



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΝΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΝΕΕΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2016-2017

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
της ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΠΑΝΑΓΙΔΗ
Α.Μ.: 7340010216008

ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Επιβλέποντες:

Παναγιώτης Νικολόπουλος
Ανθή Πελλένη- Παπαγεωργίου
Γεώργιος Λαδογιάννης

Αθήνα, 30/11/2017

Copyright © [Δήμητρα Παναγίδα, 2017]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.1	Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ	3
1.2	Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ – ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	5
2.	ΣΥΜΒΑΣΗ ΠΕΡΙ «ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ»	14
3.	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.....	17
3.1.	ΠΛΗΡΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	17
3.2.	ΚΑΤΑΝΟΗΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	22
3.3.	ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	23
3.4.	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΝΟΜΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ	25
4.	ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	30
4.1.	ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ	30
4.2.	ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	31
4.3.	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	36
4.3.1.	Ο ΑΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ	36
4.3.2.	Ο ΕΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΧΩΡΙΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ – ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	40
4.4.	ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	44
5.	ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ	46
5.1.	ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ	48
5.2	ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ	49
6.	ΑΡΝΗΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ	52
7.	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ	55
7.1.	ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΩΣ ΛΟΓΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ	55
7.2.	ΝΟΜΙΜΟΙ ΛΟΓΟΙ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΕΚ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ	56
7.2.1.	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	59
7.2.2.	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ ΕΚ ΤΗΣ ΑΔΙΚΟΠΡΑΞΙΑΣ	62
A)	Η ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ	64
B)	Η ΥΠΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ	65

Γ) Η ΠΡΟΚΛΗΘΕΙΣΑ ΖΗΜΙΑ	69
8. ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ	77
9. ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗΣ	82
10. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΙΟΥΡΓΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ	85
11. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΝΟΝΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	88
11.1. ΑΓΓΛΟΣΑΞΩΝΙΚΗ ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	88
11.2. ΣΟΥΗΔΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	100
12. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	103
13. ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	108
14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	118
14.1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ	118
14.2. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ	121
14.3. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	123
14.4. ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ	125

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ

Ήδη από την αρχαιότητα υπάρχουν άμεσες καθώς και έμμεσες αναφορές στην ευθύνη των ασκούντων τα επαγγέλματα υγείας με την πρώτη θέσπιση της ευθύνης τους να ανατρέχει στον Κώδικα του Χαμουραμί στην αρχαία Βαβυλώνα. Εν συνεχεία, στην αρχαία Αίγυπτο προβλεπόταν ότι οι ασκούντες τα ιατρικά επαγγέλματα οφείλουν να ακολουθούν τους κανόνες των ιερών βιβλίων και αφενός είναι απαλλαγμένοι από κάθε κατηγορία, εφόσον δε δύνανται να σώσουν τον ασθενή τους, αφετέρου καταδικάζονται σε θάνατο, εφόσον ενεργούν καθ' υπέρβαση ή/και, κατά μείζονα λόγο, αντίθετα από τους εν λόγω ιερούς κανόνες. Περαιτέρω, στη Ρώμη περιλήφθηκαν σε νομοθετήματα διατάξεις τόσο για την ισχυροποίηση των επαγγελματιών υγείας όσο και για τη φροντίδα και την προστασία της υγείας των πολιτών, ενώ, παραλλήλως, στον Ελληνικό Χώρο ίσχυαν ορισμένες βασικές ρυθμίσεις και αρχές, ήτοι, ενδεικτικά, αναφέρεται η υποχρέωση μη βλάβης του ασθενούς.

Επιπροσθέτως, για την ευθύνη των ασκούντων τα επαγγέλματα υγείας αναπτύχθηκαν τρεις βασικές θεωρίες με την πρώτη να ορίζει ότι οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας είναι απολύτως ανεύθυνοι για την εκτέλεση του έργου τους, με εξαίρεση τις περιπτώσεις στις οποίες οι εν λόγω πράξεις τους διέπονται από δόλο και όχι αμέλεια (είτε βαρεία είτε ελαφρά αμέλεια). Ωστόσο, έχει παρέλθει η εποχή κατά την οποία η Γαλλική Ακαδημία Ιατρικής διακήρυττε το ανεύθυνο των ιατρών για σφάλματά τους με μόνη εξαίρεση την πρόκληση βλαβών από δόλο¹. Το εν λόγω ανεύθυνο, το οποίο συγκρούεται με το σύγχρονο νομικό μας πολιτισμό, έχει ως αιτιολογία το γεγονός ότι η ιατρική, μέχρι τις αρχές του προηγούμενου αιώνα, δεν είχε να επιδείξει αξιοσημείωτα θεραπευτικά αποτελέσματα, αλλά βασιζόταν κυρίως σε πειραματισμούς με αντικείμενο τον εκάστοτε ασθενή. Επιπλέον, η δεύτερη άποψη υποστήριζε ότι οι ανωτέρω παρέχοντες υπηρεσίες υγείας δεν ευθύνονται για πράξεις που προκλήθηκαν από ελαφρά αμέλεια αλλά, αντιθέτως, φέρουν ευθύνη για πράξεις που διενήργησαν από βαρεία αμέλεια, ενώ, η τρίτη άποψη, η οποία είναι και η κρατούσα, τόνιζε ότι οι εν λόγω επαγγελματίες ευθύνονται πλήρως για τις πράξεις/ενέργειές τους, ακόμη και για εκείνες που χαρακτηρίζονται από ελαφρά αμέλεια.

¹ Κότσιανος, Ιατρική ευθύνη αστική και ποινική, Θεσ/νίκη 1977, σ. 19 - 20

Ωστόσο, τα ζητήματα και τα προβλήματα περί της ευθύνης των ασκούντων τα επαγγέλματα υγείας δεν απασχολούσαν για δεκαετίες τη θεωρία και την νομολογία της χώρας μας, με άμεση απόρροια να είναι ελάχιστες οι αποφάσεις περιεχομένου της εν λόγω ευθύνης οι οποίες να έχουν δημοσιευθεί στον Ελληνικό νομικό τύπο. Μάλιστα, οι περισσότερες από τις δημοσιευθείσες αποφάσεις δεν αφορούσαν την αστική ευθύνη των ανωτέρω λειτουργημάτων αλλά την ποινική τους υπόσταση, σε αντίθεση με την ενασχόληση και τη σωρεία αγωγών για σφάλματα περί της υγείας στην αλλοδαπή, με χαρακτηριστικό το παράδειγμα της Γερμανίας και των Αγγλοσαξονικών χωρών, οι οποίες προχώρησαν σε ανάλυση των δημιουργηθέντων προβληματισμών τόσο μέσω των δικαστικών τους αποφάσεων όσο και μέσω της συμβολής της θεωρίας τους. Ειδικότερα, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής παρατηρείται πληθώρα τέτοιου είδους αγωγών με τον αριθμό τους να πολλαπλασιαζόταν αν είχαν συνυπολογιστεί με την επέλευση θανάτου και άλλες συνέπειες σφαλμάτων υγείας π.χ. αναπηρίες, χρόνιες παθήσεις, ιατρογενείς λοιμώξεις ή βλάβες ιάσιμες, πλημμελής ή υπερβολική θεραπεία κ.λπ.

Σήμερα, όμως, η εικόνα στον Ελληνικό Χώρο, δε θυμίζει εκείνη των παλαιότερων ετών, καθώς τα Μ.Μ.Ε. βρίθουν από περιπτώσεις σοβαρών αλλά και ακίνδυνων σφαλμάτων των παρεχόντων υπηρεσίες υγείας με πληθώρα επιπτώσεων στους ασθενείς/παθόντες λόγω του αυξημένου αριθμού καταγγελιών οι οποίες τα συνοδεύουν. Είναι πλέον γεγονός ότι τόσο τα θύματα όσο και οι οικογένειές τους δε διστάζουν να ακολουθήσουν τη δικαστική οδό για την αναζήτηση αφενός των ποινικών αφετέρου των αστικών ευθυνών, για τις οποίες θα υπάρξει και η απαραίτητη ανάπτυξη με την παρούσα εργασία, και οι αποφάσεις των δικαστηρίων δικαιώνουν σε μεγάλο βαθμό πλέον τους προσφεύγοντες στη δικαιοσύνη, επιδικάζοντας αποζημιώσεις για ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη ύψους πολλών εκατομμυρίων, πρωτόγνωρες για την Ελληνική νομολογιακή πρακτική.

