησιμοποιεί τις γνώσεις του και τις ικανότητές του και να συμβουλεύει αυτούς που είναι υπεύθυνοι για τον διαμοιρασμό των πόρων υγείας.

Ο ιατρός πρέπει να ασκεί ή να υπόκειται σε ικανοποιητική επίβλεψη στην κλινική πρακτική ή κατά τη διεξαγωγή έρευνας.

#### **4.6.4 Άσκηση της ιατρικής με ιατρονομική ευθύνη**

Ο ιατρός έχει ιατρική και νομική ευθύνη για την ακρίβεια των πληροφοριών που περιέχονται στα ιατρικά πιστοποιητικά και βεβαιώσεις που εκδίδει, και πρέπει όταν του ζητηθεί να παρέχει με αμεροληψία, κάθε δυνατή βοήθεια στα δικαστήρια.

#### **4.6.5 Διαφύλαξη των υπηρεσιών υγείας**

Ο ιατρός πρέπει να είναι φρουρός της οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, συμβάλλοντας στην αποφυγή των καταχρήσεων και στην εξοικονόμηση οικονομικών πόρων για τις μελλοντικές ανάγκες των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, η οικονομική παράμετρος δεν πρέπει να αποβαίνει σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει με τις γνώσεις του και να συμβουλεύει τα κέντρα λήψης αποφάσεων για τη δίκαιη και ισότιμη κατανομή των οικονομικών πόρων, πάντα κάτω από διαφανείς διαδικασίες.

#### **4.6.6. Ανθρώπινα δικαιώματα και ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας**

Ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει με οποιοδήποτε τρόπο στη βελτίωση της ποιότητας και της καλύτερης πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Ο ιατρός απαγορεύεται να συμμετέχει σε βασανιστήρια, σε απάνθρωπες, εξευτελιστικές και σκληρές ιατρικές πράξεις.

Επιπρόσθετα με τα πιο πάνω, και σε σχέση με τις υποχρεώσεις του ιατρού απέναντι στην κοινωνία σε άλλους διεθνείς ΚΙΔ, αναφέρεται ότι ο ιατρός πρέπει να λειτουργεί με τρόπο έτσι ώστε να μην αποδυναμώνεται η εμπιστοσύνη του κοινού προς το επάγγελμα του ιατρού. Επιπλέον, αναφέρεται ότι ο ρόλος του ιατρού είναι πολύ σημαντικός στην προαγωγή της δημόσιας υγείας γι' αυτό και πρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που έχουν σαν θέμα την εκπαίδευση του κοινού σε θέματα προστασίας και βελτίωσης της υγείας, όχι μόνο της παρούσας γενεάς αλλά και των μελλοντικών, όπως επίσης και στη λήψη μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

Προτείνεται στον νέο ΚΙΔ Κύπρου να τονιστεί ο ρόλος που πρέπει να διαδραματίζει ο ιατρός απέναντι στην κοινωνία με αναφορές σε όσα έχουν αναφερθεί πιο πάνω και ειδικότερα σε σχέση με τη σωστή λειτουργία του ΓΕΣΥ. Εδώ πρέπει να σημειωθεί πόσο



σημαντικός και αναγκαίος είναι ο διορισμός ιατρών στα κέντρα λήψης αποφάσεων που αφορούν τη λειτουργία και οργάνωση του νέου ΓΕΣΥ στην Κύπρο.

#### **4. 7. Επαγγελματικό – ιατρικό απόρρητο**

Το ιατρικό απόρρητο και ο σεβασμός σε αυτό, αποτελεί μια από τις παλαιότερες δεοντολογικές αρχές και περιγράφεται σε όλους τους Κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας καθώς και στον Όρκο του Ιπποκράτη. Ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών κατοχυρώνεται, άλλωστε, και από διεθνή κείμενα και διακηρύξεις όπως είναι η διακήρυξη της Γενεύης το 1948, η διακήρυξη της Λισσαβόνας το 1981 και η Σύμβαση του Οβιέδο ( άρθρο 10 και παράγραφος 1) (Ντουράκη 1991:632).

Ο λόγος της ανάγκης προστασίας του ιατρικού απορρήτου, είναι ότι οι πληροφορίες αυτές αφορούν τον πυρήνα της ιδιωτικότητας και αφορούν αυστηρά την προσωπική ζωή του κάθε ανθρώπου, η οποία πρέπει να είναι απροσπέλαστη. Έτσι, διατηρείται η αυτονομία του ασθενούς γιατί μια πιθανή αποκάλυψη πληροφοριών που τον αφορούν, μπορεί να οδηγήσει σε στιγματισμό και διακρίσεις και συνεπώς περιορισμό στις επιλογές του. Ένας άλλος λόγος για το άβατο του ιατρικού απορρήτου, έχει να κάνει με τα όσα έχουν προαναφερθεί και που αφορούν τη σχέση εμπιστοσύνης ιατρού και ασθενούς και την υποχρέωσή του να προστατεύει και τη δημόσια υγεία όταν ο ασθενής πάσχει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα. Όταν ο ασθενής εμπιστεύεται τον ιατρό ότι δεν θα το αποκαλύψει σε τρίτους, τότε το αναφέρει στον ιατρό του και με τον τρόπο αυτό λαμβάνει τις κατάλληλες συμβουλές για θεραπεία και αποφυγή μετάδοσης του νοσήματος και, με αυτό τον τρόπο, προστατεύεται και η δημόσια υγεία.

Στο κεφάλαιο 3 ο ΚΙΔ Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991: 4) αναφέρεται στο επαγγελματικό απόρρητο. Ανάμεσα σε άλλα αναφέρει ότι ο ασθενής εμπιστεύεται τον ιατρό και του δίνει όλες τις πληροφορίες, για να τον διευκολύνει στη διάγνωση και θεραπεία με τη βεβαιότητα πως αυτός θα τηρήσει απόλυτη εχεμύθεια. Μόνο με τη συγκατάθεση του ασθενούς ο ιατρός μπορεί να αποκαλύψει αυτές τις πληροφορίες. Η εχεμύθεια ισχύει και για τους βοηθούς του ιατρού, ενώ οι ιατρικές πληροφορίες για τον ασθενή πρέπει να δίνονται σε άλλο ιατρό εφόσον ο ασθενής το ζητήσει, ενώ μπορεί να αποκαλυφθούν σε συνέδρια, περιοδικά, ασφαλιστικές εταιρείες, κτλ. μόνον όταν υπάρχει έγγραφη συγκατάθεση.

Αίσθηση προκαλεί η αναφορά της δεοντολογικής προστασίας του ιατρικού απορρήτου έναντι της εντολής από το δικαστήριο αναφέροντας ο ιατρός μπορεί να αρνηθεί να δώσει πληροφορίες για τον ασθενή, αν είναι διατεθειμένος να υποστεί τις συνέπειες του νόμου. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η αναφορά στην αυξανόμενη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και τον κίνδυνο παραβίασης του ιατρικού απορρήτου.

Λόγω της εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας υπάρχει μεγάλος κίνδυνος παραβίασης του ιατρικού απορρήτου, καθώς όλες οι διαδικασίες γίνονται μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών και όλα τα δεδομένα υγείας ολόκληρου του πληθυσμού βρίσκονται στους ηλεκτρονικούς φακέλους στο συγκεκριμένο σύστημα ως μια ενιαία μεγάλη βασική μεγάλων δεδομένων (big data). Εν όψει του γεγονότος αυτού και με βάση όσα αναφέρουν σύγχρονοι διεθνείς ΚΙΔ, και ειδικότερα ο ΚΙΔ Αμερικής (AMA 2017), ο οποίος αναφέρεται εκτενώς στην «γνώμη 3» για το συγκεκριμένο θέμα, στοιχεία που θα μπορούσαν να αναφερθούν στον νέο ΚΙΔ Κύπρου είναι:

Το ιατρικό απόρρητο περιλαμβάνει: τη φυσική ιδιωτικότητα, προσωπικά δεδομένα (πληροφοριακή ιδιωτικότητα), προσωπικές επιλογές σε θρησκευτικά, κοινωνικά και θέματα κουλτούρας (ιδιωτικότητα επιλογών) και τις σχέσεις του ασθενή με τους οικείους του (σχεσιακή ιδιωτικότητα).

Ο ιατρός πρέπει να είναι εχέγγυος, αφοσιωμένος και κυρίως υπεύθυνος για τη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου για όλες τις πληροφορίες που έχουν υποπέσει στην αντίληψή του δια της όρασης, ακοής και κατανόησης.

Η προστασία των ευαίσθητων ιατρικών προσωπικών δεδομένων που έχουν συλλεχθεί κατά τη φροντίδα του ασθενή αποτελεί προϋπόθεση στη σχέση εμπιστοσύνης ιατρού και ασθενούς και ένδειξη σεβασμού στην αυτονομία του ασθενή.

«Μεγάλα δεδομένα» είναι η μεγάλη συλλογή πληροφοριών που συλλέγονται σε δημόσια αρχεία, οργανισμούς και ιδιωτικούς φορείς και που μπορούν να αναλυθούν εκτεταμένα μέσω αλγορίθμων (Viceconti 2015: 1209-15). Η επεξεργασία τους μπορεί να επιφέρει σημαντικά οφέλη σε σχέση με την παρακολούθηση της δημόσιας υγείας, την προληπτική ιατρική κτλ. αλλά πρέπει να επιδεικνύεται η δέουσα προσοχή για να μην παραβιάζεται η ισχύουσα νομοθεσία. Επίσης πρέπει να αντιμετωπίζονται με την δέουσα προσοχή, σημαντικές ηθικές παράμετροι που προκύπτουν, όπως είναι η συναίνεση των υποκειμένων, θέματα εμπιστευτικότητας με δικαίωμα των ασθενών στη λήθη και ζητήματα διαχείρισης τυχαίων ευρημάτων (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ελλάδας 2017).

Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός θα πρέπει να προστατεύει το ιατρικό απόρρητο ως κόρη οφθαλμού και να ελαχιστοποιεί οποιαδήποτε παρέμβαση στην ιδιωτικότητα του ασθενούς. Αν παρά ταύτα αυτό συμβεί, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για την παραβίαση του απορρήτου και την αποκάλυψη των προσωπικών του δεδομένων.

Ενόψει της λειτουργίας των ιατρικών σχολών και την παρουσία των φοιτητών στα ιατρεία και νοσηλευτήρια, θα πρέπει στον νέο ΚΙΔ να γίνουν ειδικές αναφορές για επίδειξη ιδιαίτερης προσοχής σε σχέση με την ιδιωτικότητα των ασθενών και τους εξωτερικούς παρατηρητές, την ηχογράφηση ή βιντεοσκόπηση ασθενών για ιατρικούς εκπαιδευτικούς σκοπούς ή την ηχογράφηση ή βιντεοσκόπηση ασθενών για εκπαίδευση του κοινού.

Η υποχρέωση του ιατρού για διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου ισχύει και μετά τον θάνατο του ασθενούς (Ν.3418/2005: 8)

#### **4.8.Ιατρική αμοιβή-συμβόλαια-συμφωνίες-εμπορικές πράξεις**

Στο κεφάλαιο 4 ο ΚΙΔ Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991:6-7) αναφέρεται στην αμοιβή του ιατρού, σε συμβόλαια, συμφωνίες και εμπορικές πράξεις. Ανάμεσα σε άλλα αναφέρει ότι η αμοιβή του ιατρού καθορίζεται από την ποιότητα και τη δυσκολία της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως επίσης και τον χρόνο που χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί. Συστήνει την αποφυγή αισχροκέρδειας και την εκ των προτέρων αμοιβή, ενώ αναφέρεται και στον παράγοντα οικονομική ευχέρεια του ασθενούς. Τα πιο πάνω θα πρέπει να αναθεωρηθούν εν όψει της εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας, καθώς οι πληρωμές των ιατρών είναι καθορισμένες από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να ενσωματωθεί στον νέο Κώδικα ότι η καθορισμένη και εξασφαλισμένη αμοιβή του ιατρού δεν θα πρέπει να επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ένα άλλο σημείο που θα πρέπει να συζητηθεί είναι το ζήτημα της επιβολής μηνιαίου ανώτατου ορίου παραπεμπτικών που μπορεί να εκδώσει ένας ιατρός σε ασθενή. Αν τα παραπεμπτικά είναι περισσότερα από τον αριθμό που καθορίζει το μηνιαίο ανώτατο όριο, τότε ο ιατρός υφίσταται οικονομικές κυρώσεις στοιχείο αντιδεοντολογικό αφού με τη ρύθμιση αυτή αντί το επίκεντρο να είναι το συμφέρον του ασθενούς, επίκεντρο είναι το χρήμα και η αποφυγή αποκοπής του μισθού του ιατρού.

#### **4.9. Πληροφόρηση- Αυτοπροβολή- Διαφήμιση και ΜΜΕ (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης)**

Στα άρθρα 41-47 ο ΚΙΔ Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991: 10-11) αναλώνεται σε θέματα σχέσης ιατρού με τα ΜΜΕ και πληροφόρησης, ενώ δεν αναφέρεται καθόλου στην παρουσία του ιατρού στο διαδίκτυο αφού το 1991 που ψηφίστηκε ο ΚΙΔ δεν υπήρχε διαδίκτυο στη Κύπρο. Αναφέρει ότι ο ιατρός έχει καθήκον να μεταδίδει πληροφορίες στο ευρύτερο κοινό για τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις με αντικειμενικό τρόπο. Αναφέρει, επίσης, ότι η φωτογραφία του δεν πρέπει να συνοδεύει τις δηλώσεις του παρά μόνο το όνομα, την ειδικότητα και τη θέση που κατέχει. Δεν επιτρέπεται επίσης, η διαφήμιση των ικανοτήτων του ή η δημόσια μνεία του ονόματός του με εκφράσεις θαυμασμού, ενώ όσον αφορά τις πινακίδες των ιατρείων συστήνεται η αποφυγή υπερβολών σε φωτισμό, διακόσμηση και χρώματα.

Πάντως θα πρέπει να αναφερθεί ότι στο πλαίσιο της άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος δεν απαγορεύεται από καμιά ευρωπαϊκή οδηγία η γενική διαφήμιση των υπηρεσιών που παρέχονται, γιατί κάτι τέτοιο θα καθιστούσε περιορισμό της οικονομικής ελευθερίας. Από την άλλη, μια ανεξέλεγκτη και επιθετική αυτοπροβολή θα αποτελούσε αθέμιτη συμπεριφορά και πρακτική για προσέλκυση πελατείας και θα έπληττε το δικαίωμα των ασθενών (πελατών) για σωστή πληροφόρηση. Συνεπώς, στο ζήτημα της ιατρικής διαφήμισης υπάρχει σύγκρουση δύο έννομων συμφερόντων, το συμφέρον του ιατρού για οικονομική και επαγγελματική δραστηριότητα και το συμφέρον του ασθενούς για προστασία της υγείας του μέσω της ορθής και έγκαιρης ενημέρωσης (Λασκαρίδης 2012 :214).

Επιπλέον, η διαφήμιση έχει ως στόχο την επιρροή του καταναλωτή για απόκτηση υπηρεσίας ή αγαθού, έχει δηλαδή εμπορικό χαρακτήρα, στοιχείο που δεν συνάδει με τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς αποτελεί λειτούργημα (Παμπούκης 2000: 465).

Εν όψει μάλιστα της εφαρμογής του ΓΕΣΥ στον νέο ΚΙΔ, θα πρέπει να αναθεωρηθούν τα όρια της διαφήμισης και της παρουσίας του ιατρού στα ΜΜΕ (από τους ιατρούς εντός αλλά και εκτός ΓΕΣΥ) με βάση τις αρχές (Λασκαρίδης 2012: 219-220) της αναγκαιότητας (περιορισμός στα αναγκαία πλαίσια), της προσφορότητας (για ενημέρωση ιατρών και κοινής γνώμης) και της αντικειμενικότητας (με στοιχεία απόλυτα τεκμηριωμένα και διεθνώς

παραδεκτά). Επίσης θα πρέπει να καθοριστούν εκ νέου, το μέγεθος, οι λεπτομέρειες του σχεδιασμού και το περιεχόμενο των πινακίδων στα ιατρεία έτσι ώστε να υπάρχει η ανάλογη ομοιομορφία.

Στο άρθρο 18 ο ελληνικός ΚΙΔ (Ν.3418/2005:11) αναφέρεται στην παρουσία του ιατρού στο διαδίκτυο η οποία αποτελεί σήμερα μια σύγχρονη πραγματικότητα για παροχή πληροφοριών αλλά και προβολής του ιατρού στο κοινό. Μέσα από την ιστοσελίδα που διατηρεί ένας ιατρός, μπορεί να προβληθούν βίντεο με ιατρικές πράξεις ή σχόλια θαυμασμού και επικρότησης από ασθενείς που έλαβαν υπηρεσίες υγείας από αυτόν. Έτσι, μπορεί να δημιουργείται μια εικονική πραγματικότητα και μια εσφαλμένη εικόνα σχετικά με την ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών. Ένα άλλο πρόβλημα που μπορεί να προκύψει είναι ο λεγόμενος κυβερνοσφετερισμός (cybersquatting) (Χριστοδούλου 2008: 212) και η εκμετάλλευση της κτήσης ονόματος χώρου (domain name) με αμφισβήτηση του, η παράνομη χρησιμοποίηση του, μεταξύ ιατρών και ιατρικών κέντρων. Για τους σκοπούς της μεταπτυχιακής διατριβής, δεν θα γίνει εκτενής αναφορά στο θέμα αυτό, το σίγουρο όμως είναι ότι στα πλαίσια συγγραφής νέου ΚΙΔ στην Κύπρο το μείζον αυτό ζήτημα πρέπει να συζητηθεί και να αναζητηθούν ανάλογες νομοθετικές ρυθμίσεις.

Επιπρόσθετα, με βάση τον ελληνικό ΚΙΔ (Ν.3418/2005: 9) ο ιατρός έχει δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητάς του και της ιδιωτικής του ζωής από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και για την προστασία του, έχει δικαίωμα ως πολίτης να απαντήσει σε ένα δημοσίευμα, να ασκήσει προληπτική αγωγή για άρση της προσβολής ή να ασκήσει αγωγή αποζημίωσης (Λασκαρίδης 2012:205).

#### **4.10. Ιατροκοινωνικά προβλήματα**

Στα άρθρα 48-54 ο ΚΙΔ Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991:12-13) αναφέρεται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, στην άμβλωση, στο τέλος της ζωής και τον εγκεφαλικό θάνατο, στην μεταμόσχευση οργάνων, στο ζήτημα της ασθένειας AIDS και στη διαχείριση των ασθενών που είναι μάρτυρες του Ιεχωβά. Για τον σκοπό την παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν μόνο τα παρακάτω ειδικά ζητήματα για τα οποία γίνεται εκτενής αναφορά στους σύγχρονους διεθνείς ΚΙΔ.

