

2008

© 2008 by the author(s). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Vlamos, Spyros

© 2008 by the author(s). All rights reserved.

---

<http://hdl.handle.net/11728/7441>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

# Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Ιαθών<sup>1</sup>

ΣΠΥΡΟΥ ΒΛΙΑΜΟΥ  
Οικονομολόγου – Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΜΑΡΙΑΣ Π. ΧΑΤΖΗΠΛΑΤΩΝ  
Δικηγόρου – LL.M.

Τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για πολλούς θανάτους το χρόνο, γεγονός που προκαλεί καταγγελίες από πολίτες εναντίον ιατρών και Εθνικών Συστημάτων Υγείας με αποτέλεσμα την υπερβολική αύξηση των ασφαλιστρών ή/και την παντελή απόσυρση της ασφαλιστικής κάλυψης έναντι ιατρικών λαθών.

Τα ιατρικά λάθη αντιμετωπίζονται από την οικονομική ανάλυση ως ένα ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παροχής ιατρικής φροντίδας με σημαντική πιθανότητα δυσμενών αποτελεσμάτων για τα εμπλεκόμενα μέρη. Έτσι, τα ιατρικά λάθη αποτελούν ένα 'ασφαλισμο συμβάν' το οποίο οι περισσότεροι ιατροί είναι διατεθειμένοι να αγοράσουν παρά το υψηλό κόστος της συγκεκριμένης ασφάλισης. Εν τούτοις, η οικονομική απώλεια από τα ιατρικά λάθη παραμένει πολύ υψηλή και οφείλεται στην μέθοδο παραγωγής της ιατρικής φροντίδας σε συνδυασμό με τη μέθοδο αποζημίωσης αυτών που βλάπτονται. Εδώ, διατυπώνεται η θέση ότι τα ιατρικά λάθη είναι κυρίως συνέπεια του συστημικού χαρακτήρα του προβλήματος, (έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων με σημαντικές δυσκολίες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών, μικρό ποσοστό των ιατρικών θεωριών και πρακτικών επιστημονικά τεκμηριωμένων ως προς τις γενεσιουργές αιτίες των ασθενειών, οι δε υπόλοιπες βασίζονται σε στατιστικές παρατηρήσεις και εμπειρικά συμπεράσματα των ιατρών και αποβλέπουν απλώς στην καταστολή των συμπτωμάτων της ασθένειας και στην ομαλή ικανοποίηση των βασικών αναγκών του ασθενούς, χωρίς γνώση των γενεσιουργών αιτιών, κλπ).

Στο παρόν άρθρο προσεγγίζονται τα ιατρικά λάθη με τη μέθοδο της οικονομικής ανάλυσης του δικαίου. Το αίσθημα του κοινού για δράσεις εναντίον των γιατρών αντικατοπτρίζεται στο γράμμα της κείμενης νομοθεσίας, με το αιτιολογικό της διατήρησης της εμπιστοσύνης του κοινού στο νομικό πλαίσιο. Στην περίπτωση αυτή όμως θα πρέπει οι αποζημιώσεις που επιδικάζονται να μην είναι κερδοσκοπικού ενδιαφέροντος, με την έννοια της επιβολής ποινών υψηλότερης αξίας από τη ζημία που προκλήθηκε. Επομένως, από την άποψη της οικονομικής επιστήμης απαιτείται εξέταση των σχέσεων μεταξύ της διάπραξης του ιατρικού λάθους (άρα και του κόστους της πρόληψής του) και της αξίας της ζημίας που προκλήθηκε στο άτομο και την κοινωνία, με κριτήρια την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και την οικονομική αποτελεσματικότητα, ώστε να μεγιστοποιείται η κοινωνική ευημερία.

## 1. Εισαγωγή

Τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους το χρόνο, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μετά τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια<sup>2</sup>.

Σε κορυφαία ιατρικά περιοδικά των ΗΠΑ δημοσιεύτηκαν έρευνες που αναφέρουν ότι 'για τις ΗΠΑ τα ιατρικά λάθη είναι η τρίτη κορυφαία αιτία θανάτου προξενώντας 225.000 απώλειες ζωών κάθε χρόνο'. Σύμφωνα με πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ<sup>3</sup>, τα ιατρικά λάθη παρουσιάζονται με

διάφορες μορφές, κάθε μία από τις οποίες προκαλεί διαφορετικό αριθμό θανάτων κάθε χρόνο. Επί πλέον, σε έγκυρο ιατρικό περιοδικό<sup>4</sup> είχε γραφεί σε άρθρο με τίτλο «Ασθένειες Προκαλούμενες από Φάρμακα», ότι: «πρόσφατοι υπολογισμοί συμπεραίνουν ότι κάθε χρόνο περισσότερο από 1 εκατομμύριο ασθενείς παθαίνουν θλάδες στην υγεία τους ενώ ήδη νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και 180.000 περίπου πεθαίνουν εξαιτίας αυτών των θλάδων. Είναι γεγονός ότι η σχετιζόμενη με τα φάρμακα νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι συνήθεις καταστάσεις και υπολογίζεται ότι στοιχίζουν περισσότερο από 136 δις δολάρια το χρόνο...».

Στην Μ. Βρετανία τα ιατρικά λάθη θεωρούνται υπεύθυνα για τον θάνατο περίπου 30.000 Βρετανών κάθε χρόνο, ενώ πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους εξαιτίας των ιατρικών λαθών<sup>5</sup>. Υπάρχει σήμερα καταγισμός καταγγελιών από πολίτες εναντίον βρετανών ιατρών και του βρετανικού ΕΣΥ. Παρόμοια αποτελέσματα που αφορούν στα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ και στις υποψήφιες χώρες έχομε από την έρευνα του 'Ευρωβαρόμετρου'<sup>6</sup>, που έγινε στα τέλη του 2005 και παρουσιάστηκε τον Μάρτιο 2006, με σκοπό να μελετηθούν: η γενική αντίληψη της έννοιας 'ιατρικό λάθος', η εμπειρία ιατρικού λάθους και οι πρακτικές συνέπειες αυτού, όπως η μέτρηση της εμπιστοσύνης

1. Το παρόν άρθρο δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά στο *Επιθεώρηση Αποκέντρωσης, Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Περιφερειακής Ανάπτυξης*, Τεύχος Νο. 51, Αθήνα 2008.

2. Βλ. επιστημονικές ανακοινώσεις στο forum με θέμα 'Υγεία και Πολιτικές Υγείας', που πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα στις 22-23/6/2000. Στην ίδια επιστημονική συνάντηση αναφέρθηκε μεταξύ άλλων ότι περίπου 20-30 ασθενείς πεθαίνουν *κάθε μέρα* στην Ελλάδα και περίπου 200 παθαίνουν *καθημερινά* σοβαρές βλάβες στην υγεία τους εξαιτίας ιατρικών λαθών, μεγάλο ποσοστό των οποίων θα μπορούσε να είχε προληφθεί.