Πληθώρα λόγων οδηγούν τους ασθενείς να στραφούν κατά των παρεχόντων τις υπηρεσίες υγείας και μάλιστα, όλο και σε μεγαλύτερη έκταση διεθνώς αλλά και στον εσωτερικό του Ελληνικού Χώρου. Στα τέλη του 20^{ου} και στις αρχές του 21^{ου} αιώνα οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας αξιοποίησαν τα πορίσματα και των άλλων θετικών επιστήμων επιτελώντας γεωμετρική πρόοδο στις επιστήμες τους, με την ανακάλυψη αντιβιοτικών ως «όπλο» κατά των σοβαρών λοιμώξεων, με τη διενέργεια μικροχειρουργικών επεμβάσεων και με τις απαραίτητες μεταμοσχεύσεις, με εξελιγμένες και ακριβές διαγνωστικές μεθόδους. Συνεπώς, οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας/ασθενείς έχοντας πλέον υψηλές προσδοκίες, ένα καλύτερο μορφωτικό επίπεδο

και τις παραστάσεις από τις προδιαγραφές της αλλοδαπής θεωρίας και νομολογίας, παράλληλα με την απώλεια της αυθεντίας και του δέους για τους επαγγελματίες της υγείας, είναι πιο πιθανό απ' ό,τι στο παρελθόν να μην ανεχθούν υποβαθμισμένες και ανεπαρκείς υπηρεσίες. Είναι γεγονός ότι ο σύγχρονος καταναλωτής υπηρεσιών υγείας αναζητά, ενημερώνεται και αξιολογεί.

Επιπλέον, οι ασκούντες τα επαγγέλματα υγείας δεν περιορίζονται, όπως γινόταν στο παρελθόν, σε κατ' οίκον επισκέψεις τους, ώστε να δημιουργείται μία εντόνως προσωπική σχέση, εδραζόμενη στην εμπιστοσύνη αλλά αντίθετα η ίδια η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει αλλάξει με την επικράτηση οργανωμένων μονάδων υγείας ως χώρων άσκησης των υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς τους είναι απρόσωπες, με άμεση απόρροια να είναι συνήθως ψυχολογικά ευκολότερο για τον ασθενή να αναζητήσει ευθύνες για το οιοδήποτε σφάλμα. Εξάλλου, οι δυσαρεστημένοι από τις παρασχεθείσες υπηρεσίες ασθενείς ενθαρρύνονται από τα παραδείγματα, τα οποία δημοσιεύονται στον Ελληνικό νομικό τύπο, για όσους διεκδίκησαν και δικαιώθηκαν ξεπερνώντας τους αρχικούς ενδοιασμούς, εσωτερικές συγκρούσεις αλλά και φόβους αντίδρασης.

Στον Ελληνικό Χώρο, οι συνθήκες παροχής των υπηρεσιών, οι οποίες έχουν υποβαθμιστεί λόγω και της Ελληνικής οικονομικής κρίσης, η οποία χρόνια τον ταλαντεύει, δεν αφήνουν περιθώρια για αρκετές αισιόδοξες εκτιμήσεις, λόγω του ανέλεγκτου των επαγγελματιών υγείας που οδηγεί σε αυθαιρεσία, της δημοσιοϋπαλληλικής νοοτροπίας και αδιαφορίας, ειδικά στα δημόσια νοσοκομεία και οδοντιατρεία/πολυοδοντιατρεία, των ελλείψεων σε προσωπικό και στην εκπαίδευσή του καθώς και της ανεπάρκειας της υλικοτεχνικής υποδομής, συνθήκες που ευνοούν πληθώρα οδοντιατρικών σφαλμάτων, για τα οποία θα πραγματοποιηθεί και θα ακολουθήσει μία εκτενής ανάλυσή τους με την παρούσα εργασία.

1.2 Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ – ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το Δίκαιο και η Ιατρική έχουν διαφορετικές και συγκρουόμενες θεωρήσεις για τον ασθενή, καθώς για το Δίκαιο ο ασθενής είναι τόσο μια προσωπικότητα με δικαιοπρακτική βούληση όσο και φορέας των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του να αποφασίζει για τον εαυτό του αυτεξούσια, με πρωταρχική προϋπόθεση για την επέμβαση στην προσωπική του σφαίρα τη συναίνεσή του, κατόπιν της αναγκαίας ενημέρωσης για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα

κάθε πράξης, ώστε να ληφθεί η ελεύθερη και καλύτερη προς το συμφέρον του απόφαση. Σε αντιδιαστολή, για την Ιατρική, ο ασθενής είναι σε φυσική ή ψυχολογική αδυναμία να αποφασίσει ο ίδιος το καλύτερο για τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να θεωρείται ότι την ελλείπουσα γνώση και βούλησή του υποκαθιστά το θεραπευτικό προνόμιο των παρεχόντων τις υπηρεσίες υγείας.

Κατά μία εύστοχη επισήμανση², «η ιατρική και η νομική επιστήμη ευρίσκονται εις πολύ δύσκολον θέσιν, όταν πρόκειται να αντιμεωπίσουν το πρόβλημα της επαγγελματικής ευθύνης του ιατρού». Πράγματι, το πρόβλημα της επαγγελματικής ευθύνης τόσο του ιατρού όσο και του οδοντιάτρου, και, μάλιστα ειδικοτήτων με υψηλό θεραπευτικό κίνδυνο³, όπως ενδεικτικώς αναφέρεται ο χειρουργός ιατρός ή ο χειρουργός οδοντίατρος, προβάλλει αναγκαία την επίλυση τόσο δογματικών όσο και πρακτικών ζητημάτων αστικής, ποινικής αλλά και πειθαρχικής φύσεως. Ειδικότερα, η βιοτική σχέση οδοντιάτρου και ασθενούς επιτάσσει την πρακτική εναρμόνιση των ακόλουθων συνταγματικών δικαιωμάτων⁴, ήτοι αφενός του δικαιώματος του οδοντιάτρου να αναπτύσσει ελεύθερα την επαγγελματική προσωπικότητά του, συμμετέχοντας στην οικονομική ζωή της χώρας (5§1 Συντάγματος – Σ), να εφαρμόζει τις επιστημονικές και ερευνητικές του γνώσεις (16§1 εδ. α' και β' Σ), καθώς και να εκτελεί ακώλυτα και απερίσπαστα τις πάσης φύσεως οδοντιατρικές πράξεις ως περιεχόμενο της επαγγελματικής του εργασίας (22§1 εδ. α' Σ) αφετέρου του δικαιώματος του ασθενούς να σέβονται, οι υπόλοιποι κοινωνοί του δικαίου, την αξία του ως ανθρώπου (2§1 Σ), να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του, και, μάλιστα, καθαρίζοντας ο ίδιος το δικαίωμα της αυτοδιάθεσής του (5§1 Σ), να απολαμβάνει την απόλυτη προστασία της ζωής του (5§2 εδ. α' Σ) και της γενετικής του ταυτότητας (5§5 εδ. α' Σ), και προεχόντως έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων (5§5 εδ. β' Σ), να θωρακίζεται απέναντι σε ενδεχόμενες προσβολές από τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση προσωπικών οδοντιατρικών δεδομένων (9Α εδ. α' Σ), να απολαμβάνει ειδικής μέριμνας σε περίπτωση ανίατης σωματικής ή πνευματικής νόσου (21§2 Σ), καθώς εν γένει να λαμβάνει προστασία ως

²Ζέπος Π, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 21, 1

³Μαυροφόρου – Γιαννούκα Α., Παρατηρήσεις στην ΑΠ 76/2004 ΠοινΔικ 2004, 792, Κότσιανος Σ.Ιατρική ευθύνη αστική και ποινική ,Θεσ/νική 1977, σ. 226 και Φουντεδάκη Κ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, έτος 2007 για την οριοθέτηση του θεραπευτικού κινδύνου.

⁴Τρανταλίδης Γ., Ιατρικό Σφάλμα: Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, έτος 2012, σ.1

προς το κατοχυρωμένο αγαθό της υγείας του (5§5 εδ. α' και 21§3 Σ), έναντι παντός κινδύνου⁵⁶, και, ιδίως, του κινδύνου πρόκλησης αναπηρίας (21§2, 3, 6 Σ).

Συνεπώς η πρόκληση για τον νομικό να αναζητήσει, τη «χρυσή τομή» στα εκατέρωθεν συμφέροντα επαγγελματία οδοντίατρου και ασθενούς χαρακτηρίζεται ως ένα εγχείρημα απαιτητικό και με «ανθρώπινο» χαρακτήρα, δεδομένου ότι η αντιμετώπιση του φέρει πλείονες επιπτώσεις στο πολυτιμότερο αγαθό, ήτοι στην υγεία και, κατά μείζονα λόγο, στην ίδια τη ζωή του ανθρώπου⁷. Μάλιστα, σημειωτέον είναι το γεγονός ότι η αναγόρευση από το συνταγματικό μας νομοθέτη του αγαθού της υγείας σε δικαίωμα άξιο προστασίας από το Κράτος αφορά και τις ορίζοντες σχέσεις ανάμεσα στους ιδιώτες, όπως ενδεικτικώς αναφέρεται ένα ιδιωτικό οδοντιατρείο/πολυοδοντιατρείο ή ένας ιδιώτης οδοντίατρος με τον ασθενή του, καθώς εφαρμόζεται η αρχή της τριτενέργειας των ατομικών δικαιωμάτων, όπως αυτή κατοχυρώνεται στο άρθρο 25§1 εδ. γ' του Συντάγματος και η οποία ορίζει ότι τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν.