##### **4.10.1. Ζητήματα γενετικής**

Ο ΚΙΔ Κύπρου δεν αναφέρεται καθόλου σε ζητήματα γενετικού ελέγχου και καθοδήγησης, γενετικού ελέγχου και λήψης αποφάσεων για αναπαραγωγή ούτε σε θέματα πρόσβασης στις πληροφορίες γενετικής από τρίτους.

Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές ανακαλύψεις στο τομέα της γενετικής, με τις γενετικές εξετάσεις να είναι πιο ακριβείς και πιο ευρείς όσον αφορά τις παθολογικές οντότητες που μπορούν να εντοπιστούν ενώ έχει μειωθεί σημαντικά και το κόστος τους. Εγείρονται, όμως, σημαντικά ηθικά ζητήματα, αφού η οποιαδήποτε γενετική πληροφορία αποκαλυφθεί από τον γενετικό έλεγχο, δεν αφορά μόνο το συγκεκριμένο άτομο αλλά και τρίτους όπως είναι αυτονόητα οι συγγενείς του, ο/η σύζυγος του για αναπαραγωγικούς σκοπούς αλλά και ασφαλιστικές εταιρείες, εργοδότες και αστυνομία ή δικαστήριο που μπορούν να έχουν σχέση ή εμπλοκή με το συγκεκριμένο πρόσωπο.

Συνοπτικά στον νέο ΚΙΔ, και σύμφωνα με τα όσα αναφέρονται σε διεθνείς ΚΙΔ και ειδικά στον Αμερικάνικο στην γνώμη 4 (AMA 2017), θα μπορούσαν να αναφερθούν τα εξής:

Ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει ακριβείς και κατάλληλες συμβουλές όπως επίσης και την κατάλληλη καθοδήγηση σε θέματα γενετικών εξετάσεων και γενετικών πληροφοριών. Οι πληροφορίες που αφορούν τις συνέπειες, τον προγραμματισμό για το μέλλον και ζητήματα αναπαραγωγής πρέπει να δίνονται στον ασθενή ΜΟΝΟ από ειδικούς στα θέματα γενετικής.

Ο ιατρός πρέπει να αποφεύγει την έκφραση προσωπικών ηθικών απόψεων και κριτικής στις αποφάσεις του ασθενή γνωστοποιώντας, όμως, σε αυτόν τα υπέρ και τα κατά του γενετικού ελέγχου (για παράδειγμα τις συνέπειες των τυχαίων ευρημάτων).

Η λήψη συγκατάθεσης για οποιοδήποτε γενετικό έλεγχο πρόκειται να γίνει πρέπει να θεωρείται αυτονόητη, ενώ η τήρηση του ιατρικού απορρήτου πρέπει να είναι αυστηρή. Η αποκάλυψη των ελάχιστων δυνατών γενετικών πληροφοριών σε τρίτους πρέπει να γίνεται μόνο κατόπιν ενημέρης συγκατάθεσης ή μόνο κατόπιν δικαστικής απόφασης για εγκληματολογικούς σκοπούς.

#### **4.10.2. Ζητήματα αναπαραγωγικής ιατρικής**

Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μια τεράστια τεχνολογική και επιστημονική πρόοδος στην ανάπτυξη των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, της παρέμβασης στο ανθρώπινο γονιδίωμα ακόμα και της κλωνοποίησης. Η προεμφυτευτική διάγνωση και η κατάχρηση της για ευγονικούς σκοπούς, η δυνατότητα επιλογής φύλου και η χρησιμοποίηση βλαστοκυττάρων για έρευνα είναι μερικά ζητήματα που απασχολούν τους διεθνείς ΚΙΔ. Σε ζητήματα αναπαραγωγικής ιατρικής, ο ΚΙΔ Κύπρου αναφέρεται στα άρθρα 48-50 και συγκεκριμένα στην τεχνητή γονιμοποίηση από δωρεά σπέρματος, στην εξωσωματική γονιμοποίηση, στη μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, όπως επίσης και στην άμβλωση. Αναφέρεται σε θέματα απορρήτου, όσον αφορά την αποκάλυψη της ταυτότητας του δότη σπέρματος και των ηθικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων που προκύπτουν, ενώ για δεύτερη φορά σε όλο τον ΚΙΔ αναφέρεται στο θέμα της συγκατάθεσης όλων των μερών, ειδικά στο θέμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης και της δωρεάς σπέρματος. Για το θέμα της άμβλωσης, αναφέρει ότι είναι δεοντολογικά αποδεκτή, όταν γίνεται σύμφωνα με την πρόνοιες για το θέμα, νομοθεσίας.

Προτείνεται ο νέος ΚΙΔ Κύπρου να είναι πιο κατατοπιστικός και συγκεκριμένος σε θέματα νέων τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής, δωρεάς γαμετών, θεραπευτικής σπερματέγχυσης, παρένθετης κύησης, αποθήκευσης και χρήσης ανθρώπινων εμβρύων, και κλωνοποίησης και σε συνδυασμό με τις υπάρχουσες νομοθεσίες να τεθούν τα κατάλληλα όρια που θα εξυπηρετούν τα συμφέροντα του ασθενούς και θα σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

#### **4.10.3 Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής**

Ο ΚΙΔ Κύπρου στο άρθρο 51 αναφέρεται στον ρόλο του ιατρού στο τέλος της ζωής και στα διλήμματα που βρίσκονται μπροστά του λόγω «μηχανικών μέσων υψηλής τεχνολογίας» που παρατείνουν την ζωή, ακόμα στα άτομα που έχει διαγνωσθεί ο εγκεφαλικός θάνατος. Αναφέρει την ανάγκη αλλαγής των θεραπευτικών στόχων εκ μέρους του ιατρού με προσήλωση στην ανακούφιση του πόνου του ασθενούς που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του και όταν η διάσωσή του δεν είναι εφικτή, ενώ ρητά απαγορεύεται η ενεργητική ευθανασία. Θεωρώ ότι ο ΚΙΔ Κύπρου είναι πολύ προχωρημένος, για την εποχή που έχει γραφτεί, στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου αφού αναφέρει ότι μπορεί να

διακοπεί η μηχανική υποστήριξη χωρίς αυτό να θεωρείται ευθανασία, αφού υπονοείται ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ισοδυναμεί με τον θάνατο του προσώπου. Στην περίπτωση ανίατης ασθένειας, αναφέρει ότι ο ιατρός πρέπει να συνεργαστεί με τους ασθενείς και τους οικείους του με κύριο στόχο την ανακούφιση του σωματικού και ψυχικού πόνου που θα οδηγήσει στον αξιοπρεπή και ανώδυνο θάνατο του ασθενούς. Ο ελληνικός ΚΙΔ στο άρθρο 29 (Ν. 3418/2005:18) με τίτλο «ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής» είναι πολύ φειδωλός και το μόνο σαφές που αναφέρει είναι το καθήκον του ιατρού στην ανακούφιση του πόνου. Τονίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για διενέργεια πράξεων που στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου, ενώ δεν αναφέρεται πουθενά στο θέμα του εγκεφαλικού θανάτου. Αυτό που επιτρέπεται, δηλαδή, με βάση τον ελληνικό ΚΙΔ είναι η λεγόμενη καθαρή ευθανασία, ο φυσικός θάνατος δηλαδή με καλή παρηγορητική φροντίδα. Στο θέμα της προγενέστερης αυτονομίας του ασθενή που εκφράζεται μέσω των προγενέστερων επιθυμιών του που είχαν εκφραστεί όταν αυτός ήταν επαρκώς νοητικά, αναφέρει ότι απλά πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, αφήνοντας τις πιθανές αποφάσεις για το μέλλον του στη διακριτική ευχέρεια του ιατρού. Συνεπώς, ο ιατρός βρίσκεται από τη μια μπροστά σε ένα δίλημμα που επιφέρει κυρώσεις, για οποιαδήποτε απόφαση και αν πάρει: την αστική, αν δεν ακολουθήσει την προγενέστερη απόφαση του ασθενή, και την ποινική, αν την ακολουθήσει...