3. American Institute of Medicine: Οι στατιστικές που παρουσιάζονται είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακές και έχουν προκαλέσει σημαντικές αντιδράσεις σε κοινωνικούς και οικονομικούς φορείς με αντίκτυπο στην ασφαλιστική αγορά των ιατρικών λαθών, όπως θα αναφερθεί κατωτέρω. Οι διάφορες μορφές των ιατρικών λαθών (σε παρένθεση οι προκαλούμενοι θάνατοι είναι: α. περιττές χειρουργικές επεμβάσεις (12.000), β. λάθη στην χορήγηση φαρμάκων στα νοσοκομεία (7.000), γ. άλλα λάθη στα νοσοκομεία, κυρίως αμέλεια των ιατρών (20.000), δ. λοιμώξεις στα νοσοκομεία

(80.000), ε. ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων και ιατρογενείς ασθένειες που δεν οφείλονται σε λάθη αλλά σε σωστές από ιατρική άποψη πρακτικές (106.000)

4. American Family Physician, 1/11/1997.

5. British Medical Journal, 2004.

6. Βλ. Εφημερίδα ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ, 25/ 4/ 2006, άρθρο της Μαρίας Ριζογιάννη, «Ευρωφοβία κατά γιατρών», σ. 7.

των πολιτών για τους επαγγελματίες υγείας, τα νοσοκομεία κ.λ.π. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση μεταξύ των Κρατών με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στην Ιταλία (97%) και το χαμηλότερο στην Φινλανδία (48%). Δηλαδή κατά μέσο όρο, σχεδόν 4 στους 5 Ευρωπαίους πολίτες (78%) θεωρούν τα ιατρικά σφάλματα ως σοβαρό και υπαρκτό πρόβλημα στον χώρο της υγείας στη χώρα τους. Για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 86%. Όταν η ερώτηση αναφέρεται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, δηλαδή πόσο αυτοί πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα ιατρικού λάθους, το 48% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρει ότι πρέπει να ανησυχούν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες είναι το 75% των νοσηλευόμενων πρέπει να ανησυχεί για την περίπτωση ιατρικού λάθους. Η Φινλανδία με 35% παρουσιάζεται με μικρότερο ποσοστό. Επίσης, το 78% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρουν ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για τα ιατρικά σφάλματα. Στην ίδια ερώτηση οι Έλληνες δηλώνουν σε ποσοστό 90% ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα που γίνονται στη χώρα τους ενώ δηλώνουν μόνο κατά 13% ότι υπήρξε προσωπική ή οικογενειακή εμπειρία ιατρικού λάθους. Εδώ λοιπόν φαίνεται καθαρά ότι η αντίληψη των Ελλήνων για την πιθανότητα ιατρικού σφάλματος (86%), δεν τεκμηριώνεται από αντίστοιχη εμπειρία αφού μόνο τα 13% αναφέρει κάτι τέτοιο. Το ίδιο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι *'...αναμφίβολα η ερμηνεία των δεδομένων είναι δύσκολη και πολύπαραγοντική, κανείς όμως δεν μπορεί να αρνηθεί ότι στην Ελλάδα η αντίληψη διαμορφώνεται, ίσως όχι πάντα αδικαιολόγητα, πρωταρχικά από την φημολογία και δευτερευόντως από την πραγματική εμπειρία'*<sup>7</sup>.

Πολλοί θεωρούν ότι δημοσιεύματα εφημερίδων κατά καιρούς δημιουργούν ιδιαίτερο 'θόρυβο' για το θέμα δίδοντας μεγάλη έκταση σε υποθέσεις ιατρικών λαθών τόσο στην χώρα μας<sup>8</sup> όσο και σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο με αποτέλεσμα είτε την υπερβολική αύξηση των ασφαλιστών ή την παντελή απόουρηση της ασφαλιστικής κάλυψης έναντι ιατρικών λαθών προκαλώντας την αντίδραση των κατά τόπους ιατρικών συλλόγων<sup>9</sup>.

Τα ιατρικά λάθη μπορούν να αντιμετωπισθούν από την οικονομική ανάπτυξη ως ένα ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παροχής ιατρικής φροντίδας το οποίο όμως παρουσιάζει μία σημαντική πιθανότητα να επιφέρει δυσμενή αποτελέσματα για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Λόγω λοιπόν της σημαντικής αυτής πιθανότητας, τα ιατρικά λάθη αποτελούν ένα 'ασφάλισμο συμβάν' το οποίο οι περισσότεροι ιατροί είναι διατεθειμένοι να αγοράσουν παρά το γεγονός ότι το κόστος της συγκεκριμένης ασφάλισης έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Όμως μακροχρόνια, το ασφάλιστρο για τα ιατρικά λάθη όπως και για άλλες μορφές ασφαλείων τείνει να εξισωθεί με το κόστος της παροχής της ασφάλειας πλέον ενός ανταγωνιστικού ποσοστού απόδοσης (κέρδους) (το οποίο ενδεχομένως να ορίζεται και από κανονισμούς). Εν τούτοις, η οικονομική απώλεια από τα ιατρικά λάθη παραμένει πολύ υψηλή. Σύμφωνα με μελέτες<sup>10</sup> τούτο οφείλεται όχι στον τρόπο παροχής και κοινοποίησης της ασφάλειας αλλά μάλλον στην μέθοδο παραγωγής της ια-

τρικής φροντίδας σε συνδυασμό με τη μέθοδο αποζημίωσης αυτών που βλάπτονται. Σε σχέση με το τελευταίο σημείο, πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία τα ιατρικά λάθη, σε όλες τις μορφές έκφρασής τους, έχουν πολλές αιτίες. Πεποίθησή μας είναι ότι οι ευθύνες των γιατρών δεν έχουν την πρώτη θέση στον κατάλογο αυτόν, αλλά τα ιατρικά λάθη είναι απλά συνέπεια κατά μεγάλο μέρος του σημαντικού χαρακτήρα του προβλήματος. Μία συνιστώσα του προβλήματος αυτού, σύμφωνα με ομοιογένες και μελέτες γιατρών και άλλων ειδικών, είναι η έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων, η οποία προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Μία άλλη συνιστώσα είναι πως μόνο ένα μικρό ποσοστό (περίπου 15%) των ιατρικών θεωριών και πρακτικών είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες ως προς τη βεβαιότητα στις τους, οι δε υπόλοιπες είναι ατεκμηριωμένες βασίζόμενες σε στατιστικές παρατηρήσεις και εμπειρικά συμπεράσματα από μέρους των ιατρών και αποβλέπουν απλά στην καταστολή των συμπτωμάτων της ασθένειας και στην ομαλή ικανοποίηση των βασικών αναγκών του ασθενούς, χωρίς γνώση των γενεσιουργών αιτιών.

Στόχος του παρόντος άρθρου είναι η προσέγγιση των ιατρικών λαθών μέσα από τη μέθοδο της οικονομικής ανάλυσης του δικαίου, με δεδομένα τα γενεσιουργά αίτια των ιατρικών λαθών, όπως περιγράφηκαν παραπάνω. Εφ' όσον λοιπόν μεταξύ του κοινού αναπτύσσεται η πεποίθηση ότι τα ιατρικά λάθη και οι από αυτά προκαλούμενες βλάβες είναι εκτός ελέγχου, τότε και γι αυτό το λόγο, υπάρχει μια διαρκής και έντονη απαίτηση για δράσεις εναντίον των γιατρών. Το αίσθημα αυτού του κοινού αντικατοπτρίζεται φυσικά στο γράμμα της κείμενης νομοθεσίας, με το αιτιολογικό της διατήρησης της εμπιστοσύνης του κοινού στο νομικό πλαίσιο. Στην περίπτωση αυτή όμως θα πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια ώστε οι αποζημιώσεις που θα επιδικάζονται να μην είναι κερδοσκοπικού ενδιαφέροντος, με την έννοια της επιβολής ποινών υψηλότερης αξίας από τη ζημία που προκλήθηκε. Επομένως, από την άποψη της οικονομικής επιστήμης απαιτείται μία εξέταση των σχέσεων μεταξύ της διάπραξης του ιατρικού λάθους (άρα και του κόστους της πρόληψής του) και της αξίας της ζημίας που προκλήθηκε στο άτομο και την κοινωνία, με κριτήρια την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και την οικονομική αποτελεσματικότητα ώστε να μεγιστοποιείται η κοινωνική ευημερία.