Ωστόσο, πέραν του πεδίου εφαρμογής του Ελληνικού Συντάγματος, το Δίκαιο της Αστικής Ευθύνης, καθορίζει ποιές ζημιές των ασθενών αποκαθίστανται, υπό ποιες προϋποθέσεις και όρους και σε ποια έκταση, κατανέμοντας τους κινδύνους και τις ζημιές στις εν λόγω βιοτικές σχέσεις, ήτοι τέμνει το ζήτημα ποιές ζημιές και κίνδυνοι βαρύνουν το χρήστη τους, κατά την αρχή *casum sensit dominus*, και ποιούς κινδύνους πρέπει να φέρουν οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας.

Ειδικότερα, η παρούσα εργασία αφορά την Αστική Οδοντιατρική Ευθύνη, η οποία βασίζεται ως επί το πλείστον στο Π.Δ. 39/2009 («Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας» στο εξής Κ.Ο.Δ.) ο οποίος αφορά τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των οδοντιάτρων κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους με κυριότερους στόχους την έκφραση του ιδεολογικού πλαισίου του εν λόγω επαγγέλματος, την ενίσχυση της έννοιας της επαγγελματικής ευθύνης, τη βελτίωση της εικόνας του επαγγέλματος, την έμπνευση και την ενθάρρυνση των επαγγελματιών στην άσκηση του έργου τους, την παροχή κατευθύνσεων, την ευαισθητοποίηση και τη βελτίωση της

⁵ΔΕφΑθ 5/2009 Νόμος, ΔεφΠειρ 1048/1994 ΔιΔικ 1994, σ. 906, όπου αναφέρεται ότι «το άρθρο 21§3 του Συντάγματος, που ορίζει ότι το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών, ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του κράτους και των νοσηλευτικών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, μέσω των οποίων επιδιώκεται και ασκείται η κρατική σχετική μέριμνα για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών και την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου σ' αυτούς, στους οποίους δίνει δικαίωμα να απαιτήσουν από την πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσής της».

⁶ΤρΔΠρΑθ 2326/1999 ΔιΔικ 2003, 8037, η οποία δέχθηκε το παράνομο των παραλείψεων των οργάνων του νοσοκομείου σύμφωνα με τις 928, 929 και 932 ΑΚ, 105 – 106 ΕισΝΑΚ και υπό το πρίσμα της 21§3 Σ.

ποιότητας παροχής υπηρεσιών καθώς και της επαγγελματικής συνοχής⁸. Ο Κ.Ο.Δ. με τη συμπληρωματική εφαρμογή του Ν. 1026/1980, ο οποίος αποτελεί το βασικό νόμο που διέπει τη λειτουργία των Οδοντιατρικών Συλλόγων και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και ο οποίος τροποποιήθηκε σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 38 του Ν. 3418/2005 («Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» - Κ.Ι.Δ.), αποτελούν τη βάση του νομικού πλαισίου για την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος, με αναγκαία προϋπόθεση κάθε οδοντίατρος να ενημερώνεται και να γνωρίζει τις διατάξεις τους, καθώς δε δικαιολογείται άγνοια νόμου σε όσα ο νόμος ορίζει.

Αξίζει, εισαγωγικά, να αναφερθεί ότι στους ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 84 /2001 ανήκουν τα ιδιωτικά οδοντιατρεία και πολυοδοντιατρεία, ενώ, παράλληλα, η παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία με βάση τους κανόνες της ιατρικής - οδοντιατρικής επιστήμης ανήκει στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, διενεργείται για τον ιδιωτικό τομέα από τις ιδιωτικές κλινικές (Π.Δ. 247/1991 και 235/2000) με τη δυνατότητα των εν λόγω φορέων λήψης νομικά της μορφής είτε της ατομικής επιχείρησης είτε της προσωπικής ή κεφαλαιουχικής εταιρίας.

Όσον αφορά το προϊσχύσαν δίκαιο, νομικό έρεισμα για την έκδοση του πρώτου Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 39/2009) αποτέλεσε ο Α.Ν. 1565/1939 «Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος», οι διατάξεις του οποίου επεκτάθηκαν και στους οδοντιάτρους με το Άρθρο ΜΟΝΟ του Β.Δ. 04-//1939 «Περί επεκτάσεως διατάξεων τινών του υπ' αριθμόν 1565/1939 Αναγκαστικού Νόμου - Κώδικα άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος και επί Οδοντιάτρων»⁹. Ειδικότερα, δυνάμει του άρθρου 27 του Α.Ν. 1565/1939, οι ρυθμίσεις του οποίου επεκτείνονται, όπως ανωτέρω αναλύθηκε, και στους οδοντιάτρους, ανατέθηκε στον Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Σύλλογο η κατάρτιση ενός Δεοντολογικού Κανονισμού των επαγγελματικών καθηκόντων, υποχρεώσεων αλλά και δικαιωμάτων των οδοντιάτρων, παρέχοντας και άλλους κανόνες ικανούς για την προστασία της τιμής και της αξιοπρέπειας του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Γενικότερα, ο οδοντίατρος οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την οδοντιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της οδοντιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας, τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για τη

⁷Ζέπος Π, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 21, 1

⁸Βλ. αναλυτικότερα την Αιτιολογική Έκθεση του Ν. 3418/2005 («Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας») με αναλογική εφαρμογή των αρχών και στον Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας.

⁹Άρθρον μόνον: «Αι διατάξεις του υπ' αριθ.1565/1939 Αναγκ.Νόμου "περί κώδικος ασκήσεως του Ιατρικού επαγγέλματος" εξαιρέσει των διατάξεων των άρθρ.48-91 συμπεριλαμβανομένου και 95-109 συμπεριλαμβανομένου, επεκτείνονται και επί των ασκούντων το οδοντοϊατρικόν επάγγελμα εν Ελλάδι».

διαφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγιών, σύμφωνα με το Άρθρο 24 του Α.Ν. 1565/1939 («Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος»), το οποίο διατηρήθηκε σε ισχύ κατά το άρθρο 47 ΕισΝΑΚ και, όπως προαναφέρθηκε, εφαρμόζεται αναλογικά και στους οδοντιάτρους.

Ωστόσο, εξαιτίας των γεγονότων που κλόνισαν την ελληνική κοινωνία τον 20^ο αιώνα (Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, Γερμανική Κατοχή, Εμφύλιος Πόλεμος), μεσολάβησε μια δεκαετία προκειμένου να εκδοθεί το Β.Δ. της 11.7/5.8.1950 «Περί Δεοντολογικού Κανονισμού Οδοντιάτρων», το οποίο ήταν ένα από τα πρώτα εγχειρήματα θέσπισης επαγγελματικού Κώδικα Δεοντολογίας, χαράσσοντας τις γενικές κατευθυντήριες αρχές άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος, και, μάλιστα, προηγείτο χρονικά του πρώτου ολοκληρωμένου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25.05/6.7.1955). Ο Δεοντολογικός Κανονισμός Οδοντιάτρων είχε ως πρωταρχικό άξονα τη ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ των οδοντιάτρων, με άμεση απόρροια να αποτελεί έναν καθαρά επαγγελματικό Κανονισμό με κενό ρυθμίσεων και αναφοράς αφενός στη σχέση του οδοντιάτρου και του ασθενή του αφετέρου στη λειτουργία του οδοντιάτρου εντός της κοινωνίας, ζητήματα τα οποία αναγείρουν πληθώρα ηθικοκοινωνικών προβληματισμών και τα οποία παρέμεναν αρρύθμιστα¹⁰.