Τρία είναι τα σημαντικά στοιχεία που, κατά τη γνώμη μου, πρέπει να ενσωματωθούν στον νέο ΚΙΔ Κύπρου:

(1) Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ (AMA 2017) για το τέλος της ζωής: Μέσα από τη σχέση προσωπικού ιατρού - ασθενούς που έχει αναπτυχθεί αναγκαστικά με την εφαρμογή του ΓΕΣΥ ο προσωπικός ιατρός θα πρέπει να διερευνήσει για τους ασθενείς του, ανεξαρτήτου ηλικίας ή κατάστασης υγείας, πώς θα ήθελαν να είναι το τέλος της ζωής τους. Αυτό πρέπει να αφορά όλους τους ασθενείς και όχι μόνο αυτούς με χρόνια νοσήματα ή αυτούς με νοσήματα τελικού σταδίου. Μάλιστα, θα πρέπει να γίνεται περιοδική επικαιροποίηση των απόψεων του ασθενούς για το συγκεκριμένο θέμα. Μπορεί το όλο εγχείρημα να φαίνεται λίγο προχωρημένο για την κοινωνία στην Κύπρο, από την άλλη όμως λόγω του κλειστού της κοινωνίας, ο Κύπριος πολίτης μπορεί να έχει βιώσει ο ίδιος εμπειρίες με τους ηλικιωμένους γονείς του ή άλλους συγγενείς ή φίλους. Οι απόψεις του ασθενούς, όπως και το άτομο που θα υποδείξει ως το άτομο που θα παίρνει αποφάσεις εκ μέρους του («πληρεξούσιος υγείας»), σε περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής δεν έχει την επάρκεια για λήψη αποφάσεων για τον



εαυτό του, θα πρέπει να καταγράφονται στο ιατρικό φάκελο του ασθενούς ή να παίρνουν την επίσημη μορφή των προγενέστερων οδηγιών ως διαθήκες ζωής και να χρησιμοποιούνται ανάλογα σε περιπτώσεις μάταιης θεραπείας, οδηγιών μη ανάνηψης (DNAR –Do Not Attempt Resuscitation), μη κλιμάκωσης των θεραπευτικών μέτρων και απόσυρσης θεραπευτικών μέτρων διατήρησης της ζωής.

(2) Στο ζήτημα της απαγόρευσης της ενεργητικής ευθανασίας, θα πρέπει να αναφερθούν επισημάνσεις όπως η απαγόρευση χορήγησης καταστολής που οδηγεί στην πλήρη απώλεια συνείδησης και η απαγόρευση της ιατρογενούς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μέσω, για παράδειγμα, της χορήγησης κατασταλτικών σκευασμάτων και της παροχής πληροφοριών για τη θανατηφόρο δόση. Ο ασθενής όμως, έχει δικαίωμα στον θάνατο, αφού ο θάνατος αποτελεί κομμάτι της ζωής (Παπαδοπούλου 2014:43-77). Συνεπώς, η ανακούφιση του πόνου και της ταλαιπωρίας του ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας χρόνιας νόσου, όπως και η ηθική του υποστήριξη πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τον ιατρό ακόμα και αν του «σμικρύνει την ζωή». (Australian Medical Association 2016)

(3) Το καθήκον του ιατρού στην ανακουφιστική φροντίδα: Με βάση τον Ελληνικό ΚΙΔ ( Ν. 3418/2005:18) ο ιατρός οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση του ψυχοσωματικού πόνου του ασθενούς ενώ μόλις πρόσφατα (23 Δεκεμβρίου 2022) έχει ψηφιστεί στην Ελλάδα σχετικός νόμος (Ν.5007/2022) με «στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από απειλητική για την ζωή τους ασθένεια ή από χρόνια εξελικτική ασθένεια, με την δημιουργία και την οριοθέτηση του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής ανακουφιστικής φροντίδας».

Πρόσφατα στην ημερήσια διάταξη της Επιτροπής Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Βουλής των Αντιπροσώπων έχει εγγραφεί θέμα με τίτλο «Ευθανασία και η ανάγκη ενημέρωσης και έναρξης κοινωνικού διαλόγου στην Κυπριακή Δημοκρατία». Ένα ζήτημα, δηλαδή, που η συζήτησή του μέχρι σήμερα θεωρείτο ταμπού έχει ανοίξει στην Κύπρο με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου να εκδίδει γνώμη. Η θέση της επιτροπής είναι ότι πρέπει να εξαντλούνται όλα τα περιθώρια και η σύγχρονη ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία για προσφορά αποτελεσματικής και ανακουφιστικής φροντίδας. Η θέση της επιτροπής «η ανθρώπινη ευσπλαχνία και συμπόνοια ενδείκνυται να είναι έτοιμη να προσφέρει αυτή την έσχατη ιατρική επιλογή υπό προϋποθέσεις, μόνο ως εκούσια ή μη εκούσια ευθανασία» χρήζει οπωσδήποτε κάποιων διευκρινίσεων.(Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου 2022)

#### **4.10.4 Δωρεά οργάνων και μεταμοσχεύσεις**

Στο άρθρο 52 ο ΚΙΔ Κύπρου αναφέρει ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων πρέπει να ενθαρρύνονται και να διενεργούνται μέσα στο πλαίσιο της υπάρχουσας νομοθεσίας. Η νομοθεσία για το συγκεκριμένο θέμα έχει επικαιροποιηθεί και η παραπομπή του ιατρού για αναζήτηση πληροφοριών σε αυτήν, στο πλαίσιο ενός νέου ΚΙΔ θεωρώ ότι τον καλύπτει πλήρως. Πρόκειται για τον νόμο 127(I) περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων των οργάνων ανθρώπινης προέλευσης του 2012 που αριθμεί τριάντα σελίδες και που είναι πολύ κατατοπιστικός και ολοκληρωμένος (Κυπριακή Δημοκρατία (2012). Νόμος 127(I) 2012). Μια επισήμανση που προτείνεται να προστεθεί στον νέο ΚΙΔ είναι η επιδίωξη της σωστής πληροφόρηση των ασθενών όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις από ζώντες δότες. Στόχος πρέπει να είναι, όχι μόνο η αύξηση της ποσότητας των μεταμοσχεύσεων, αλλά και της ποιότητας, που όσον αφορά τους ζώντες δότες θα πρέπει να περιλαμβάνει την προστασία και στήριξή τους σε όλα τα επίπεδα (νομικά, ψυχολογικά, πρακτικά κ.τ.λ.) τόσο πριν όσο και μετά τη μεταμόσχευση (Σέργη 2013: 67).

Στον νέο ΚΙΔ, επίσης, προτείνεται να προστεθεί το ζήτημα και οι προϋποθέσεις φύλαξης αίματος ομφάλιου λώρου σε κρατικές ή ιδιωτικές τράπεζες με όλα τα θέματα που προκύπτουν όπως είναι η ασφάλεια των ασθενούς, η αυτονομία του, η σύγκρουση συμφερόντων, η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, οικονομικές παράμετροι κτλ.

#### **4.11. Καθήκοντα προς τον Ιατρικό Σύλλογο**

Στα άρθρα 55 με 61 ο ΚΙΔ Κύπρου (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991:14-15) αναφέρεται εκτενώς στα καθήκοντα του ιατρού προς τον ιατρικό σύλλογο, επισημαίνοντας ότι η οποιαδήποτε επαγγελματική συμπεριφορά του ιατρού που δεν προβλέπεται από τον παρόντα Κώδικα και η προσθήκη ή αφαίρεση άρθρων του Κώδικα, γενικότερα, γίνεται μόνο μέσα από μια Παγκύπρια Συνέλευση των Ιατρών. Στον νέο ΚΙΔ Κύπρου στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα πρέπει να γίνει αναφορά στο ΓΕΣΥ και στη σημασία της αгаστικής συνεργασίας του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου και των μελών του ιατρών με τον Οργανισμό

Ασφάλισης Υγείας. Η συνεργασία αυτή θεωρείται πολύ σημαντική έτσι ώστε οι μηχανισμοί εφαρμογής και ελέγχου του ΓΕΣΥ να συνεχίσουν να διασφαλίζουν την επιστημονική αναγνώριση και την αξιοπρέπεια των ιατρών, με τελικό σκοπό την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον ασθενή-δικαιούχο του συστήματος.

#### **4.12. Ιατρικά αρχεία**

Ο ΚΙΔ Κύπρου δεν αναφέρεται καθόλου στην υποχρέωση του ιατρού να τηρεί ιατρικό αρχείο. Ο Ελληνικός ΚΙΔ στο άρθρο 14 (Ν.3418/2005 :8) αναφέρεται εκτενώς στο συγκεκριμένο θέμα. Ανάμεσα σε άλλα, προσδιορίζει το χρονικό διάστημα που ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικά αρχεία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή που είναι μια δεκαετία, όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, και για μια εικοσαετία, σε κάθε άλλη περίπτωση. Αναφέρεται, επίσης, σε θέματα δικαιώματος προσβασιμότητάς του ασθενούς στο ιατρικό αρχείο και προστασίας των προσωπικών του δεδομένων, ενώ ο ΚΙΔ Αμερικής αναφέρει ότι το ιατρικό αρχείο πρέπει να περιλαμβάνει: προσωπικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς, το ατομικό αναμνηστικό του, ημερομηνίες, ώρες και λεπτομέρειες αναφορικά με παραπομπές σε άλλους ιατρούς, την παρούσα κατάσταση, τις θεραπευτικές πράξεις που έχει υποβληθεί, καθώς και το αποτέλεσμα της εκάστοτε θεραπείας περιλαμβανομένου και των ανεπιθύμητων ενέργειων που πιθανόν να έχουν προκύψει.