## 2. Ιατρικά λάθη και οικονομικό κόστος

Δικαιολογημένα θεωρείται λοιπόν ότι τα ιατρικά λάθη προκαλούν μία 'κρίση' στον ιατρικό κόσμο. Πέρα από θέματα ηθικής και φήμης των ιατρών, που αποτελούν την ποιότητα πλευρά των πραγμάτων, ποσοτικά η κρίση αυτή μπορεί να αποτυπωθεί όχι μόνο στη κατακόρυφη αύξηση των χρηματικών αποζημιώσεων για βλάβες στην υγεία που προκαλούνται από αμέλεια των ιατρών αλλά και στην άρνηση που παρατηρείται πολλές φορές από ασφαλιστικούς ομίλους να προχωρήσουν στην ασφάλιση των ιατρών έναντι αστικής ευθύνης προς τρίτους, όπως συνέβη πρόσφατα με μεγάλο ασφαλιστικό όμιλο στην Ελλάδα, ακόμα και έναντι μεγάλου ασφαλιστρού. Πράγματι, στην Β. Καρολίνα των ΗΠΑ, όπου η νομοθεσία θεωρείται ιδιαίτερα αυστηρή, οι σχετικές αποζημιώσεις ανήλθαν από 470.000 δολάρια το 1996 σε 1.000.000 δολάρια το 2000, δηλ. μόλις τέσσερα χρόνια αργότερα<sup>11</sup>. Στην Ελλάδα σήμερα το μέγιστο ποσό για ιατρική (αστική) ευθύνη έναντι ιατρικού λάθους το οποίο αποδέχονται να αντασφαλίσουν μεγάλοι αντασφαλιστικοί οίκοι ανέρχεται σε 600.000 Ευρώ, ετήσιο ασφάλιστρο που κρίνεται υψηλό και ανέρχεται σε 120

7. Δήλωση της Επίκουρης Καθηγήτριας Ψυχιατρικής και Αντιπροέδρου του Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων κας Μένης Μαλλιάρη εφημερίδα ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ 25/4/06.

8. Βλ. π.χ. για παράδειγμα δημοσιεύματα στις εφημερίδες ΒΗΜΑ 16/10/2005, σ. Α44, και 12/3/2006 σ. Α42, και ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ 8/4/2000 και 10/7/2006.

9. Η πρακτική αυτή άρχισε να εξαπλώνεται κυρίως στην ασφαλιστική αγορά των ΗΠΑ από τις αρχές της δεκαετίας του '70 προκαλώντας μία σοβαρή κρίση στην αγορά αυτή (βλ. και M. Reder, «An Economic Analysis of Medical Malpractice», The Journal of Legal Studies, 1976, 292).

10. Reder, op.cit, 1976, 268 εν.

11. R. W. Shaw: Punitive Damages in Medical Malpractice: An Economic Evaluation, North Carolina Law Review, Vol. 81, 2002, 2372

Ευρώ και επί πλέον 150 Ευρώ Νομικής Προστασίας<sup>12</sup>. Πολλοί θεωρούν ότι τα μεγέθη αυτά που προκύπτουν ως αποτέλεσμα των υψηλών ποινών που επιβάλλονται για ιατρικά λάθη, συνοδεύονται από παράλληλες σημαντικές αυξήσεις του κόστους παροχής υγείας. Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες για την υγεία έχουν πολλαπλασιαστεί στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Το κόστος αυτό περιέχει στοιχεία όπως, δαπάνες για προμήθεια νέου και σύγχρονου μηχανολογικού και ηλεκτρονικού εξοπλισμού, δαπάνες για επιμόρφωση των ιατρών, δαπάνες για την ασφαλιστική κάλυψη έναντι ιαθών. Φυσικά, το κόστος της ασφάλισης είναι ευθέως ανάλογο του ποσού της αποζημίωσης. *‘Ο αυξημένος κίνδυνος έχει οδηγήσει το 90% των γιατρών σε ασφαλίσεις επαγγελματικής αστικής ευθύνης. Πολλά εξήλθον από τα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια, προκειμένου να εντάξουν κάποιον στο δυναμικό τους, ζητούν προσωπικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Οι πιο ακριβές ειδικότητες είναι αυτές με τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα, πρωτίστως χειρουργοί και γυναικολόγοι και δευτερευόντως ακτινολόγοι, παθολόγοι, οδοντίατροι’*<sup>13</sup>. Οι υψηλές αποζημιώσεις για ιατρικά λάθη, που επιβάλλονται σε ορισμένες χώρες αντικατοπτρίζουν την σπουδαιότητα της ιατρικής πρακτικής για την υπόλοιπη οικονομία υπό την έννοια της θεμελιώδους επίδρασης αυτής στην παραγωγικότητα των εργαζομένων, την ποιότητα της ζωής και την ατομική εξάρτηση.

Επομένως δεν προκαλεί καμία έκπληξη το γεγονός ότι σε πολλές χώρες το κόστος ασφάλισης έναντι των ιατρικών ιαθών έχει αυξηθεί παράλληλα με την αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, στην μαιευτική και γυναικολογία, μία κατ’ εξοχήν ευπρόσβλητη ειδικότητα, το ασφαλιστικό ποσό πολλές φορές μπορεί να υπερβεί το 20% του ακαθάριστου εισοδήματος που πραγματοποιούν οι γιατροί αυτής της ειδικότητας<sup>14</sup>. Η σχετική αύξηση των ασφαλιστικών αυτών έχει προκαλέσει μια μικρή ‘κρίση’ στο ιατρικό επάγγελμα και έχει αυξήσει σημαντικά το κόστος της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Εν τούτοις οι γνώμες για την βασική αιτία της αύξησης διίστανται: Οι ασφαλιστές την δικαιολογούν λόγω της υψηλής αποζημίωσης που επιβάλλουν τα δικαστήρια (3,5 εκατ. δολάρια μόνο για την Β. Καρολίνα των ΗΠΑ για το 2003<sup>15</sup>), με αποτέλεσμα πολλές εξειδικευμένες ασφαλιστικές εταιρίες να χρεοκοπούν ή να πωλούνται όταν –όπως συμβαίνει συχνά– το σύνολο των απαιτήσεων κατ’ αυτών υπερβαίνει την ικανότητα τους προς πληρωμή. Άλλοι ισχυρίζονται πως η αύξηση των ασφαλιστικών για ιατρικά λάθη παρασύρθηκε προς τα πάνω από την καθολική υπερβολική αύξηση των ασφαλιστικών για το σύνολο των ασφαλιστικών υπηρεσιών. Τούτο είναι το αποτέλεσμα της κακής πρόβλεψης από την πλευρά των ασφαλιστικών εταιρειών σχετικά με τα χρηματοδοτικά προϊόντα που οι εταιρίες αυτές διαχειρίζονται. Όπως είναι γνωστό οι ασφαλιστικές εταιρίες συνήθως επενδύουν τα αποθεματικά τους στις χρηματαγορές με την πεποίθηση ότι η αγορά θα παραμείνει υψηλά με σημαντικές αποδόσεις. Και όσο διαρκεί αυτή η πεποίθηση, τα ασφαλιστικά παραμένουν χαμηλά. Δεδομένου όμως ότι τον τελευταίο καιρό οι σχετικές αυτές αποδόσεις φθίνουν για διάφορους λόγους [όπως π.χ. παροχή δανείων μειωμένων εγγυήσεων και εξασφαλίσεων (subprime loans), κλπ], τα ασφαλιστικά αυξάνονται ως αντιστάθμισμα των απωλειών στην χρηματαγορά. Επομένως η διακύμανση των ασφαλιστικών είναι αντίστροφη της διακύμανσης της χρηματαγοράς.