Εν συνεχεία, η διαρκής πρόοδος αλλά και μεταβολή της κοινωνίας και των επιστημών του τέλους του 20^{ου} και της αρχής του 21^{ου} αιώνα οδήγησαν στη θέσπιση κανόνων, συμβατών με τις ανάγκες της τεχνολογικής και κοινωνικής εξέλιξης, αφού ο Δεοντολογικός Κανονισμός Οδοντιάτρων νομοθετήθηκε σε μια χρονική στιγμή, κατά την οποία η άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος διέφερε ουσιωδώς από τη σύγχρονη μορφή της. Ως «εναρκτήριο» νομοθέτημα της σύγχρονης άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος αποτέλεσε ο Ν. 1026/1980, ο οποίος είναι ο βασικός νόμος ο οποίος διέπει αφενός τη λειτουργία των Οδοντιατρικών Συλλόγων αφετέρου τις ενέργειες της Ελληνικής Ομοσπονδίας Οδοντιάτρων, ενώ σχεδόν μια δεκαετία αργότερα, προκειμένου να εκσυγχρονιστεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, ψηφίστηκε ο Ν. 2017/1992 με τον τίτλο «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας» με την αναγωγή του οδοντιατρικού επαγγέλματος σε λειτούργημα και τη χορήγηση εκ νέου νομοθετικής εξουσιοδότησης για τη θέσπιση νέων κανόνων δεοντολογίας,

¹⁰ Αυλογιάρη Ευπραξία, Ζησιού Ιωάννα, Σιβένα Ελπίδα, Τανισκίδου Άννα-Μαρία, Νομική διάσταση του Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Μελέτη, ΑΡΜ 2012, 2006

διεπόντων το οδοντιατρικό λειτούργημα και ειδικότερα τις σχέσεις μεταξύ των λειτουργών υγείας καθώς και τις σχέσεις των τελευταίων με τους ασθενείς τους.

Όσον αφορά το ισχύον δίκαιο¹¹, τελικός σταθμός της ανωτέρω νομοθετικής διαδρομής, αποτέλεσε, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 62 παρ. 1 και 2 του Ν. 2017/1992 το Π.Δ. 39/2009, υπό τον τίτλο «Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας», αφορών τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των οδοντιάτρων κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Κ.Ο.Δ. *«Το λειτούργημα του οδοντιάτρου αποσκοπεί στην εξασφάλιση της στοματικής υγείας του ανθρώπου, δηλαδή στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ανακούφιση από τον πόνο των ανωμαλιών και ασθενειών των οδόντων, του στόματος, των γνάθων και των γύρω ιστών. Η άσκηση του λειτουργήματος πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της επιστήμης και να χαρακτηρίζεται από απόλυτο σεβασμό στη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια»*. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με το άρθρο 2 εδ. α' του Κ.Ο.Δ. ορίζεται ότι *«η συμπεριφορά του οδοντιάτρου πρέπει να είναι αντίστοιχη του επιτασσόμενου ήθους, σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη, τους αποδεκτούς διεθνείς κώδικες ηθικής και δεοντολογίας και την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία»* ενώ, παραλλήλως, σύμφωνα με το άρθρο 3 του Κ.Ο.Δ., *«Κατά την άσκηση του επαγγέλματός του ο οδοντίατρος υποχρεούται να δίνει προτεραιότητα στην υγεία των ασθενών. Ο οδοντίατρος πρέπει να χρησιμοποιεί την επιστημονική και επαγγελματική του γνώση και εμπειρία με πρωταρχικό σκοπό την πρόληψη, τη διατήρηση και τη βελτίωση της στοματικής υγείας των ασθενών του»*. Μάλιστα, αξιοσημείωτη είναι η συμβολή του υπ' αριθμόν 263.Φ.45,50/13.3.2006 Γνωμοδοτικού εγγράφου της Ελληνικής Ομοσπονδίας Οδοντιάτρων (Ε.Ο.Ο.) στην έκδοση του εν λόγω Κ.Ο.Δ με τις ανωτέρω ρυθμίσεις, καθώς το κείμενο κατέστη περισσότερο πρακτικό παρά θεωρητικό.

Επιπλέον, σημειωτέον είναι το Π.Δ. 38/2010 υπό τον τίτλο «Αναγνώριση επαγγελματικών προσόντων - Προσαρμογή στην Οδηγία 2005/36/EK», με το οποίο επετεύχθη, πράγματι, η προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2005/36/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7^{ης} Σεπτεμβρίου 2005, σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων καθώς και άλλες διατάξεις. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 34 παράγραφο 3 εδ. α' του εν λόγω Π.Δ. υπό τον τίτλο «Βασική οδοντιατρική εκπαίδευση» (Άρθρο 34 της Οδηγίας 2005/36/EK) ορίζεται ότι *«Η βασική οδοντιατρική εκπαίδευση παρέχει την*

¹¹Ενδιαφέρουσες είναι και οι διατάξεις του 451/62 Β.Δ., όπως τροποποιήθηκε με το 561/63 Β.Δ., του Ν. 2194/1994, του Ν. 1579/1985 και του Ν. 3919/2011.

εγγύηση ότι ο ενδιαφερόμενος έχει αποκτήσει τις ακόλουθες γνώσεις και δεξιότητες: α) Προσθήκουσες γνώσεις των επιστημών επί των οποίων βασίζεται η οδοντιατρική τέχνη καθώς και επαρκή κατανόηση των επιστημονικών μεθόδων, συμπεριλαμβανομένων των αρχών μετρήσεως των βιολογικών λειτουργιών, της αξιολόγησης των επιστημονικώς διαπιστωμένων γεγονότων και της ανάλυσης των δεδομένων, β) προσθήκουσες γνώσεις της διάρθρωσης, φυσιολογίας και συμπεριφοράς υγιών και ασθενών, καθώς και της επιρροής του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία του ανθρώπου, κατά το μέτρο που τα στοιχεία αυτά σχετίζονται με την οδοντιατρική, γ) προσθήκουσες γνώσεις της διάρθρωσης και της λειτουργίας των οδόντων, του στόματος, των σιαγόνων και των γύρω ιστών, ασθενών και υγιών καθώς και της σχέσης αυτών με τη γενική υγεία και τη φυσική και κοινωνική καλή κατάσταση του ασθενούς, δ) προσθήκουσες γνώσεις των κλινικών πρακτικών και μεθόδων που να παρέχουν συνεκτική εικόνα των ανωμαλιών, βλαβών και ασθενειών των οδόντων, του στόματος, των σιαγόνων και των γύρω ιστών, υπό το πρίσμα της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής οδοντολογίας και ε) προσθήκους κλινική πείρα υπό κατάλληλη εποπτεία σε νοσοκομεία». Μάλιστα, στο άρθρο 34 παράγραφο 3 εδ. β' του εν λόγω Π.Δ. προβλέπεται ότι «Η εκπαίδευση του οδοντιάτρου παρέχει τα αναγκαία προσόντα για όλες τις προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές δραστηριότητες των ανωμαλιών και ασθενειών των οδόντων, του στόματος, των σιαγόνων και των γύρω ιστών».

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 36 παράγραφο 2 εδ. α' του προαναφερθέντος Π.Δ. υπό τον τίτλο «Άσκηση των επαγγελματιών δραστηριοτήτων οδοντιάτρου» (Άρθρο 36 της Οδηγίας 2005/36/ΕΚ) ορίζεται ότι «Το επάγγελμα του οδοντιάτρου βασίζεται στην οδοντιατρική εκπαίδευση για την οποία γίνεται λόγος στο άρθρο 34 και συνιστά επάγγελμα ειδικό και ξεχωριστό από του ιατρού, είτε ειδικευμένου είτε όχι», εκ του οποίου ρητώς διακρίνεται το επάγγελμα – λειτούργημα του οδοντιάτρου από το επάγγελμα – λειτούργημα του ιατρού.

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τους ανωτέρω αποδεκτούς διεθνείς κανόνες και κώδικες ηθικής και δεοντολογίας, σημειωτέα είναι η Διακήρυξη της Λισαβόνας της Παγκόσμιας Ιατρικής Συνέλευσης για τα Δικαιώματα του Ασθενούς (Λισαβόνα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1981)¹², η οποία αφενός αποτέλεσε ιατρικό οδηγό επαγγελματικής συμπεριφοράς αφετέρου

¹² Αντίστοιχες ρυθμίσεις, ενδεικτικώς, σε «Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (άρθ. 3 §2 στοιχ. 1), σε Άρθρο 5 της Παγκόσμιας Διακήρυξης Δικαιωμάτων για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα της UNESCO (Γενική Συνέλευση της UNESCO 11^{ης} Νοεμβρίου 1997), την οποία κατόπιν προσυπέγραψε η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών (Α/RES/53/152, 10η Μαρτίου 1999), σε Άρθρο 2 της Διεθνούς Διακήρυξης για τα ανθρώπινα γενετικά δεδομένα της UNESCO, σε Άρθρο 6 της Παγκόσμιας Διακήρυξης

συστηματοποίησε τα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς σε επιμέρους κανόνες, όπως, ενδεικτικώς αναφέρεται, το δικαίωμα του ασθενούς στην πληροφόρηση και στην αναγκαία ενημέρωση του εν γένει για την κατάσταση της υγείας του, προκειμένου να λάβει τις αποφάσεις του και με δυνατότητα άρνησης παροχής της συναίνεσής του. Μάλιστα, η εν λόγω ενημέρωση πρέπει να δίδεται κατά τρόπο ο οποίος αρμόζει στην τοπική κουλτούρα και υπό την προϋπόθεση ότι ο ασθενής μπορεί να καταλάβει ποιός είναι ο σκοπός κάθε εξέτασης ή θεραπείας, ποιά τα αποτελέσματά τους και ποιές οι πιθανές τους συνέπειες.