Η τήρηση ιατρικού αρχείου πρέπει να είναι ασφαλής και το αρχείο πρέπει να μην είναι προσβάσιμο από τρίτους. Οι ιατρικές πληροφορίες πρέπει να επικαιροποιούνται συνεχώς και να είναι εύκολα προσβάσιμες από τον ασθενή. Σε περίπτωση τερματισμού της συνεργασίας του ασθενούς με τον ιατρό και έναρξης με κάποιο άλλο, οι πληροφορίες πρέπει να είναι εύκολα μεταβιβάσιμες με τη διαδικασία ορθής μεταβίβασης να είναι υποχρέωση του ιατρού. Άλλωστε, σύμφωνα με το άρθρο 20 του γενικού κανονισμού για την προστασία των δεδομένων (ΓΚΠΔ), οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στην φορητότητα των δεδομένων από ένα πάροχο υπηρεσίας σε ένα άλλο (Παναγοπούλου- Κουτνατζή 2017:90) Τα ιατρικά αρχεία περιέχουν κρίσιμες πληροφορίες για τον ασθενή, γι' αυτό και με αφορμή την εφαρμογή του ΓΕΣΥ στην Κύπρο και την καθιέρωση του ιατρικού φακέλου θα πρέπει

να τεθούν υψηλά επίπεδα ασφαλείας έτσι ώστε αυτά να μην μπορούν να τύχουν αθέμιτης επεξεργασίας, καταστροφής, απώλειας ή πρόσβασης από τρίτους - Ο «ηλεκτρονικός Φάκελος» είναι η αποθήκη όλων των πληροφοριών που αφορούν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και να ενισχύσει το θεμελιώδες δικαίωμα του ασθενούς στην υγεία. Η διαχείριση του όμως, όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως πρέπει να γίνεται με την δέουσα προσοχή έτσι ώστε να μην παραβιάζεται η προστασία των προσωπικών δεδομένων, να μην τίθεται σε κίνδυνο η εμπιστοσύνη του ασθενούς στο σύστημα υγείας κτλ. (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής 2015). Στον νέο ΚΙΔ Κύπρου, αυτό θα πρέπει να επισημανθεί, έτσι ώστε ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του εντός του συστήματος υγείας να λαμβάνει τα κατάλληλα τεχνητά μέσα έτσι ώστε να αποτρέπεται η κάθε ανεπίτρεπτη χρήση.

#### **4.13. Έρευνα**

Στον νέο ΚΙΔ Κύπρου και έχοντας υπόψη τη λειτουργία των ιατρικών σχολών τα τελευταία χρόνια στην Κύπρο, με αναμενόμενη την αύξηση της ερευνητικής δραστηριότητας, θα πρέπει να προστεθεί το κεφάλαιο του ρόλου του ιατρού στην έρευνα, όπως αναφέρουν άλλωστε και οι πλείστοι διεθνείς ΚΙΔ. Ενδεικτικά στο άρθρο 36 του ΚΙΔ του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (World Medical Association 2022) αναφέρεται ότι ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει στην προώθηση της ορθής επιστημονικής έρευνας σύμφωνα με όλες τις αρχές που περιγράφονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι και την Διακήρυξη του Ταϊπέι. Η διακήρυξη του Ελσίνκι αναθεωρήθηκε για τελευταία φορά το 2013 (WMA 2013:2191-2194) και είχε ως θέμα τις ηθικές αρχές πραγματοποίησης επιστημονικής έρευνας σε ανθρώπους, ενώ η διακήρυξη του Ταϊπέι το 2016 (WMA- Declaration of Taipei) είχε ως θέμα το ηθικό πλαίσιο σε σχέση με την λειτουργία των βιοτραπεζών και τις βάσεις δεδομένων υγείας. Ανάμεσα σε άλλα, οι δύο διακηρύξεις αναφέρονται στον απαραίτητο σεβασμό της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας και των δικαιωμάτων του ανθρώπου σε όλες τις διαδικασίες με τις οποίες διεκπεραιώνεται η έρευνα με ειδικές και εκτεταμένες αναφορές στη συγκατάθεση του ασθενούς, στο θέμα του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας.

Ειδικά για τις βάσεις δεδομένων, επισημαίνεται ο ρόλος της διακυβέρνησης σε σχέση με τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και την προστασία των προσώπων.

Συμπερασματικά, στον νέο ΚΙΔ Κύπρου θα μπορεί το συγκεκριμένο άρθρο να αναφερθεί στο ότι κάθε ερευνητική δραστηριότητα πρέπει να συνάδει με τις ηθικές αρχές των σχετικών με το θέμα διακηρύξεων του Ελσίνκι και Ταϊπέι, αλλά και της Ευρωπαϊκής Οδηγίας 2001/20/ΕΚ για την ορθή κλινική πρακτική κατά τις κλινικές δοκιμές φαρμάκων προοριζόμενων για τον άνθρωπο, όπως επίσης και των διατάξεων της σύμβασης του Οβιέδο που έχει κυρωθεί ήδη ως νόμος από την Κυπριακή Δημοκρατία.

#### **4.14. Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία**

Η εκπαίδευση, η μετάδοση γνώσεων και εμπειρίας είναι θεμελιώδης για την ορθή άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος και ως εκ τούτου της εξυπηρέτησης του αγαθού της υγείας. Με αφορμή και την πρόσφατη λειτουργία των ιατρικών σχολών στην Κύπρο θα πρέπει ο νέος ΚΙΔ Κύπρου να συμπεριλάβει άρθρα που αφορούν τον ρόλο του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία. Η εκπαίδευση συναδέλφων και φοιτητών ιατρικής πρέπει να θεωρείται ηθική υποχρέωση όλων των ιατρών. Αν στην εκπαιδευτική διαδικασία απαιτείται άμεση επαφή με τον ασθενή (κλινική εξέταση, λήψη ιστορικού κτλ.), αυτό πρέπει να γίνεται με ευαισθησία, συμπόνια και σεβασμό στην ιδιωτικότητά του και μόνο με την συγκατάθεσή του. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να επιδεικνύεται σε ευάλωτους ασθενείς, όπως είναι τα παιδιά και σε ασθενείς με μειωμένο επίπεδο συνείδησης. Θα πρέπει να δίνονται επεξηγήσεις στον ασθενή για τη φύση της κλινικής εξέτασης και ικανοποιητικός χρόνος για να απαντήσει αρνητικά ή θετικά όσον αφορά τη συμμετοχή του. Η πιθανή άρνηση του ασθενή δεν πρέπει να θεωρηθεί λόγος για διατάραξη της σχέσης ιατρού- ασθενούς. (New Zealand Medical Association 2020: 7).

Ο βρετανικός ΚΙΔ (General Medical Association 2019:14) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι ο ιατρός οφείλει να είναι προετοιμασμένος για να συμβάλει στην εκπαίδευση ειδικευομένων και φοιτητών ιατρικής. Οι γραπτές αναφορές του που αφορούν την απόδοση και την επάρκεια των εκπαιδευομένων πρέπει να είναι ειλικρινείς και αντικειμενικές. Η ασφάλεια των ασθενών όμως, πρέπει πάντοτε να τίθεται πάνω από την υποχρέωση εκτέλεσης ιατρικών πράξεων για εκπαιδευτικούς σκοπούς.

#### **4.15. Φροντίδα ψυχικής υγείας**

Ο ΚΙΔ Κύπρου δεν αναφέρεται καθόλου σε θέματα σχέσης ιατρού και φροντίδα ψυχικής υγείας. Ο ελληνικός ΚΙΔ στο σύνολό του αναφέρεται στην υγεία και στους ιατρούς γενικά, ενώ το άρθρο 28 (Ν.3418/2005: 16-18) αναφέρεται αποκλειστικά και εκτεταμένα στην ψυχική υγεία και στην ειδικότητα της ψυχιατρικής, που έχει ως ιδιαιτερότητα την στενή της σχέση τόσο με την ηθική όσο και με το δίκαιο. Πρόκειται για το πιο μακροσκελές άρθρο του κώδικα καθώς, αφενός αντίστοιχος κώδικας ψυχιατρικής Δεοντολογίας δεν υπάρχει, και αφετέρου υπάρχει ανάγκη για αυξημένη προστασία των δικαιωμάτων της ευάλωτης ομάδας των ψυχικά ασθενών. Για τους σκοπούς της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, δεν μπορεί να γίνει εκτεταμένη αναφορά στο συγκεκριμένο θέμα εκτός από το γεγονός ότι στον νέο ΚΙΔ θα πρέπει να ενσωματωθεί η φροντίδα της ψυχικής υγείας, εκτός και αν αποφασιστεί να συγγραφεί ξεχωριστός κώδικας ψυχιατρικής δεοντολογίας Κύπρου. Ενδεικτικά αναφέρονται τα πιο κάτω σημαντικά στοιχεία που θα πρέπει να ενσωματωθούν στον νέο ΚΙΔ :

Ο προσωπικός ιατρός έχει καθήκον να ενθαρρύνει την προαγωγή της ψυχικής υγείας, στοιχείο σημαντικό που φανερώνει τον σημαντικό του ρόλο στο νέο ΓΕΣΥ που έχει εφαρμοστεί στην Κύπρο.

Ο ψυχίατρος πρέπει να συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενούς αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του, στοιχείο που φανερώνει για ακόμη μια φορά τον ρόλο των οικείων στη θεραπευτική διαδικασία.

Η θεραπεία του ασθενούς που πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα είναι υποχρεωτική μόνο όταν η άρνηση της θεραπείας μπορεί να βλάψει την υγεία του ίδιου ή του περιβάλλοντος του

Η πρόσβαση του ασθενούς στον δικό του ιατρικό φάκελο μπορεί να γίνει μόνο υπό την αίρεση της αποφυγής κινδύνου και πρόκληση βλάβης στην υγεία του, καθώς μπορεί να επηρεάσει την θεραπευτική διαδικασία. Σε κάθε περίπτωση η πρόσβαση του ασθενούς στις πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο και έχουν ληφθεί από τους οικείους του θα πρέπει να γίνεται μόνο κατόπιν συγκατάθεσης τους.