Κατά τη γνώμη μας η εξήγηση βρίσκεται ανάμεσα στις δύο αυτές θέσεις. *Βραχυχρόνια*, το ασφαλιστικό κόστος δέχεται τις επιδράσεις αιφνίδιων απρόσμενων μεταβολών στο οικονομικό περιβάλλον. *Μακροχρόνια* εν τούτοις, το ασφαλιστικό κατά των ιατρικών ιαθών εξαρτάται βασικά από τα ποσά τα οποία οι ασφαλιστικές εταιρίες θα πρέπει να καταβάλλουν και όχι από μακροοικονομικά μεγέθη ή τάσεις των οικονομικών προβλέψεων. Ότι και αν συμβαίνει, οι αποζημιώσεις που επισύρουν τα ιατρικά λάθη αποτελούν ένα σημαντικό μέρος μιας βιομηχανίας, η οποία, π.χ. για τις ΗΠΑ, στο σύνολό της δημιουργεί απαιτήσεις που υπερβαίνουν το 10% του ΑΕΠ.

Το ερώτημα λοιπόν που τίθεται είναι: Υπάρχει τρόπος ελέγχου του μεγέθους της χρηματικής ποινής ώστε να κρατηθούν τα ασφαλιστικά σε ένα μη απαγορευτικό επίπεδο για τον προσφέροντα την ιατρική φροντίδα;

### 3. Οι Ορθές Πολιτικές

Η κρατική πολιτική εναντίον των ιατρικών ιαθών μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, οι οποίοι μπορούν να ποικίλουν από τον καθορισμό ενός ελαχίστου προκαθορισμένου επιπέδου ποιότητας προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών μέχρι την επιβολή αυστηρών ποινών για τις προξενθείσες βλάβες.

Ας δούμε όμως τα πράγματα με τη σειρά. Εκτός των βλαβών που προκύπτουν στο ‘θύμα’ του ιατρικού λάθους, προκαλούνται επίσης άλλες δύο ομάδες κοινωνικού κόστους: (1) κόστος από την διαδικασία απονομής δικαιοσύνης που επιβαρύνει τα ενδιαφερόμενα μέρη και το κράτος και (2) κόστος από τη μείωση της ‘αξίας’ της ζωής (της ύπαρξης). Το θέμα της χρηματικής αποτίμησης της ανθρώπινης ζωής αναφέρεται σε καθαρά ηθικές έννοιες στις κοινωνικές επιστήμες. Εν τούτοις πολλοί οικονομολόγοι έχουν αναπτύξει διάφορες προσεγγίσεις στην αποτίμηση της ανθρώπινης ζωής. Μερικοί από αυτούς υπολογίζουν την οικονομική αποτίμηση της ζωής του ατόμου στην κοινωνία σε όρους των προσδοκώμενων κερδών του κατά τη διάρκεια της ζωής του ή του μεγέθους της καταναλωσης την οποία θα κάνει. Άλλοι λαμβάνουν υπόψη τους την επιθυμία του ατόμου να πληρώσει για την μείωση της πιθανότητας θανάτου του ή της επιθυμίας να αποδεχθεί κάποια πληρωμή σε ανταλλαγή ενός αυξημένου κινδύνου θνησιμότητας (π.χ. πληρωμή υψηλότερου τιμήματος για την καλύτερη νοσηλεία, ή συμφωνία υψηλότερης αμοιβής για περισσότερο επικίνδυνη εργασία).

Πολλές χώρες αντιμετωπίζουν αυτά τα κοινωνικά κόστη ελέγχοντας το σύνολο του συστήματος αντιμετώπισης των ιατρικών ιαθών με το να περιορίζουν την δυνατότητα πρόσβασης στα δικαστήρια αναγνωρίζοντας μεν την βλάβη αλλά περιορίζοντας την ποινή για την αποκατάσταση μέχρι ενός συγκεκριμένου ύψους ποσού.

Ένας τρόπος εξορθολογισμού αυτού του (κοινωνικού) κόστους είναι ο καθορισμός ενός ελαχίστου επιπέδου προσφοράς ιατρικής φροντίδας, ώστε η υποχρεωτική τήρηση αυτού να αποθαρρύνει ή παρεμποδίζει τους διατεθειμένους να καταγγείλουν την διάπραξη λάθους, τουλάχιστον από αμέλεια. Δηλαδή να παρεμποδίζεται μία ενέργεια η οποία, επιβαρύνει το κοινωνικό κόστος. Όπως θα αναφερθεί παρακάτω, η πολιτική αυτή αντιμετώπισης του κόστους των ιατρικών ιαθών στην ιδεατή περίπτωση θα μπορούσε να σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη να μπορούν να έρχονται σε επαφή μεταξύ τους (σύμφωνα με το θεώρημα του Coase<sup>16</sup>) με επιδίωξη την μεγιστοποίηση της οικονομικής αποτελεσματικότητας. Δηλαδή υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις

12. Κατά δήλωση υψηλόβαθμου στελέχους αλληλοδοπής ασφαλιστικής εταιρείας που δραστηριοποιείται στην Ελλάδα.

13. Δηλώσεις του κ. Δ. Πάτρα, Προέδρου της Επιτροπής Αστικής Ευθύνης της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών, στην εφημερίδα Το ΒΗΜΑ στις 16/10/2005, σ. Α44.

14. Εφημ. Το ΒΗΜΑ, ενθ. ανωτ.

15. Βλ. Shaw, ενθ. ανωτ., 2373.

16. Ο Ronald Coase του Παν/μίου του Σικάγο, έδειξε ότι οι εκούσιες διαπραγματεύσεις μεταξύ των μερών που επηρεάζονται μπορεί να οδηγήσουν, σε ορισμένες περιπτώσεις (κυρίως όταν το κόστος των διαπραγματεύσεων- συναλλακτικό κόστος είναι χαμηλό) σε μια αποτελεσματική κατάσταση.