Περαιτέρω, στη χώρα μας με το Ν. 2619/1998 (ΦΕΚ Α' 132/19/6/98) κυρώθηκε η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής («Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική»), γνωστή και ως «Σύμβαση του Οβιέδο», σταθμός στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εντός του πλαισίου των επιστημών υγείας.

Επίσης, εντός του νομοθετικού πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θεσπίστηκε ο Κώδικας Δεοντολογίας της Ολομέλειας του Συμβουλίου Ευρωπαίων Οδοντιάτρων (Σ.Ε.Ο) για τους οδοντιάτρους στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο οποίος υιοθετήθηκε ομόφωνα από το Σ.Ε.Ο. στις 30 Νοεμβρίου του έτους 2007, με τροποποιήσεις προηγούμενων εκδοχών του Κώδικα Δεοντολογίας του Σ.Ε.Ο. για τους Οδοντιάτρους από τα έτη 1965, 1982, 1998 και 2002. Ο ανωτέρω Κώδικας θέτει γενικές αρχές άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος, οι οποίες αφενός ορίζουν την επαγγελματική συμπεριφορά και τη δεοντολογία, που οφείλουν να τηρούν οι οδοντίατροι αφετέρου ενισχύουν τους υφιστάμενους σε κάθε ένα από τα κράτη μέλη Δεοντολογικούς Κανονισμούς¹³. Επιπλέον, επισυναπτόμενες, ως αναπόσπαστο μέρος του ανωτέρω Κώδικα Δεοντολογίας, είναι οι αρχές του Δεοντολογικού Κώδικα του Σ.Ε.Ο. για το Ηλεκτρονικό Εμπόριο, συμπεριλαμβανομένης της διασυνοριακής διακίνησης., ο οποίος εγκρίθηκε στο Ελσίνκι το Μάιο του έτους 2002 και τροποποιήθηκε στις Βρυξέλλες το Νοέμβριο του 2007, στο πλαίσιο της Οδηγίας 2000/31/ΕΚ περί του Ηλεκτρονικού Εμπορίου. Ειδικότερα, ο εν λόγω Κώδικας αφορά τις υπηρεσίες πληροφόρησης, τις εμπορικές επικοινωνίες στο Διαδίκτυο καθώς και άλλες μεθόδους ηλεκτρονικής επικοινωνίας, αποτελώντας έναν οδηγό για τις επικοινωνίες των οδοντιάτρων με άλλους συναδέλφους τους και με τους καταναλωτές που

για τη βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα της UNESCO, στην αρχή 5 της Σύστασης Νο R (92)3 σχετικά με το γενετικό έλεγχο για λόγους υγείας και στο Άρθρο 4 των Αρχών της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (1987).

¹³<http://www.eoo.gr/el/nea/diethni-themata/135-seo-kodikas-deontologias-odontiatron-ee>

δεν αποτελούν μέλη του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Σε κάθε περίπτωση, ορίζεται, εξάλλου, ότι οι οδοντίατροι είναι υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά τους σαν πάροχοι υπηρεσιών πληροφοριών και για το περιεχόμενο της εμπορικής τους επικοινωνίας.

Εν κατακλείδι, τόσο στο εσωτερικό του Ελληνικού Χώρου όσο και ευρωπαϊκώς αλλά και διεθνώς έχουν απασχολήσει τον κλάδο των οδοντιάτρων οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας κατά την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Οι συνεχείς αλλαγές στις κοινωνικές δομές, καθώς και στον επαγγελματικό χώρο, κρατούν επίκαιρες τις συζητήσεις σχετικά με το δεοντολογικό πλαίσιο που αρμόζει σε θέματα περίθαλψης και νοσηλευτικών παροχών γενικά. Παρόλο που η ηθική και δεοντολογική θεώρηση της σχέσης ανάμεσα σε νοσηλευτικό προσωπικό και τον ασθενή είναι διαχρονική, η άσκηση της οδοντιατρικής σαν εφαρμογή συγκεκριμένων τρόπων περίθαλψης επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως οι συντρέχουσες υποδομές υγειονομικής περίθαλψης και οι δυνατότητες οικονομικής φύσεως, με άμεση απόρροια οι αλλαγές οι οποίες επέρχονται σε αυτούς τους παράγοντες να επιφέρουν μεταβολές και στον τρόπο άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα πρέπει να συγκρούονται με τις ηθικές αρχές που διέπουν την παροχή της οδοντιατρικής περίθαλψης¹⁴.

¹⁴Κάλφας Σ., «Ηθική και Δεοντολογία κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής», δημοσιευμένο στην Ηλ. Διεύθυνση http://www.oskarditsas.gr/a_old_site/pages/enthiaferontaKeimenaPageTable/enthiaferontaPageTable.htm

2. ΣΥΜΒΑΣΗ ΠΕΡΙ «ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ»

Η σύναψη σύμβασης «οδοντιατρικού έργου» εξετάζεται σε διακριτό κομμάτι της παρούσας εργασίας, διότι παρουσιάζει ιδιαίτερο θεωρητικό ενδιαφέρον, λαμβανομένου υπ' όψιν του ζωνηρού διαλόγου που έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στους θεωρητικούς σχετικά με την ύπαρξη ή μη ευθύνης σε πρώτο επίπεδο και τη δέουσα αντιμετώπιση εκάστης υποπερίπτωσης οδοντιατρικών υπηρεσιών σε δεύτερο επίπεδο. Ειδικότερα, σύμφωνα με την κρατούσα στην ελληνική θεωρία και νομολογία άποψη, οι οδοντιατρικές υπηρεσίες, είτε αφορούν μία απλή εξαγωγή δοντιού είτε μία περίπλοκη γναθοχειρουργική επέμβαση, λογίζονται σε κάθε περίπτωση ως ανεξάρτητες υπηρεσίες και δεν μπορούν να υπαχθούν στο καθεστώς της σύμβασης έργου, καθώς δε δύνανται να τυποποιηθούν, παρά μόνο εξατομικεύονται για κάθε ασθενή με κοινό παρονομαστή την επένεργεια στον οργανισμό του τελευταίου¹⁵.

Ωστόσο, σύμφωνα με άλλη άποψη¹⁶, πρέπει να διακρίνουμε ανάμεσα αφενός στις «τρέχουσες οδοντιατρικές πράξεις»¹⁷ και στην κατασκευή υλικών αντικειμένων¹⁸ αφετέρου στη διάγνωση, επιλογή μεθόδου θεραπείας και τοποθέτηση υλικών αντικειμένων εντός της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς. Η πρώτη υποκατηγορία περιπτώσεων, σύμφωνα πάντα με την άποψη αυτή, υπάγεται στο νομοθετικό καθεστώς της συμβάσεως έργου, καθώς εκεί δύναται να δοθεί εγγύηση αποτελέσματος, ενώ η δεύτερη σε καθεστώς συμβάσεως παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών, καθώς σε αυτές ο οδοντίατρος δύναται μόνο να υποσχεθεί την τήρηση της οφειλόμενης επιμέλειας. Μάλιστα, υποστηρίζεται, ως τρίτη άποψη¹⁹ ότι η σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών αποτελεί είδος σύμβασης ανεξαρτήτων υπηρεσιών κατά κανόνα, ενώ, κατ' εξαίρεση και πληρουμένων των νομίμων προϋποθέσεων αποτελεί είδος συμβάσεως έργου. Με βάση την άποψη αυτή σε σχέση με τις εμφράξεις - σφραγίσματα και τις προσθετικές εργασίες, αυτές κρίνονται ως περιπτώσεις μικτών συμβάσεων, με αποτέλεσμα ως προς την κατασκευή των σχετικών υλικών αντικειμένων να αποτελούν σύμβαση έργου, ως προς τη

¹⁵Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 307

¹⁶Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 306-307 (όπου και παραπομπές στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία)

¹⁷Π.χ. έμφραξη (σφράγισμα) ή ενδοδοντική θεραπεία, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 306

¹⁸Π.χ. εμφύτευμα, οδοντοστοιχία, Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 306

¹⁹Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 307

διάγνωση, όμως, του προβλήματος, την επιλογή της μεθόδου αξιοποίησης των ανωτέρω, τις αναγκαίες μετρήσεις, την προετοιμασία της στοματικής κοιλότητας και την τοποθέτηση της κατασκευής να υπάγονται στο γενικό κανόνα της σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών²⁰.