#### 4.16. Αιμοδοσία

Με βάση τον Ελληνικό ΚΙΔ, ο οποίος αναφέρεται στο θέμα συνοπτικά, στο άρθρο 33 (Ν. 3418/2005: 19), και ίσως να χρήζει επικαιροποίησης, ο ιατρός πρέπει να ενθαρρύνει την εθελοντική αιμοδοσία, χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα και να μεριμνά για την ασφάλεια του αιμοδότη.

Η διεθνής εταιρεία μετάγγισης αίματος (International Society of Blood Transfusion) στην τελευταία της συνέλευση το 2017 στην Κοπεγχάγη εξέδωσε ένα πολύ αναλυτικό κώδικα ηθικής σχετικά με την «ιατρική της μετάγγισης» στοιχεία από τον οποίο προτείνεται να υιοθετηθούν στον νέο ΚΙΔ Κύπρου. Συνοπτικά ο Κώδικας αναφέρεται τόσο στους αιμολήπτες όσο και στους αιμοδότες. Όσον αφορά τους αιμολήπτες επισημαίνονται οι βασικές αρχές της ιατρικής ηθικής δηλαδή της αυτονομίας, της αγαθοπραξίας, της μη βλάβης και της δικαιοσύνης. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι η μετάγγιση αίματος πρέπει να γίνεται με σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς και μόνο μετά από ενήμερη συγκατάθεση του εκτός από τις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει την επάρκεια να ενημερωθεί και να συγκατατεθεί, οπότε πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα βέλτιστα συμφέροντά του, ή οι προγενέστερες οδηγίες του. Στο σχετικό θέμα, αναφέρει τα πιο πάνω ο ΚΙΔ Κύπρου στο άρθρο 54 (Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος 1991: 9), ειδικά και μόνο για τους Μάρτυρες του Ιεχωβά και για κανένα άλλο ασθενή. Μάλιστα, επισημαίνει ότι η αυτονομία και η επιθυμία του ασθενούς, μάρτυρα του Ιεχωβά για μη μετάγγισή του υπερτερεί των κινδύνων που διατρέχει η ζωή του. Το ίδιο δεν ισχύει όμως για ανήλικους ασθενείς, καθώς ο ιατρός υποχρεούται να λάβει απόφαση δικαστηρίου για υποχρεωτική μετάγγιση του παιδιού. Ο κώδικας ηθικής για την «ιατρική της μετάγγισης» αναφέρεται και στους αιμοδότες με βάση τις αρχές της αυτονομίας, μη βλάβης, και αξιοπρέπειας. Ενδεικτικά, αναφέρεται ανάμεσα σε άλλα, ότι και οι αιμοδότες πρέπει να δίνουν ενήμερη συγκατάθεση πριν την αιμοδοσία και να ενημερώνονται σχετικά για όλες τις παραμέτρους της διαδικασίας. Σημαντική είναι η εχεμύθεια σε περίπτωση τυχαίων ευρημάτων (μεταδοτικού νοσήματος) από την ανάλυση του αίματος τους ή η ανάγκη ενημέρωσης τους αν έχουν προκαλέσει άθελα τους βλάβη ή ανεπιθύμητες ενέργειες στον λήπτη.(ISBT 2017)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## Επίλογος

### 5. Συζήτηση –Περιορισμοί- Αποτελέσματα- Συμπεράσματα- Εισηγήσεις

#### 5.1 Συζήτηση

Οι ασθενείς θέλουν να έχουν και να είναι κάτω από την φροντίδα «καλών ιατρών». Ποιος όμως είναι ο «καλός ιατρός»; Ποιος το καθορίζει αυτό και με ποια κριτήρια; Η απάντηση είναι: ο ΚΙΔ της κάθε χώρας. Για ποιον λόγο; Γιατί περιγράφει με σαφήνεια πώς ο ιατρός μπορεί να είναι σωστός επαγγελματίας. Συνεπώς, είναι ευθύνη του ιατρού να γνωρίζει τον ΚΙΔ, έτσι ώστε να φροντίζει να διατηρεί την επάρκειά του σε γνώσεις και ικανότητες, να γνωρίζει πώς πρέπει να συμπεριφέρεται και πώς να διατηρεί καλές σχέσεις με τους ασθενείς και τους συναδέλφους του, με τελικό στόχο να ασκεί ιατρική με ακεραιότητα, μέσα στα πλαίσια του νόμου προς όφελος όλων των ασθενών και της κοινωνίας.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή θέτει υπό αμφισβήτηση, τον ισχύοντα ΚΙΔ Κύπρου, που έχει γραφτεί πριν από 30 χρόνια, καθώς δεν φαίνεται ότι μπορεί να ανταποκριθεί στον ρόλο που πρέπει να διαδραματίσει σήμερα. Η επιστημονική πρόοδος και οι κοινωνικές εξελίξεις καθιστούν αδήριτη την ανάγκη συγγραφής ενός νέου ΚΙΔ που θα έχει ουσιαστική συμβολή στο πώς ο επαγγελματίας ιατρός στην Κύπρο θα εφαρμόσει στην πράξη τις δέουσες ηθικές αρχές που επιβάλλει η σύγχρονη ιατρική ηθική. Αρκετές αρχές που πρέπει να ενσωματωθούν στον ΚΙΔ Κύπρου έχουν ήδη ψηφιστεί από την Βουλή των Αντιπροσώπων σε νόμους, με βάση διεθνείς συμβάσεις που προνοούν την κατοχύρωση και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και ήδη εφαρμόζονται στην καθημερινή κλινική πράξη.

#### 5.2. Περιορισμοί



Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, δεν μπορούν να αναφερθούν όλα τα ζητήματα και οι λεπτομέρειες που περιλαμβάνονται στους διεθνείς ΚΙΔ. Ειδικότερα, ο Αμερικάνικος ΚΙΔ στις «γνώμες» για τα διάφορα ειδικά ζητήματα είναι πολύ αναλυτικός. Για παράδειγμα, αναφέρεται στην περίπτωση ανήλικου κοριτσιού με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που επισκέπτεται τον προσωπικό ιατρό με αίτημα την παροχή βοήθειας για άμβλωση, ή διατήρησης της εγκυμοσύνης, χωρίς να έχει ενημερώσει τους γονείς της. Εδώ τίθενται διάφορα ηθικά ζητήματα προς επίλυση, όπως είναι το ιατρικό απόρρητο, η αυτονομία και τα δικαιώματα της ανήλικου ασθενούς, το νομικό καθεστώς της κάθε χώρας, τα δικαιώματα των γονέων κτλ. Επίσης, ο εξαντλητικός εντοπισμός νομοθεσιών που αφορούν ειδικά ζητήματα που άπτονται του κώδικα ή η αναφορά σε σωρεία άλλων ζητημάτων, όπως ο ιατρικός τουρισμός ή των δικαιωμάτων των Ευρωπαίων πολιτών που τυγχάνουν περίθαλψης σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η ανάλυση τους, με σκοπό την πρόταση για ενσωμάτωση τους στον νέο ΚΙΔ, θα ήταν πολύ χρονοβόρος και θα απαιτούσε πολύ μεγάλη έκταση συγγραφής κειμένου, στοιχείο που δεν αποτελεί σκοπό της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

### **5.3. Αποτελέσματα**

Κατά την άποψη μου, έφτασε το πλήρωμα του χρόνου, για την πλήρη ανανέωση και επικαιροποίηση του πεπαλαιωμένου ΚΙΔ Κύπρου, έτσι ώστε να συμβαδίζει με τα νέα τοπικά και διεθνή δεδομένα και εξελίξεις που έχουν διαμορφώσει ένα ιδιαίτερα απαιτητικό, δύσκολο και γεμάτο προκλήσεις περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ιατρός θα πρέπει να ασκήσει το λειτούργημα της ιατρικής στην Κύπρο. Στον νέο ΚΙΔ θα πρέπει να προστεθούν τα εξής κεφάλαια που δεν αναφέρονται καθόλου στον ισχύοντα: (1) εισαγωγή ή προοίμιο που θα περιγράφει τον σκοπό και την σκοπιμότητα ύπαρξης του ΚΙΔ με κάποιες από τις βασικότερες αρχές άσκησης του επαγγέλματος της ιατρικής, (2) κεφάλαιο με ορισμούς, έννοιες και πεδίο εφαρμογής του ΚΙΔ έτσι ώστε να υπάρχει μια κοινή γλώσσα μεταξύ των ιατρών όσον αφορά την ιδεολογική, ηθική και νομική βάση της άσκησης της ιατρικής, όπως επίσης και την οριοθέτηση της έκτασης της εφαρμογής της, (3) Κεφάλαιο που να αφορά αποκλειστικά τον σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς και του κορυφαίου ζητήματος της ενημέρωσης και της συγκατάθεσης του ασθενούς πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη, (4)

Άρθρο που να αφορά αποκλειστικά την υποχρέωση του ιατρού για τήρηση ιατρικού αρχείου, (5) Άρθρο που να αφορά τη σχέση του ιατρού με την έρευνα και την υποχρέωσή του για εκπαίδευση συναδέλφων (ειδικευομένων, φοιτητών ιατρικής κτλ.), (6) Άρθρο σχετικά με τη φροντίδα της ψυχικής υγείας, (7) Αναφορά στον προγραμματισμό του τέλους της ζωής με έμφαση στην ανακουφιστική ιατρική και του σημαντικού ρόλου που έχει στο θέμα αυτό ο προσωπικός ιατρός (8) Κεφάλαιο που να αφορά τα καθήκοντα του ιατρού προς τον εαυτό του, συμπεριλαμβανομένου και του καθήκοντος για Συνεχή Ιατρική Εκπαίδευση, (9) Άρθρο που να αφορά την αιμοδοσία, (10) Άρθρο που να αφορά την παρουσία του ιατρού στο διαδίκτυο, (11) Κεφάλαιο σε σχέση με τις υποχρεώσεις του ιατρού έναντι της κοινωνίας με επισήμανση και ειδική αναφορά στον ρόλο του ιατρού στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εντός του ΓΕΣΥ και αποφυγής αθέμιτου ανταγωνισμού μεταξύ συναδέλφων, με στόχο την διατήρηση του ψηλού κύρους του ιατρικού λειτουργήματος.