οποιές οι ιδιωτικές διαπραγματεύσεις θα μπορούσαν να μετριάσουν αρνητικές επιδράσεις, κυρίως όταν τα δικαιώματα ιδιοκτησίας είναι σαφώς καθορισμένα και όπου τα θυγρόμενα μέρη είναι λίγα, (βλ. κατωτέρω παρ. 4) ώστε να είναι δυνατόν να συναντηθούν και να διαπραγματευθούν την αποτελεσματική λύση. Επομένως θα πρέπει να διερευνηθεί με ποιο τρόπο τα διάφορα μέρη του οικονομικού 'παιχνιδιού' θα αντιδράσουν ώστε να μεγιστοποιήσουν την χρησιμότητά τους, υποκείμενα σε διάφορους περιορισμούς (νομικούς ή οικονομικούς). Εν τούτοις πολλές φορές η ανυπαρξία του ιδεατού κόσμου προκαλεί μη ορθολογική συμπεριφορά των εμπλεκόμενων μερών με αυξημένα οικονομικά κόστη.

#### A. Από την πλειερά του ενάγοντος

Ο ενάγων δεν έχει πάντοτε την ικανότητα της αντίληψης του πραγματικού μεγέθους της κατάστασης την οποία βιώνει. Αυτή η έλλειψη του συνόλου των πληροφοριών που τον αφορούν δεν καθιστά δυνατό τον χαρακτηρισμό των ενεργειών του από ορθολογικότητα. Οι ενέργειές του περιορίζονται από το προσωπικό κόστος στο οποίο θα υποβληθεί και συνήθως παρεμποδίζονται από την αδυναμία του να παρουσιάσει αποδείξεις για την ευθύνη του ζημιώσαντος-εναγομένου. Ακόμα, η ταπεινωτική (συνήα απάνθρωπη) συμπεριφορά στην οποία πολλές φορές υπόκειται το θύμα του ιατρικού λάθους συχνά εξουδετερώνει το δημιουργούμενο κίνητρο να καταφύγει στα δικαστήρια, επειδή η 'κακομεταχείριση' την οποία θα υποστεί μπορεί να κάμψει τη βούλησή του να αντιδράσει.

#### B. Από την πλειερά του ζημιώσαντος-εναγομένου

Η εξυπηρέτηση ασθενών χαμηλού εισοδήματος καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο έργο για τον ιατρό την προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών με την ταυτόχρονη πραγματοποίηση ικανοποιητικής αμοιβής. Η υποχρεωτική παροχή ενός ελαχίστου επιπέδου ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών δεν διασφαλίζει μία ικανοποιητική 'συναλλαγή' μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Χαμηλού εισοδήματος ασθενείς δεν αποδέχονται και ένα χαμηλό επίπεδο ιατρικής φροντίδας σε αντιστάθμισμα χαμηλότερης οικονομικής αμοιβής. Δηλαδή το γεγονός ότι οι χαμηλού εισοδήματος ασθενείς δεν καταβάλλουν υψηλές αμοιβές προς τους παρέχοντες την ιατρική φροντίδα, δεν δικαιολογεί στα μάτια τους χαμηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες.

#### 4. Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών

Τα Ιατρικά Λάθη πάντοτε κατείχαν μία ιδιαίτερη θέση στο δίκαιο των αδικοπραξιών. Έως πρόσφατα η αντιμετώπισή τους περιοριζόταν στις διατάξεις του δικαίου αυτού οι οποίες κατέληγαν στην επιβολή κάποιου χρηματικού προστίμου ως αποζημίωση προς το θύμα για τη ζημία που υπέστη όπως προβλεπόταν από τις κείμενες διατάξεις. Τα τελευταία χρόνια όμως η ανάπτυξη του κλάδου, ο οποίος έχει αποκληθεί 'Οικονομική Ανάλυση του Δικαίου'<sup>17</sup> και περιγράφει και αναλύει τις σχέσεις

μεταξύ Οικονομίας και Δικαίου, παρέχει τη δυνατότητα προσέγγισης του θέματος από μία διαφορετική μεθοδολογική σκοπιά, περισσότερο ολοκληρωμένη που λαμβάνει υπόψη, όλα τα δεδομένα του συμβάντος (νομικά, κοινωνικά, οικονομικά). Μέσα λοιπόν σε αυτό το 'νέο' επιστημονικό πλαίσιο, αντιμετωπίζονται ερωτήματα τα οποία παλαιότερα δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπισθούν με επιστημονικό τρόπο, όπως π.χ. 'κατά ποιο τρόπο η επιβολή ποινής (υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης) επηρεάζει την συμπεριφορά του υποκειμένου;'

Οι περιπτώσεις πρόκλησης ζημίας σε τρίτον είναι πολλές. Σε ένα ιδεατό κόσμο όπου τα *συναλλακτικά κόστη (transaction costs)* είναι μηδενικά, δηλαδή δεν υπάρχουν δαπάνες συλλογής πληροφοριών, διαπραγματεύσεων, κατάρτισης συμβάσεων και ελέγχου της εκτέλεσής τους, κλη, και εφόσον τα δικαιώματα των ενδιαφερομένων μερών είναι σαφώς προσδιορισμένα (δηλ. ποιος έχει από το νόμο την υποχρέωση να αποτρέψει ή το δικαίωμα να ζητήσει την αποτροπή της βλάβης), τα μέρη είναι δυνατόν να συμφωνήσουν μεταξύ τους εκ των προτέρων σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των πιθανών ζημιών (π.χ. συναίνεση για συγκεκριμένη ρύθμιση σε περίπτωση πρόκλησης ατυχήματος κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής) (*θεώρημα Coase - θετική εκδοχή*). Στην περίπτωση αυτή η έννομη τάξη, που κατανέμει δικαιώματα και υποχρεώσεις δεν έχει καμιά επίδραση στην κατανομή των παραγωγικών πόρων που κινούνται προς τις αποτελεσματικές χρήσεις τους με *συναλλακτικές πράξεις* των οικονομικών μονάδων. Ωστόσο στον πραγματικό κόσμο, τα *συναλλακτικά κόστη είναι ιδιαίτερα υψηλά*, γεγονός που παρεμποδίζει ή και αποκλείει *συναλλακτικές πράξεις*. Άρα, τέτοιες συμφωνίες δεν είναι δυνατές (π.χ. ένας ιατρός δεν είναι δυνατόν να συμφωνήσει με όλους τους πελάτες-ασθενείς του σχετικά με την αντιμετώπιση πιθανού ατυχήματος). Η έννομη τάξη αποκτά ιδιαίτερη σημασία αφού διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό το ύψος αυτού του ίδιου του συναλλακτικού κόστους και την τελική και *κοινωνικά άριστη* κατανομή των παραγωγικών πόρων. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να εφαρμοστεί το *θεώρημα Coase στην κανονιστική του μορφή*, που διατύπωσε ο Richard Posner, *σύμφωνα με την οποία ο νομοθέτης ή ο δικαστής πρέπει να μιμηθεί την αγορά, δηλαδή να επιλέξει τη ρύθμιση που μεγιστοποιεί την κοινωνική ευημερία*. Στο πλαίσιο αυτό, στην περίπτωση του συμβάντος, η κατανομή της ευθύνης είναι σκόπιμο να γίνει με τρόπο έτσι ώστε το κόστος αυτού να αναλαμβάνεται από εκείνο το μέρος το οποίο είναι στην θέση να αποφύγει ή να ελαχιστοποιήσει τη ζημία.