Σε επίπεδο νομολογιακό σημειωτέα είναι η υπ' αριθμόν 1634/2008²¹ απόφαση του Αρείου Πάγου, παρόλο που είναι αδύνατο να αντικατοπτρίσει τη συνολική θέση της νομολογίας επί του ζητήματος της νομικής φύσης της συμβάσεως παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών. Η εν λόγω απόφαση παρουσιάζει μια περίπτωση ιατρικού σφάλματος, για το οποίο δε χρησιμοποιείται η ενδοσυμβατική, αλλά η αδικοπρακτική ευθύνη ως νόμιμη βάση. Η περίπτωση αυτή ωστόσο, παρόλο που δεν έχει να μας προσφέρει υλικό αναφορικά με το προαναφερθέν θεωρητικό ζήτημα, παρουσιάζει ευρύτερο ενδιαφέρον λόγω του ότι, εν προκειμένω, συνήφθη σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών με χειρουργό - οδοντίατρο και, συγκεκριμένα, συμφωνήθηκε η αφαίρεση δύο οδόντων και η υποβολή σε θεραπεία των λοιπών έναντι αμοιβής χρηματικού ποσού ύψους 130.000 δραχμών. Ωστόσο, λόγω εσφαλμένων χειρισμών του θεράποντα οδοντιάτρου ο ασθενής υπεβλήθη σε μεγάλη ταλαιπωρία και για τον λόγο αυτόν αιτήθηκε δικαστικώς την αποκατάσταση της ηθικής του βλάβης, την οποία το Δευτεροβάθμιο Δικαστήριο αποτίμησε σε χρηματικό ποσό ύψους 6.000 ευρώ, βασιζόμενο μόνο στην αδικοπρακτική ευθύνη του υπεύθυνου οδοντιάτρου²² και όχι στην ενδοσυμβατική ευθύνη (αποκλειστικώς ή σωρευτικώς) του τελευταίου ως νόμιμη βάση. Εν προκειμένω, το οδοντιατρικό σφάλμα έγκειτο: α) στην παράλειψη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής²³ μετά την επέμβαση αφαίρεσης των δύο οδόντων, β) στην παράλειψη αφαίρεσης των οστικών ακίδων κατά τη διάρκεια της επέμβασης για την αφαίρεση των δύο οδόντων, με άμεση απόρροια ο ασθενής να αναγκασθεί να υποβληθεί σε δεύτερη επέμβαση και συνακόλουθα σε επιπλέον ταλαιπωρία, καθώς, μετά τη δεύτερη επέμβαση, παρουσίασε αδυναμία λήψης στερεών τροφών και δυσκολία στην ομιλία και γ) στην παράλειψη ενημέρωσης για τον τρόπο στήριξης της υπάρχουσας στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς γέφυρας μετά την αφαίρεση των δύο οδόντων, με αποτέλεσμα αυτή να στηριχθεί σε δύο έτερους οδόντες, ακατάλληλους προς τον σκοπό αυτόν, με επακόλουθο να αφαιρεθούν και

²⁰Πρόκειται για παραλλαγή της υποστηριζόμενης στη γερμανική θεωρία άποψης, η οποία, όμως, υπάγει όχι μόνο την κατασκευή αλλά και την τοποθέτηση του χρησιμοποιούμενου υλικού αντικειμένου στις διατάξεις για τη σύμβαση έργου.

²¹ΑΠ 1634/2008 Νόμος

²²Από το κείμενο της αρεοπαγτικής απόφασης φαίνεται πως η αγωγή στηρίχθηκε μόνο στη διάταξη του άρθρου 932 ΑΚ/μία νόμιμη βάση.

²³Σε τέτοιες περιπτώσεις ενδείκνυται η λήψη αντιβίωσης για την αποφυγή φλεγμονών.

αυτοί λόγω του έντονου πόνου που προκάλεσαν στον ασθενή και τελικά να επιδεινωθεί έτι περισσότερο η κατάσταση του τελευταίου.

Συνεπώς, εκ του ανωτέρου ιστορικού της προεκτεθείσης δικαστικής απόφασης συνάγεται επί της ουσίας ότι, παρόλο που οι οδοντιατρικές υπηρεσίες φαίνονται, εκ πρώτης όψεως, λιγότερο σημαντικές από άλλες ιατρικές, διά των οποίων διακυβεύεται, εκτός από την υγεία, το έννομο αγαθό της ίδιας της ζωής, εντούτοις είναι δυνατό να προκληθούν τέτοιες βλάβες στην υγεία των ασθενών και να υποβληθούν οι τελευταίοι σε τέτοια ταλαιπωρία, ώστε αξίζει η ανάλυση και σε αυτές. Μάλιστα, υποστηρίζεται, *de lege ferenda*, ότι θα μπορούσε να ρυθμιστεί ξεχωριστά το ζήτημα της νομικής φύσης των συμβάσεων παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών για τους λόγους που αναλύθηκαν ανωτέρω, ενώ, σε νομολογιακό επίπεδο, αφενός μεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ευρύτερα η ενδοσυμβατική ευθύνη ως νόμιμη βάση των σχετικών αγωγών αφετέρου αναδύεται η ανάγκη δημοσίευσης περισσότερων δικαστικών αποφάσεων αυτής της κατηγορίας εξαιτίας της συχνότητας εμφάνισης των υποθέσεων αυτών στην πράξη και του συνακόλουθου ενδιαφέροντος που γεννιέται τόσο από την πλευρά των οδοντιάτρων, όσο και από την πλευρά των ασθενών αναφορικά με τις έννομες συνέπειες των διαφόρων μορφών πλημμελειών ως προς την παροχή των εκάστοτε οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Επομένως, εφόσον η σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών χαρακτηριστεί ως σύμβαση έργου για ορισμένες οδοντιατρικές εργασίες (π.χ. κατασκευή τεχνητής οδοντοστοιχίας), το οδοντιατρικό σφάλμα αποτελεί εκπλήρωση της σύμβασης με πλημμελή τρόπο, με άμεση απόρροια η υποχρέωση του οδοντιάτρου να αποζημιώσει τον ασθενή να θεμελιώνεται στις διατάξεις των άρθρων 681επ. ΑΚ και όχι στις διατάξεις των άρθρων 648, 652 και 676 ΑΚ, οι οποίες θα εφαρμόζονταν, εφόσον η σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών χαρακτηριζόταν ως σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών, σύμφωνα με τον τύπο της σύμβασης εργασίας.

3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

3.1. ΠΛΗΡΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Κατ' αρχήν, ανεξαρτήτως σύναψης της ανωτέρω αναλυθείσας συμβάσεως, η συναίνεση - συγκατάθεση του ασθενούς στην εκάστοτε θεραπεία του υφίσταται μόνο εφόσον έχει προηγηθεί η ενημέρωσή του. Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, κάθε οδοντιατρική πράξη που επεμβαίνει στη σωματική ακεραιότητα αποτελεί παράνομη σωματική βλάβη με άμεση απόρροια ο οδοντίατρος να είναι ο φορέας του βάρους αποδείξεως του ισχυρισμού αφενός της ύπαρξης της συναίνεσης- νομιμοποιητικής ενημέρωσης και αφετέρου της μη παράλειψης της θεραπευτικής ενημέρωσης του εκάστοτε ασθενούς. Αντίστοιχη ρύθμιση και κρατούσα τόσο στη νομολογία όσο και στη θεωρία υφίσταται και στο Γερμανικό Δίκαιο²⁴ ειδικώς για τον ιατρό καθώς προβλέπεται ότι ο τελευταίος φέρει το βάρος απόδειξης της ενημέρωσης του ασθενή και της ύπαρξης της σύμφωνης γνώμης του για την ιατρική συγκεκριμένη πράξη.

Σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 1 του Κ.Ο.Δ. με τον τίτλο «Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή» ορίζεται ότι «Ο οδοντίατρος οφείλει καταρχήν να ενημερώνεται για τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή (λήψη ιστορικού)». Ειδικότερα, το εν λόγω άρθρο κατοχυρώνει το δικαίωμα ενημέρωσης αφενός του οδοντιάτρου για τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή με τη λήψη του σχετικού οδοντιατρικού του ιστορικού αφετέρου του ασθενή από τον θεράποντα οδοντίατρο του.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 2 του Κ.Ο.Δ. ο οδοντίατρος κατά κανόνα και εκτός από τις επείγουσες περιπτώσεις οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις συνέπειες της προτεινόμενης, ή ενδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής, ή τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας, για τους τυχόν κινδύνους και τα διάφορα προληπτικά και με τα θεραπευτικά μέτρα, που πρέπει να ληφθούν, καθώς επίσης και για το συνολικό κόστος της θεραπείας. Ο ασθενής, εφόσον δεν επιθυμεί να ενημερωθεί ο ίδιος προσωπικά, μπορεί να επιλέξει να ενημερωθεί πρόσωπο της προτίμησής του». Η γνώση όλων των παραπάνω εκ μέρους του ασθενή είναι απαραίτητη για την συναίνεσή του στη συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη., καθώς συναίνεση και ενημέρωση αποτελούν ένα αδιαχώριστο δίδυμο με πρωτεύοντα στόχο την προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς. Πράγματι, ο εκάστοτε ασθενής έχει δικαίωμα

αυτοκαθορισμού σε σχέση με το σώμα του και την υγεία του με την ανάλογη ευθύνη αυτή να επιρρίπτεται στο θεράποντα οδοντίατρο με επιτρεπτές αποκλίσεις μόνο στις προαναφερθείσες επείγουσες περιπτώσεις ή στις περιπτώσεις όπου ο ίδιος ο ασθενής επιλέγει, εφόσον δεν επιθυμεί να ενημερωθεί ο ίδιος προσωπικά, να ενημερωθεί πρόσωπο της προτίμησής του.