Επιπρόσθετα, στον νέο ΚΙΔ θα πρέπει να τροποποιηθούν και να επικαιροποιηθούν μερικά από τα υπάρχοντα άρθρα. Ενδεικτικά: (1) στο πρώτο κεφάλαιο, στους γενικούς κανόνες άσκησης του επαγγέλματος, ανάμεσα σε άλλα θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί ότι ο ιατρός πρέπει να τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, αναφορά που έχει συμβολικό χαρακτήρα και αναφέρεται σε πολλούς διεθνείς ΚΙΔ. Σε συνάρτηση με τα πιο πάνω, μπορεί να επισημανθεί από την αρχή ότι η άσκηση της ιατρικής πρέπει να γίνεται με απόλυτο σεβασμό στη ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, όπως επίσης και στον σεβασμό της αυτονομίας και των δικαιωμάτων του ασθενούς. Εν όψει της εφαρμογής του ΓΕΣΥ θα είναι επίσης χρήσιμο να αναφερθεί, ότι ιατρός και ασθενής έχουν κοινό καθήκον για συνετή χρήση του συστήματος χωρίς καταχρήσεις. (2) Στο δεύτερο κεφάλαιο, στα καθήκοντα του ιατρού προς τους ασθενείς θα πρέπει να αναφερθούν μερικά ή και όλα που προαναφέρθηκαν στην μεταπτυχιακή διατριβή. Ενδεικτικά θα πρέπει να υποδειχθεί ο ανθρωποκεντρικός ρόλος του ΚΙΔ και ο σεβασμός στη διαφορετικότητα των ανθρώπων. Συνεπώς, επιπλέον από όσα αναφέρει ο ισχύων ΚΙΔ θα πρέπει να αναφερθεί ότι η αντιμετώπιση των ασθενών πρέπει να είναι ίση και δίκαιη ανεξάρτητα από τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, τον τρόπο ζωής (lifestyle), την ασθένεια ή την αναπηρία από την οποία πιθανόν να πάσχουν οι ασθενείς, την εθνικότητα και το λοιμώδες στάτους τους (την ύπαρξη μεταδιδόμενης λοίμωξης ή όχι), λαμβάνοντας υπόψη τις αυξημένες μεταναστευτικές ροές ανθρώπων προς το νησί και (3) Στο τρίτο κεφάλαιο και σχετικά με το επαγγελματικό απόρρητο, λόγω της εφαρμογής του ΓΕΣΥ και της καταγραφής όλων των στοιχείων στους

ηλεκτρονικούς υπολογιστές, μέσω διαδικτύου θα πρέπει στον νέο ΚΙΔ να τονιστεί ότι είναι ευθύνη του ιατρού η διαφύλαξη του ηλεκτρονικού φακέλου και ο περιορισμός της πρόσβασης μόνο στα αρμόδια πρόσωπα. Επίσης, στον νέο ΚΙΔ θα πρέπει να επισημανθεί ότι πρέπει να διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα του ασθενούς και το ιατρικό απόρρητο κατά την παρουσία των φοιτητών ιατρικής στα νοσηλευτήρια και ότι η συμμετοχή των ασθενών στην εκπαιδευτική διαδικασία θα γίνεται μόνο μετά από συγκατάθεσή τους.

#### **5.4 Συμπεράσματα -Εισηγήσεις**

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η ευαισθητοποίηση και η κινητοποίηση για τη συγγραφή ενός νέου ΚΙΔ κατόπιν διαβούλευσης μεταξύ του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου, της Εθνικής Αρχής Βιοηθικής Κύπρου, των επιστημονικών εταιρειών και τους συνδέσμους ασθενών ο οποίος θα ανανεώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, θα διδάσκεται στις ιατρικές σχολές και θα τίθεται σε συνεχή γνώση των ιατρών που εργάζονται στα νοσοκομειακά ιδρύματα και πολυιατρεία. Ένα ζήτημα που πρέπει να συμφωνηθεί μεταξύ των εμπλεκόμενων στη συγγραφή του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Κύπρου είναι η έκτασή του και το πόσο αναλυτικός θα είναι. Οι πλείστοι διεθνείς ΚΙΔ, όπως και ο μόλις πρόσφατα επικαιροποιημένος του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου, είναι συνοπτικοί, γενικοί και γρήγοροι στην ανάγνωση τους. Ο ελληνικός ΚΙΔ είναι πιο αναλυτικός και κατατοπιστικός και χρειάζεται χρόνος τόσο στην ανάγνωσή του όσο και στην ακριβή κατανόησή του, ενώ ο Αμερικάνικος με τις «γνώμες» για κάθε επιμέρους θέμα είναι πολύ αναλυτικός και χρονοβόρος στην ανάγνωσή του. Με βάση τα ευρήματα της μεταπτυχιακής διατριβής, προκύπτουν και πολλά ερωτήματα για τα οποία μπορούν να γίνουν και αντίστοιχες μελέτες. Πόσοι ιατροί που ασκούν ιατρική στην Κύπρο γνωρίζουν για τον ΚΙΔ και το περιεχόμενό του; Όσοι δεν γνωρίζουν για τον κώδικα, ασκούν ιατρική με βάση την διαίσθησή τους και μόνο; Ποιες είναι οι επιδράσεις της εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας στις σχέσεις ιατρού - ασθενούς και μεταξύ συναδέλφων ενόψει της ολοκληρωτικής αλλαγής στην αμοιβή των ιατρών;

Η εισήγηση για συγγραφή ενός νέου ΚΙΔ και η υιοθέτηση του θα πρέπει να αποτελέσει ένα ακόμα κομμάτι της προσπάθειας που φαίνεται να γίνεται ( π.χ. έργο Εθνικής Επιτροπής βιοηθικής Κύπρου, διδασκαλία του μεταπτυχιακού Βιοηθική –Ιατρική Ηθική στο

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου κτλ.) για προώθηση των αρχών της ιατρικής δεοντολογίας στο νησί μας.

## Παράρτημα 1

### Διακήρυξη της Γενεύης- «Μοντέρνος όρκος του Ιπποκράτη»

Η διακήρυξη της Γενεύης θεωρείται μια από τις πιο παλιές «πολιτικές» του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου και υιοθετήθηκε στην 2<sup>η</sup> του Γενική Συνέλευση στην Γενεύη το 1948. Θεωρείται ως ο «μοντέρνος όρκος του Ιπποκράτη» και είναι μεταφρασμένη σε πολλές γλώσσες στην ιστοσελίδα που διατηρεί ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος. Πιο κάτω παρατίθεται αυτούσια η ελληνική μετάφραση.

Κατά την στιγμή της έναρξης των καθηκόντων μου στο ιατρικό επάγγελμα:

- ΔΕΣΜΕΥΟΜΑΙ ΕΠΙΣΗΜΩΣ να αφιερώσω την ζωή μου στην υπηρεσία της ανθρωπότητας.
- **Θα αποδώσω** στους διδασκάλους μου τον δέοντα σεβασμό και ευγνωμοσύνη.
- **Θα ασκήσω** το επάγγελμά μου με ευσυνειδησία και αξιοπρέπεια.
- **Η υγεία του ασθενούς μου** θα είναι πρώτιστης σημασίας.
- **Θα σεβαστώ** το ιατρικό απόρρητο του ασθενή ακόμη και μετά τον θάνατο του.
- **Θα διατηρήσω** με κάθε μέσο την τιμή και τις ευγενείς παραδόσεις του ιατρικού επαγγέλματος.
- **Οι συνάδελφοί μου** θα είναι οι αδελφές και οι αδελφοί μου.
- **Δεν θα επιτρέψω** διακρίσεις λόγω ηλικίας, ασθενείας ή αναπηρίας, θρησκευματος, καταγωγής, φύλου, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων, φυλής, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή άλλων κοινωνικών παραγόντων να παρεμβαίνουν στα καθήκοντα και τους ασθενείς μου.

- **Θα σέβομαι απόλυτα** την ανθρώπινη ζωή.
- **Δεν θα κάνω χρήση** των ιατρικών μου γνώσεων για παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών, ακόμα και υπό το καθεστώς απειλής.
- **Υπόσχομαι τα παραπάνω** επισήμως, ελεύθερα και στην τιμή μου.

## Βιβλιογραφία

### - Ελληνική και Νόμοι

Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Ισμήνη, (1972) Αι Υποχρεώσεις Συναλλακτικής Πίστεως: Συμβολή εις το Πρόβλημα των Αντικειμενικών Ορίων της Συμβατικής Δεσμεύσεως. Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλα

Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Ισμήνη, (1993) Η Υποχρέωση Ενημέρωσης του Ασθενούς. Συμβολή στην Διακρίβωση της Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλα

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. (2013) Σύσταση. Η Δεσμευτικότητα των «Οδηγιών μη Ανάνηψης». Ελληνική Δημοκρατία. <https://bioethics.gr/> Ανάρτηση 9 Δεκεμβρίου, 2013.