Σε αντίθεση λοιπόν με τις συμβάσεις, όπου η επαφή είναι αμοιβαίως επωφελής, εδώ δεν υπάρχει συναίνεση από κανέναν (αν και ο ένας με τη θέλησή του αναλαμβάνει μια επικίνδυνη δραστηριότητα και ο άλλος αποζημιώνεται - όχι όμως πλήρως). Λόγω του μεγάλου κόστους συναλλαγών στις αδικοπραξίες, *θα πρέπει το δίκαιο να δώσει τη λύση*.

Επομένως, στόχος της οικονομικής ανάλυσης του δικαίου των αδικοπραξιών είναι η ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους που τα δυσμενή συμβάντα προκαλούν στο κοινωνικό σύνολο.

Αναφορικά με το θέμα των ιατρικών λαθών, η οικονομική ανάλυση του δικαίου θέτει το εξής ερώτημα: *εάν κάποια ποινή με τη μορφή πλήρους αποζημίωσης για τις θετικές και αποθετικές ζημιές που προκλήθηκαν (punitive damages) επιβληθεί σ' αυτόν*

ρούν ως κάτι 'εξωτικό' και δύσκολο να κατανοηθεί, όπως η κοινωνιολογία του δικαίου. Για ορισμένους νομικούς η ΟΑΔ λανθασμένα ταυτίζεται με το οικονομικό δίκαιο το οποίο όμως περιλαμβάνει το σύνολο του τραπεζικού και εμπορικού δικαίου και του δικαίου επιχειρήσεων. Για τους οικονομολόγους η ΟΑΔ είναι εξ ίσου αόριστο αντικείμενο αν και οι περισσότεροι είναι εξοικειωμένοι με το θεώρημα του Coase και άλλες θεωρίες ρύθμισης.

(Βλ. επίσης Steven Shavell, *Economic Analysis of Accident Law*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts; London, England 1987.)

17. Η 'Οικονομική Ανάλυση του Δικαίου' (ΟΑΔ) θεωρείται σήμερα από τις σημαντικότερες σχολές της αμερικανικής νομικής σκέψης. Εμφανίστηκε δε κατά την δεκαετία του 1950 στη Νομική Σχολή του Σικάγο παράλληλα με το ρεύμα του φιλελευθερισμού στην Οικονομική Επιστήμη. Σύμφωνα με τον Άρη Χατζή (*Law and Economics in Greece, in Encyclopedia of Law and Economics, Vol. I The History and Methodology of Law and Economics, Boudewijn Bouckaert and Gerrit De Geest, eds. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2000, σελ. 228-239*) δεν υπάρχει Ελληνική ΟΑΔ, αν με αυτή εννοούμε ένα συνεκτικό σώμα εργασιών και μία ομάδα επιστημόνων αφοσιωμένων στην προώθησή του. Αυτή η σχολή σκέψης είναι άγνωστη στην πλειοψηφία των νομικών και οικονομολόγων οι οποίοι την θεω-

που την έχει προκαλέσει, πόσο ασφαλέστερη θα είναι στο μέλλον η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών και σε ποια τιμή θα προσφέρονται αυτές. Για τους οικονομολόγους οι ποινές είναι όπως οι τιμές και οι άνθρωποι αντιδρούν στις ποινές με τον ίδιο τρόπο που αντιδρούν στις τιμές. Σύμφωνα με τον γνωστό Νόμο της Ζήτησης, στις υψηλές τιμές οι καταναλωτές καταναλώνουν λιγότερο και επομένως αναλογικά, σε υψηλές ποινές οι ιατρικοί φορείς θα προσφέρουν ολιγότερη ποσότητα από την υπηρεσία που υπόκειται στην ποινική δίωξη. Ας υποθέσουμε λοιπόν, ότι όλοι όσοι προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες θεωρούν ότι είναι ενδεχόμενο σε κάποια στιγμή της επαγγελματικής τους ζωής να προκαλέσουν βλάβη ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής τους δραστηριότητας. Το πρώτο ερώτημα που αντιμετωπίζουν (αν και πολύ ακραίο) είναι κατά πόσο είναι συμφέρον να ασκήσουν το επάγγελμά τους. Για τον επαγγελματία όμως ο οποίος επιδιώκει μεγιστοποίηση των εσόδων του (εξάλλου πάνω στην αρχή της ορθολογικής ή μεγιστοποιητικής συμπεριφοράς θεμελιώνεται η συμπεριφορά του καταναλωτή από τη νεοκλασική θεωρία) η απάντηση εξαρτάται από το σχετικό μέγεθος δύο ειδών κόστους: το πρώτο είναι το πραγματικό κόστος της προσφοράς υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών και το δεύτερο ένα "θεωρητικό" (ενδεχόμενο) κόστος το οποίο θα προκύψει από το μέγεθος της βλάβης εφ' όσον προκληθεί κάτι τέτοιο στον ασθενή. Ο παρέχων λοιπόν την ιατρική υπηρεσία οφείλει να συγκρίνει το κόστος παροχής αυτής της υπηρεσίας με το κόστος στο οποίο πιθανώς θα υποβληθεί από την επιβολή της ποινής σε περίπτωση διάπραξης λάθους.

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, για να υπάρξει ισορροπία στη "αγορά" ιατρικών υπηρεσιών και για να επιτευχθεί το άριστο μέγεθος παροχής αυτών, η δαπάνη στην οποία ο παρέχων την υπηρεσία θα υποβληθεί για τη βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών που θα προσφέρει, θα ανέλθει μέχρι του σημείου εξίσωσης αυτής με το κόστος της ποινής που θα αποφευχθεί από την βελτιωμένη παροχή των υπηρεσιών αυτών.

Σύμφωνα με τον Καθηγητή Π. Γέμο<sup>18</sup>, δημιουργούνται τριών ειδών κόστη από την αδικοπραξία (πρόκληση ιατρικού λάθους):

Το Πρωτογενές κόστος, είναι η απώλεια χρησιμότητας (βλάβη του ζημιωθέντος) που υφίσταται το θύμα μιας ζημιογόνου πράξης (προσωπικές ιατρικές δαπάνες για την αποκατάσταση της βλάβης, απώλεια προσωπικού εισοδήματος λόγω νοσηλείας και απουσίας από την εργασία, δαπάνες για προσωπική ασφάλιση κατά ατυχήματος, κ.α).

Το Δευτερογενές κόστος, προκαλείται από την αναποτελεσματική διασπορά κινδύνων και ασφάλιση των ζημιών. Η αβεβαιότητα του μέλλοντος επιβάλλει ασφάλιση των ζημιών. Αν όμως υπάρχει επιθυμία προς ασφάλιση με καταβολή αντίστοιχου τιμήματος αλλά αδυναμία πράξης τότε οδηγούμαστε σε μείωση της κοινωνικής ευημερίας και ύπαρξη κόστους από ζημιογόνες δραστηριότητες. Η κοινωνική ευημερία αυξάνει με την ασφαλιστική κάλυψη, αν οι μετέχοντες σε μία κοινότητα κινδύνων είναι πρόθυμοι, με πλήρη πληροφόρηση για τις ενδεχόμενες ζημιές, να πληρώσουν ασφαλιστρα που είναι τουλάχιστον ίσα με την προσδοκώμενη ζημία ανά ασφαλισμένο (είναι διαφορετικό ένα άτομο να υφίσταται ζημία 50.000 ευρώ και διαφορετικό κάθε ένα από 50.000 άτομα να υφίσταται ζημία 1 ευρώ). Από το άλλο μέρος, αν δεν υπάρχει δυνατότητα ασφάλισης, μπορεί να χρειασθεί συμψηφισμός πρωτογενούς και δευτερογενούς κόστους: αύξηση του κόστους των ζημιών είναι δυνατόν να υπερκαλύπτεται από τη μείωση του κόστους των κινδύνων.