Συνεπώς, ο οδοντίατρος οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή του λεπτομερώς για την οριστική διάγνωση, τα ζητήματα και τις επιπλοκές που ενδέχεται να προκύψουν κατά τη διάρκεια της προτεινόμενης θεραπείας και τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις. Επίσης, υποχρεούται να απευθύνεται στον ασθενή του με απόλυτη ειλικρίνεια, παραθέτοντας του αφενός τους εκάστοτε προβληματισμούς του αναφορικά με την πιθανότητα τροποποίησης ή παύσης της αρχικής θεραπείας αφετέρου τους πιθανούς και τους σοβαρούς κινδύνους που φέρει η εν λόγω μέθοδος/θεραπείας με τα οιοδήποτε προληπτικά μέτρα και μεταθεραπευτικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν. Συνεπώς, αν και δεν απαιτείται η παροχή λεπτομερούς ενημέρωσης, είναι αναγκαία η δημιουργία πλήρους εικόνας του ασθενούς για τη σοβαρότητα της επέμβασης και τους κινδύνους αυτής, ήτοι ρεαλιστική ενημέρωση, καθώς ο οδοντίατρος είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή για τους ενδεχόμενους κινδύνους, χωρίς όμως να προβαίνει σε υπερτονισμό ή υποβιβασμό τους.

Διχογνωμία έχει επικρατήσει στη θεωρία όσον αφορά τον κύριο ή παρεπόμενο χαρακτήρα της υποχρέωσης ενημέρωσης του οδοντίατρου, όπως και εν γένει του ιατρού, ζήτημα που έχει περιορισμένη βέβαια σημασία, από τη στιγμή που οι έννομες συνέπειες είναι οι ίδιες. Πράγματι υποστηρίζεται ότι η υποχρέωση ενημέρωσης έχει παρεπόμενο χαρακτήρα με την αιτιολογία ότι η ενημέρωση αυτή αποτελεί ειδικότερη εκδήλωση των υποχρεώσεων επιμέλειας του οδοντίατρου, και επομένως περιεχόμενο της (συμβατικής) υποχρέωσης παροχής οδοντιατρικής φροντίδας²⁵. Ωστόσο, κατά άλλη άποψη, υποστηρίζεται ότι η υποχρέωση ενημέρωσης έχει κύριο χαρακτήρα²⁶ με την αιτιολογία ότι η υποχρέωση ενημέρωσης είναι κύρια συμβατική υποχρέωση του οδοντίατρου, η οποία χαρακτηρίζεται από αυτονομία έναντι της κύριας συμβατικής υποχρέωσης παροχής οδοντιατρικής φροντίδας²⁷.

Με δεδομένο το γεγονός ότι η σύγχρονη οδοντιατρική ασχολείται με την αντιμετώπιση όχι μόνο προβλημάτων υγείας αλλά και αισθητικής εμφάνισης της οδοντοστοιχίας, με την εφαρμογή

²⁴Κωδικοποίηση εκ της νέας §630h II BGB.

²⁵Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 291

²⁶Γεωργιάδης, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο II, 2007, σ. 192

²⁷Καράκωστας Ι, Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ 1994, σ. 20

τόσο σύγχρονων εφαρμογών της τεχνολογίας όσο και μοντέρνων τεχνικών και με στόχο τη διόρθωση των επουσιωδών ατελειών καθώς και τη διατήρηση ή και ενίσχυση του κάλλους του προσώπου, η ενημέρωση του ασθενούς θα πρέπει να είναι πλήρης²⁸ και λεπτομερής, περιλαμβάνουσα αφενός τις πιθανότητες αποτυχίας αφετέρου τις συνέπειες ή παρενέργειες αυτών των παρεμβάσεων, έστω κι αν είναι στατιστικά περιορισμένες²⁹. Η υποχρέωση δε αυτή του οδοντίατρου κατά την διενέργεια αισθητικών - κοσμητικών επεμβάσεων είναι αυξημένη, καθώς απουσιάζει ο θεραπευτικός σκοπός της εν λόγω παρέμβασης³⁰.

Περαιτέρω, ο οδοντίατρος σύμφωνα με το άρθρ. 6 παρ. 3 Κ.Ο.Δ. έχει καθήκον πλήρους ενημέρωσης. Με τον όρο «πλήρης» ορίζεται ότι περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς θα πρέπει να είναι οιοδήποτε στοιχείο, το οποίο αφορά την κατάσταση του ασθενούς και το οποίο αν το γνώριζε ο ασθενής θα ήταν σημαντικό στη λήψη της απόφασης του να συναινέσει ή όχι στη συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη³¹.

Ειδικότερα, ως «πλήρης», κατά την κρατούσα άποψη, θεωρείται η ενημέρωση όταν ο οδοντίατρος παρέχει όλες τις πληροφορίες που ένας μέσος λογικός ασθενής³² πρέπει να γνωρίζει, προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για την κατάσταση της υγείας του και να λάβει κρίσιμες αποφάσεις για την υγεία του και τη ζωή του, όπως ενδεικτικά αναφέρονται οι πιθανότητες αποτυχίας και όλες οι συνέπειες ή παρενέργειες/επιπλοκές αυτών των παρεμβάσεων έστω κι αν οι τελευταίες είναι στατιστικά περιορισμένες³³. Συνεπώς, η πλήρης ενημέρωση επιτυγχάνεται όταν ο οδοντίατρος δεν έχει περιθώριο απόκρυψης από τον ασθενή αφενός στοιχείων της πραγματικής κατάστασης της υγείας του αφετέρου των μεθόδων θεραπείας. Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, όταν ο οδοντίατρος παρέχει όλες τις πληροφορίες που ένας μέσος λογικός ασθενής πρέπει να γνωρίζει για τη διαμόρφωση γνώμης και λήψης αποφάσεων, τότε παρέχεται πλήρης ενημέρωση στον εκάστοτε ασθενή, με άμεση απόρροια να μην απαιτείται λεπτομερής ενημέρωση αλλά μια ενημέρωση «σε γενικές γραμμές» («Im Grossen und Ganzen»),

²⁸Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 155επ.

²⁹Σακελλαροπούλου Β., Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' έκδ., 2011, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, σ. 35, 37 και 60

³⁰ΑΠ 1741/2013 Νόμος

³¹Αιτιολ. έκθεση του Κ.Ι.Δ. (ν. 3418/2005), ΚΝοΒ 2005, 2055

³²Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, παρ.6 αρ.62 και Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, άρθρο 11 αρ.4

³³Σακελλαροπούλου Β., Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' έκδοσ., 2011, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, σ. 35, 37 και 60

ήτοι ο ασθενής πρέπει να έχει μια εικόνα για τη σοβαρότητα της επέμβασης και τους συνδεδεμένους με αυτήν κινδύνους³⁴.

Επιπροσθέτως, υποστηρίζεται³⁵ ότι δεν αρκεί η ενημέρωση να είναι «στοιχειώδης» και «ουδέτερη» αλλά πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και το υποκειμενικό κριτήριο της ιδιαιτερότητας του συγκεκριμένου ασθενούς, άποψη που, ωστόσο, δημιουργεί πλήθος ερωτημάτων και ζητημάτων. Πράγματι, σε κάθε περίπτωση οι ατομικές ανάγκες του ασθενούς καθορίζουν την έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης, με άμεση απόρροια το κριτήριο της ενημέρωσης να αποτελεί ο συγκεκριμένος ασθενής και όχι ο μέσος λογικός ασθενής. Για τον προαναφερθέν λόγο, η ενημέρωση σε έναν τραγουδιστή όπερας για τη διενέργεια θεραπευτικής αγωγής στη στοματική κοιλότητα, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει σε ένα μόνιμο μούδιασμα, πρόβλημα στην άρθρωση – ομιλία και κατά μείζονα λόγο στις φωνητικές χορδές λόγω οιασδήποτε επιπλοκής κατά την απονεύρωση, θα πρέπει να διαφοροποιείται από την ενημέρωση που παρέχεται σε ένα δικηγόρο.