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. (2015) Σύσταση. «Παρατηρήσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής στον Προτεινόμενο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας». Ελληνική Δημοκρατία. <https://bioethics.gr/> Ανάρτηση 14 Δεκεμβρίου, 2015

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. (2017) Γνώμη. «Μεγάλα Δεδομένα στην Υγεία». <https://bioethics.gr/> Ανάρτηση 9 Νοεμβρίου 2017

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. (2022) «Γνώμη σχετικά με την ευθανασία». <http://www.bioethics.gov.cy/> Ανάρτηση 9 Μαΐου 2022.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2022) Ν.5007/2022. Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας- Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις .Τεύχος Α . Αριθμός Φύλλου 241/23.12.2022

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2005) Ν.3418/2005. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας Ελλάδας. Τεύχος 1<sup>ο</sup> . Αριθμός Φύλλου 287

Καραμπλή, Ε. , Χατζάκη, Α., Πολύζος, Ν., Σουλιώτη, Κ., Κυριόπουλος, Γ.(2014) "Η Επίδραση της Τεχνολογικής Αλλαγής στην Διαχρονική Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* .31/2, 77-84

Κυπριακή Δημοκρατία (2001). Νόμος 89(I) 2001. Νόμος που προβλέπει για την εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας και για συναφή θέματα κατάταξη άρθρων του 2001

Κυπριακή Δημοκρατία (2001). Νόμος 31(III) 2001. Ο Περί της Σύμβασης για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου αναφορικά με την Εφαρμογή της Βιολογίας και Ιατρικής (Κυρωτικός) και άλλες συναφείς με την Εφαρμογή της Σύμβασης Διατάξεις Νόμος του 2001 εκδίδεται με δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας σύμφωνα με το άρθρο 52 του Συντάγματος.

Κυπριακή Δημοκρατία (2005). Νόμος 1(I) 2005. Ο Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004 εκδίδεται με δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας σύμφωνα με το άρθρο 52 του Συντάγματος

Κυπριακή Δημοκρατία (2012). Νόμος 127(I) 2012. Ο Περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων οργάνων ανθρώπινης προέλευσης νόμος του 2012

Κυπριακή Δημοκρατία (2018). Νόμος 125(1) 2018. Ο Περί προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και της ελεύθερης κυκλοφορίας των δεδομένων αυτών νόμος του 2018

Λασκαρίδης, Ι. Εμμανουήλ. (2012) Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν3418/2005)  
Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη

Ντουράκη, Θ.(1991) Το Ιατρικό Απόρρητο στο Διεθνές Δίκαιο, *Αρχείο Νομολογίας* 7,632

Ομοσπονδία Συνδέσμων Ασθενών Κύπρου (ΟΣΑΚ). [www.cypatient.org](http://www.cypatient.org) [09/12/2022]

Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος. (1991) Ο περί ιατρών (Σύλλογοι, πειθαρχία και ταμείο συντάξεων νόμοι του 1967 και 1970 . Κανονισμοί δυνάμει του άρθρου 13(1) (B). Κανονισμοί Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας του 1991-Σύγχρονη Ιατρική Νομοθεσία.

Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φερενίκη (2010) Περί της Αξίας της Ανθρώπινης Αξίας. *ΕφημΔΔ*, 5/2010, 736-744

Παναγοπούλου- Κουτνατζή, Φερενίκη (2017) Τα Νέα Δικαιώματα για τους Πολίτες Βάσει του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων: μια Πρώτη Αποτίμηση και Συνταγματική αξιολόγηση. *Εφημ ΔΔ*, 1/2017, 81-98

Πανεπιστήμιο Κύπρου (2013)-Ιατρική σχολή <https://www.ucy.ac.cy/> [30/10/22]

Παμπούκης, Κωνσταντίνος,(2000) Η διαφήμιση στα ελευθέρια επαγγέλματα, σε: Η διαφήμιση και οι κώδικες δεοντολογίας (Σύνδεσμος Ελλήνων Εμπορικόλογων), εκδ. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή. Αρμενόπουλος,465

Παπαδοπούλου, Λίνα (2014). Υπάρχει Δικαίωμα στον Θάνατο;. Μια συζήτηση με τον Καθηγητή Ιωάννη Μανωλεδάκη. *Δικαιώματα του Ανθρώπου ΔΤΑ* Νο 59/43-77

Σέργη Ανδρέας , Κωνσταντίνου Κώστας (2013) .Οι εμπειρίες ,τα κίνητρα και οι αντιλήψεις των δοτών νεφρού στη Κύπρο. 2013. [www.Kypseli.ouc.ac.cy](http://www.Kypseli.ouc.ac.cy)

Τούντας, Γ., Οικονόμου, ΝΑ.(2007) Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24(1),8-9

Χριστοδούλου, Κ. (2013), *Επιτομή Ηλεκτρονικού Αστικού Δικαίου*, Αθήνα-Κομοτηνή, Αντ. Ν. Σάκκουλα

## Ξένη

Andorno, R. (2017) Global bioethics at UNESCO: in defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, *Journal of Medical Ethics*; 33 (3), 150-154.

Allied Health Professions of South Africa. (2015). Board Notice 268 of 2015. CODE OF ETHICS IN TERMS OF SECTION 54(9) OF REGULATIONS NO.R.127 OF 12 FEBRUARY 2001 TO THE ALLIED HEALTH PROFESSIONS ACT, ACT 63 OF 1982, AS AMENDED INCLUDING GUIDELINES FOR GOOD PRACTICE AND GUIDELINES FOR MAKING PROFESSIONAL SERVICES KNOWN. <https://www.gov.za/> [ 18/10/2022]

American Medical Association (2017). Code of Medical Ethics. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/> [ 10/11/2022]

Australian Medical Association (2016). Code of ethics 2004. Editorially Revised 2006. Revised 2016. <https://www.ama.com.au> [15/11/2022]

Canadian Medical Association (2018). CMA code of ethics and professionalism. <https://www.cma.ca/> [ 25/10/2022]



Constantinou, Costas, (2010) Gift exchange and reciprocities in Kidney transplantation in Cyprus. *Journal of Mediterranean Studies*; 19 (1), 105–124

Cossins ,Daniel, (2018) Discriminating algorithms: 5 times AI showed prejudice. <https://www.newscientist.com/article/2166207-discriminating-algorithms-5-times-ai-showed-prejudice/> [12/11/2022]

Dworkin, Gerald (1988) *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge, Cambridge University Press

French code of medical ethics (2013) Code de la santé Publique-CSP. Articles R4127-1 to R4127-112. <https://www.conseil-national.medecin.fr/> [30/10/2022]

General Medical Council (2019). *Good medical practice- Working with doctors, Working for patients*. <https://www.gmc-uk.org/> [23/10/2022]

ISBT-International Society of Blood Transfusion (2017). Code of ethics relating to transfusion medicine approved at General Assembly. Copenhagen 20<sup>th</sup> June 2017 <https://www.isbtweb.org/> [25/11/2022]

Jones ,W.H.S (1924). *Hippokrates 1868. Hippokrates Collected Works I*. Cambridge Harward University Press

Katz, L. Michael, Rosen S.Harvey (1998). *Microeconomics (3<sup>rd</sup> Ed)*, Mc Graw-Hill

New Zealand Medical Association (2020) Code of Ethics for the New Zealand medical profession. <https://assets-global.website-files.com/> [ 10/11/2022]

Panda, C. Santoch (2006) *Medicine: Science or Art, Mens Sana Monogr.4/1,127-138*

Parsa-Parsi, Ramin Walter (2017) . The Revised Declaration of Geneva: a modern-day physician's pledge. *JAMA*, 318/20,1971-1972

Parsa-Parsi, Ramin Walter(2022) The International Code of Medical Ethics of the World Medical Association. *JAMA*, 328/20, 2018-2021

Pellegrino, E.D.(1985) Thomas Percival's Ethics: The ethics beneath the Ediquette. In: Thomas Percival Medical Ethics. Birmingham, AL: Classics of Medicine Library

Rosner, Fred (1967) The physicians Prayer Attributed to Moses Maimonides. *Bulletin of the history of medicine* 41/5, 450-454

The Scottish government (2012) Patient Rights and Responsibilities <https://www.gov.scot/publications/charter-patient-rights-responsibilities> [15/11/2022]

Viceconti, M, Hunter P, Hose R (2015). 'Big data, big Knowledge: big data for personalized healthcare'.*IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*. 19/4,1209–15.

Waddington, I. (1975), The development of Medical ethics. A Sociological Analysis. *Medical History*. 19, 36–51

World Health Organization (1948) WHO definition of health. WHO constitution <https://www.euro.who.int/> [ 20/10/2022]

World Health Organization (2005) Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva. <https://cdn.who.int/> [9/11/2022]

World Health Organization (2021) Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health: WHO guidance. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341996>. [20/11/2022]

World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 310(20), 2191-2194

World Medical Association (2016). Declaration of Taipei. Research on Health Databases, Big Data and Biobanks. [www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-taipei](http://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-taipei) [10/11/2022]

World Medical Association (2022), WMA International code of Medical Ethics, 73<sup>rd</sup> WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022 <https://www.wma.net/> [1/11/2022]