Δευτερογενές κόστος εμφανίζεται στην περίπτωση απο-

στροφής του κινδύνου με αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για ασφάλεια. Αναδιανομή (μετακίνηση) των κινδύνων αυξάνει τη συνολική ευημερία (κριτήριο Kaldor-Hicks<sup>19</sup>), αν εκείνος από τον οποίο αφαιρείται ο κίνδυνος αξιολογεί την αύξηση της ασφάλειάς του υψηλότερα από όσο αξιολογεί ο αναδεχόμενος τον κίνδυνο τη μείωση της δικής του ασφάλειας.

Γενικότερα, ο βαθμός αποστροφής του κινδύνου και αντίστοιχα η ένταση της ζήτησης για ασφάλεια μετρώνται με το ισοδύναμο ασφαλείας του προσδοκώμενου εισοδήματος ή του προσδοκώμενου κόστους από μία δραστηριότητα. Σε περίπτωση ουδετερότητας προς τον κίνδυνο το ισοδύναμο της ασφαλείας είναι ίσο με την τιμή προσδοκίας του αντίστοιχου μεγέθους, που σημαίνει το βέβαιο μέγεθος αξιολογείται όσο ακριβώς είναι το προσδοκώμενο. Τέλος σε περίπτωση αποστροφής του κινδύνου προτιμάται χαμηλότερο βέβαιο εισόδημα από υψηλότερο αβέβαιο ή υψηλότερο βέβαιο κόστος από χαμηλότερο αβέβαιο.

Επομένως, για τη μείωση του δευτερογενούς κόστους ενδεκνται η ασφάλιση του φορέα κατά του ατυχήματος, η οποία ενδεχομένως όμως αυξάνει το πρωτογενές κόστος.

Το Τριτογενές κόστος καλύπτει τη δέσμευση παραγωγικών πόρων για την επιβολή του δικαίου και την διεκπεραίωση των διαδικαστικών νομικών πράξεων (δικαστικά έξοδα για την εφαρμογή του δικαίου των αδικοπραξιών, όπως π.χ. έξοδα για τον υπολογισμό της ζημίας, έξοδα δικηγόρου, κ.ά.). Γενικά το τριτογενές κόστος περιλαμβάνει τον κόπο και το χρόνο που συνδέεται με την άσκηση αγωγής αποζημίωσης και απονομής δικαιοσύνης.

Το δίκαιο των αδικοπραξιών<sup>20</sup> επιδιώκει να μειώσει σε ένα κοινωνικά άριστο επίπεδο το πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές κόστος των ατυχημάτων. Η ελαχιστοποίηση του πρωτογενούς κόστους (ζημία + κόστος αποτροπής της) πρέπει συνεπώς να συμπληρωθεί με ελαχιστοποίηση του δευτερογενούς (άριστη κατανομή κινδύνων) και του τριτογενούς κόστους (διοικητικού κόστους).

Στην πραγματικότητα για να προσδιοριστεί το κόστος κατανομής των ζημιών στους μετέχοντες σε μία ζημιογόνα δραστηριότητα πρέπει εντοπισθούν οι δράστες και να ρυθμισθούν δικαστικά οι διαφορές. Η συστηματική απόκλιση των αδικοπρακτικών ζημιών από το πραγματικό τους ύψος αλλοιώνει τα κίνητρα που δημιουργούν οι κανόνες αστικής ευθύνης, όπως είναι ευθύνη από υπαιτιότητα και ευθύνη από διακινδύνευση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η προσφυγή σε κοινωνικά πρότυπα που είναι αποτέλεσμα διαδικασίας μάθους και προσαρμογής είναι καλό υποκατάστατο του ακριβούς κατά περίπτωση υπολογισμού της αμέλειας σύμφωνα με τον κανόνα Hand που θα αναλυθεί κατωτέρω.

Για να υπάρχει αριστοποίηση του τριτογενούς κόστους, θα πρέπει να γίνει στάθμιση του ύψους της δέσμευσης παραγωγικών συντελεστών για την επιδίκαση των ζημιών έναντι των μειονεκτημάτων που προκύπτουν από τη μη άσκηση αγωγών λόγω υψηλών δικαστικών εξόδων, την κακή εκτίμηση των ζημιών ή τον μη εντοπισμό των υπεύθυνων των αδικοπρακτικών ενεργειών. Και εδώ μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας

19. Σύμφωνα με το κριτήριο Kaldor-Hicks μια κατάσταση είναι αξιολογικά ανώτερη αν οι κερδισμένοι μπορούν να αποζημιώσουν τους χαμένους (χωρίς να χρειάζεται πρακτικά να το κάνουν) και ακόμα να έχουν καθαρή αύξηση στην ευημερία τους (βλ. Γέμο, ενθ. αν., σ. 50).

20. Κατά τον Α.Κ. αδικοπραξία είναι η πρόκληση από ένα πρόσωπο σε άλλο ζημία με παράνομη και υπαίτια πράξη του πρώτου. Προϋποθέσεις για αποζημίωση για την προκληθείσα ζημία αποτελούν οι 1. Παράνομη συμπεριφορά (αποδοκιμάζεται από την έννομη τάξη), 2.Υπαιτιότητα (ψυχική στάση του δράστη), 3.Ζημία (βλάβη στα υλικά ή άυλα αγαθά), 4. Αιτιώδης συνάφεια (μεταξύ νόμιμου λόγου ευθύνης και της ζημίας). Αν η ευθύνη είναι αντικειμενική αρκεί η πράξη, η ζημία και η αιτιώδης συνάφεια

18. Πέτρος Α. Γέμος, Οικονομία και Δίκαιο, Β' μέρος, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα 2001 (σ. 215-219) και Guido Calabresi, The Costs of Accidents: A Legal and Economic Analysis, New Haven: Yale University Press, 1970.

συνεπάγεται ελαχιστοποίηση του αθροίσματος του κόστους της δικαστικής ρύθμισης των ζημιών και του κόστους υποτίμησης του ύψους των ζημιών<sup>21</sup>.

Συστηματική υποτίμηση του ύψους της ζημίας γίνεται για δύο λόγους: α) μη προσφυγή στα δικαστήρια είτε διότι δεν έγινε αντιληπτό ότι η ζημία ήταν αποτέλεσμα πράξης τρίτων είτε διότι προσφυγή στα δικαστήρια συνεπάγεται υψηλότερο κόστος από τα αναμενόμενα οφέλη, β) επιδίκαση χαμηλότερης αποζημίωσης από το ύψος της πραγματικής ζημίας.

Αν τεθεί ως στόχος η μείωση του τριτογενούς κόστους (π.χ. με την καθιέρωση ενός καθεστώτος μη ευθύνης), τότε πρέπει να αυξηθεί το πρωτογενές κόστος. Το ίδιο συμβαίνει αν τεθεί ως στόχος και η μείωση του δευτερογενούς κόστους.

Αν ως προτεραιότητα τεθεί ο στόχος της μείωσης του πρωτογενούς κόστους, δηλαδή των ιδιωτικών δαπανών που προκύπτουν από την ενδεχόμενη βλάβη απαραίτητη είναι η λήψη μέτρων αποτροπής του ατυχήματος, τα οποία επίσης κοστίζουν. Πολλές φορές μάλιστα το κόστος αποτροπής του ατυχήματος είναι μεγαλύτερο από το κόστος που προκαλεί το ίδιο το ατύχημα. Ο στόχος της οικονομικής αποτελεσματικότητας αφορά την ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους (κόστος ατυχήματος + κόστος αποτροπής)<sup>22</sup>.

Επομένως το Αποτελεσματικό Επίπεδο Ατυχημάτων, δηλαδή αυτό που θα ελαχιστοποιήσει το συνολικό κόστος, μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι εκείνο όπου το οριακό κόστος αποτροπής = οριακό όφελος από αποτροπή.

Δηλαδή, μέτρα αποτροπής της ζημίας πρέπει να λαμβάνονται έως το σημείο στο οποίο η δαπάνη για τη λήψη μιας επιπλέον μονάδας από τα μέτρα αποτροπής να μην υπερβαίνει το ύψος του ποσού που εξοικονομείται από τη μείωση της ζημίας που επιφέρει. Άρα, τα επί πλέον μέτρα αποτροπής που θα ληφθούν θα πρέπει να μειώνουν τη ζημία κατά μέγεθος μεγαλύτερο ή ίσο από το κόστος τους.

Αντίστοιχα καθορίζεται και το Αποτελεσματικό Επίπεδο Δραστηριότητας: Μια επιπλέον μονάδα δραστηριότητας πρέπει να επιχειρείται όταν το όφελος από αυτή υπερβαίνει το κόστος της.

Πώς επιτυγχάνεται αυτό; Με την υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης, δηλαδή με το να αναλαμβάνει το κόστος των ατυχημάτων ο δράστης. Σύμφωνα με την κανονιστική εκδοχή του θεωρήματος Coase, το κόστος του ατυχήματος αναλαμβάνεται από εκείνο το μέρος που είναι στην καλύτερη θέση να αποφύγει ή να ελαχιστοποιήσει τη ζημία, δηλαδή τον υπαίτιο.

Το ερώτημα όμως που ανακύπτει είναι: Πως ορίζεται ο υπαίτιος και ποιο είναι το μέγεθος της ευθύνης που έχει;

Σημαντικό ρόλο παίζει η προβλεψιμότητα της ζημίας. Αν ο δράστης δεν ήταν δυνατόν να προβλέψει το είδος της ζημίας που προκλήθηκε, τότε δεν θα μπορούσε να είχε λάβει μέτρα για την αποτροπή της. Γι' αυτό δεν έχει νόημα, από πλευράς οικονομικής ανάλυσης του δικαίου να υποχρεούται σε αποζημίωση για αυτή (διαφορετικό είναι το ζήτημα όταν ο δράστης μπορούσε να προβλέψει το είδος της ζημίας αλλά όχι την ακριβή της έκταση). Γι' αυτό το θέμα σε συγκεκριμένη περίπτωση έχει γίνει χρήση της σχέσης που ο δικαστής *Learned Hand* διατύπωσε κατά την εκδίκαση υπόθεσης και έμεινε γνωστή ως *Κανόνας ή formula Learned Hand*. Η σχέση αυτή συσχετίζει το αναμενόμενο κόστος της βλάβης με το κόστος αποτροπής της ζημίας. Σύμφωνα λοιπόν με τον κανόνα *Learned Hand*, αμέλεια υπάρχει αν οι δαπάνες (το κόστος) που γίνονται για την αποτροπή της ζημίας είναι μικρότερες από το προσδοκώμενο χρηματικό όφελος που προκύπτει από την αποφυγή της ζημίας.

### **Learned Hand formula: $pL > B$**

όπου,

$p$  = πιθανότητα πρόκλησης της ζημίας

$L$  = το μέγεθος της ζημίας

$B$  = δαπάνες (κόστος) για την αποτροπή της ζημίας

$PL$  = αναμενόμενο κόστος της βλάβης / ζημίας

Με άλλα λόγια ο υπαίτιος θα μπορούσε να είχε αποφύγει τη ζημία και να είχε επιτύχει το 'άριστο' επίπεδο επιμέλειας αν οι δαπάνες (το κόστος) που θα κατέβαλε για την αποτροπή του ατυχήματος ισούσαν με το αναμενόμενο όφελος (κόστος) από την μη πρόκληση της βλάβης<sup>23</sup>.

### **5. Επίλογος**

Η προηγούμενη ανάλυση έθεσε ορισμένα σημαντικά κατά τη γνώμη μας θέματα που αφορούν την αντιμετώπιση των ιατρικών λαθών ειδικότερα και των αδικοπραξιών γενικότερα κατά την απονομή της δικαιοσύνης και την επιδίκαση αποζημιώσεων. Εν πρώτοις, θα πρέπει να αναπτυχθεί ένας μηχανισμός μέτρησης του κόστους και της αξίας ώστε να μπορεί να καθορίζεται ποια συμπεριφορά είναι αποτελεσματική [αποκαλυπτόμενες προτιμήσεις στην αγορά (revealed preferences on the market) έναντι των εκτιμήσεων των δικαστηρίων]. Ασφαλώς ο πρώτος μηχανισμός είναι προτιμότερος του δεύτερου και θεωρούμε ότι η οικονομική ανάλυση του δικαίου μπορεί να προσφέρει προς αυτή την κατεύθυνση. Με αυτό εννοούμε ότι η οικονομική ανάλυση πρέπει πλέον να εισχωρήσει στις δικαστικές αίθουσες και, ακόμα σημαντικότερο, να περιληφθεί μέσα στα δικαστικά μοντέλα.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Calabresi, Guido*: The Costs of Accidents: A Legal and Economic Analysis, New Haven: Yale University Press, 1970.
- Γέμτος, Πέτρος*: Οικονομία και Δίκαιο, Β' μέρος, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα 2001
- Hatzis, Aris*: Law and Economics in Greece, in Boudewijn Bouckaert and Gerrit De Geest, (eds.) Encyclopedia of Law and Economics. The History and Methodology of Law and Economics, Vol.I, Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2000
- Shavell, Steven*: Economic Analysis of Accident Law, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts; London, England 1987
- Shaw, R. W.*: Punitive Damages in Medical Malpractice: An Economic Evaluation, North Carolina Law Review Vol. 81, 2003
- Χατζής, Αριστείδης*: Δίκαιο και Οικονομικά (Πανεπιστημιακές Σημειώσεις), Τμήμα Νομικών Επιστημών, ΕΚΠΑ, , Κεφ. 5, 'Οικονομική Ανάλυση του Δικαίου των Αδικοπραξιών' (σε συνεργασία με την Ελένη Ζερβογιάννη) Αθήνα, 2007.

21. Βλ. *Γέμτος*, ενθ. αν., σ. 218.

22. *Αριστείδης Χατζής*, Δίκαιο και Οικονομικά (Πανεπιστημιακές Σημειώσεις) Αθήνα Τμήμα Νομικών Επιστημών, ΕΚΠΑ, 2007, Κεφ. 5: 'Οικονομική Ανάλυση του Δικαίου των Αδικοπραξιών' (σε συνεργασία με την Ελένη Ζερβογιάννη).

23. Βλ. *Γέμτος*, ενθ. αν., σελ. 221.