Εν συνεχεία, όσον αφορά τον κίνδυνο, ο τελευταίος θεωρείται κρίσιμος όταν συνδέεται με τη συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη και επηρεάζει τον τρόπο ζωής του ασθενούς (π.χ. κίνδυνος αφαίρεσης οδόντων, παράλυσης, μόλυνσης ή σοβαρών παρενεργειών ενός φαρμάκου ή απονεύρωσης). Μάλιστα, απαιτείται η ενημέρωση να αφορά όλους τους κινδύνους, ακόμη και τους μικρότερους ή τους σπανιότερους, υπό τον όρο ότι αυτοί είναι αφενός γνωστοί και αφετέρου δεν είναι απίθανο να εμφανιστούν. Εξάλλου, η έκταση της ενημέρωσης για τους κινδύνους της οδοντιατρικής επέμβασης, ήτοι αν αυτή είναι αναλυτική ή σύντομη, επηρεάζεται ιδίως από τον επείγοντα ή όχι χαρακτήρα της ιατρικής πράξης. Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 2 εδ. α' Κ.Ο.Δ, υφίσταται επέκταση της ενημέρωσης και στις εναλλακτικές προτάσεις θεραπείας, ήτοι στις άλλες ενδεδειγμένες θεραπευτικές μεθόδους, οι οποίες θα πρέπει να ανταποκρίνονται στα οδοντιατρικά «standards» - πρότυπα, χωρίς αυτό να στερεί τον οδοντίατρο από τη δυνατότητα να προτείνει μια νέα, μη δοκιμασμένη θεραπευτική μέθοδο ή ένα νέο φάρμακο, περίπτωση κατά την οποία πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή ότι μια τέτοια επιλογή ενέχει και κινδύνους που ως επί το πλείστον είναι άγνωστοι³⁶. Μάλιστα, σε κάθε περίπτωση, η

³⁴Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 156

³⁵ΕΕΒ (Γνώμη), Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς, 2010, σ.14

³⁶Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 162

ενημέρωση για τους κινδύνους είναι ανεξάρτητη από το είδος επέμβασης, ήτοι αν αυτή είναι αναίμακτη ή όχι³⁷.

Ωστόσο, λόγω της ασάφειας της έννοιας του «τυπικού κινδύνου» και το ευμετάβλητο των στατιστικών δεδομένων, τα ξένα δικαστήρια οδηγούνται συχνά σε αυστηρές λύσεις, με αποτέλεσμα από την υποχρέωση ενημέρωσης να εκφεύγουν, ουσιαστικά, μόνο επιπλοκές και εξαιρετικοί κίνδυνοι οι οποίοι δεν μπορούν να προβλεφθούν με βάση την υπάρχουσα οδοντιατρική πείρα. Ειδικότερα έχει κριθεί από Γερμανικό Δικαστήριο ότι δεν υπάρχει, επαρκής ενημέρωση του ασθενούς όταν ο οδοντίατρος παρουσιάζει στον ασθενή την εξαγωγή ενός σωφρονιστήρα ως εντελώς ακίνδυνη, ενώ, παράλληλα, δεν τον πληροφορεί για το ενδεχόμενο κινδύνου τραυματισμού του κάτω φατνιακού νεύρου, καθώς ο κίνδυνος αυτός πρέπει να περιληφθεί στην ενημέρωση, σύμφωνα με το δικαστήριο, διότι, παρόλο της σπάνιας εμφάνισής του, είναι πάντως «τυπικός κίνδυνος» για τη συγκεκριμένη οδοντιατρική πράξη³⁸.

Τέλος, όσον αφορά το κόστος της εκάστοτε οδοντιατρικής αρωγής, η υποχρέωση ενημέρωσης περιλαμβάνει ρητώς, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 2 εδ. α΄ Κ.Ο.Δ., και «το συνολικό κόστος της θεραπείας»³⁹ (θεραπευτική ενημέρωση)⁴⁰, όπως ενδεικτικά αναφέρεται το κόστος της τοποθέτησης εμφυτευμάτων ή τεχνητής οδοντοστοιχίας. Ωστόσο, σημειωτέον είναι το γεγονός ότι το προαναφερθέν άρθρο δεν αναφέρει, εντός του πλαισίου του οδοντιατρικού λειτουργήματος, την ενημέρωση για τους οικονομικούς παράγοντες – συνέπειες της κατάστασης του ασθενούς, όπως προβλέπεται στο άρθρο 11 παρ. 1 εδ. β΄ του Κ.Ι.Δ., και το οποίο περιλαμβάνει ενδεικτικά την ανικανότητα για εργασία ή τη συνταξιοδότηση, καθώς στα πλαίσια της οδοντιατρικής πράξης είναι σπάνιο το γεγονός επέλευσης κινδύνων τόσο σοβαρών ώστε να απαιτείται η λήψη τόσο σοβαρών μέτρων αποθεραπείας. Ωστόσο, στην περίπτωση διενέργειας σοβαρής οδοντιατρικής επέμβασης (π.χ. στην περίπτωση καρκινοπαθούς ασθενούς) με πιθανή ανάγκη διακοπής, έστω και προσωρινά, της εργασίας, ο οδοντίατρος οφείλει με αναλογική εφαρρμογή της ρύθμισης του Κ.Ι.Δ. να ενημερώσει τον ασθενή του για τις πιθανές αυτές οικονομικές συνέπειες, τις οποίες θα υποστεί ο τελευταίος.

³⁷Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, σ. 133

³⁸Φουντεδάκη Κ., Χατζηκυριάκος Α., Η αστική ευθύνη του οδοντίατρου στο Ελληνικό Δίκαιο, Στοματολογία, 1998, 55 (3), σ. 114

³⁹Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.50 σημ. 41

⁴⁰Πλέον για το οικονομικός κόστος ρητή ρύθμιση στη νέα § 630c III BGB, εντός του πλαισίου της θεραπευτικής ενημέρωσης, με την πρόβλεψη υποχρέωσης γραπτής ενημέρωσης του ασθενούς, όταν δεν υπάρχει κάλυψη του κόστους της ιατρικής πράξης από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Περαιτέρω, είναι συνήθης πρακτική σε άλλες χώρες, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων της οδοντιατρικής ενημέρωσης, εφόσον πρόκειται για δύσκολες και σύνθετες ενέργειες με μεγάλο κόστος, όπως είναι π.χ. τα εμφυτεύματα ή οι εκτεταμένες προσθετικές αποκαταστάσεις, ο ασθενής και ο γιατρός να υπογράφουν ένα έγγραφο, στο οποίο αφενός να περιγράφεται αναλυτικά οδοντιατρική ενέργεια αφετέρου να αναφέρονται όλοι οι τυπικοί κίνδυνοι, ενώ, παράλληλα, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι οδοντιατρικοί σύλλογοι, σε συνεργασία με νομικούς, συντάσσουν τυποποιημένα έντυπα ενημέρωσης.

Μάλιστα, σημειωτέα είναι η περίπτωση κατά την οποία το Δικαστήριο ακύρωσε σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών επειδή, μεταξύ άλλων, ο οδοντίατρος δεν διαφώτισε τον ασθενή για την πιθανότητα απόρριψης των εμφυτευμάτων από τον οργανισμό του, λόγω της χλωρίδας του στόματος του, έτσι ώστε ο τελευταίος να αποφασίσει την τοποθέτηση ή όχι εμφυτευμάτων λαμβάνοντας υπόψη και τα δεδομένα αυτά, ενώ αντίθετα εμφάνισε στον ασθενή την διαδικασία τοποθέτησης εμφυτευμάτων ως απλή και με απόλυτη πιθανότητα επιτυχίας⁴¹.

3.2. ΚΑΤΑΝΟΗΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 Κ.Ο.Δ, απαιτείται ο ασθενής να «έχει κατανοήσει όσο δυνατόν περισσότερο» την ενημέρωση, την οποία του παρείχε ο εκάστοτε οδοντίατρος του. Ειδικότερα, ως «κατανοητή» θεωρείται η ενημέρωση όταν ο ασθενής δύναται να αντιληφθεί και να αξιολογήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες. Τα κριτήρια, συνεπώς, που επηρεάζουν την κατανόηση του ασθενούς αποτελούν, ενδεικτικώς, η διανοητική κατάσταση του, το επίπεδο μόρφωσης του καθώς και οι ειδικές γνώσεις του είτε λόγω οδοντιατρικής παιδείας είτε λόγω σχετικής πληροφόρησης του (π.χ. μέσω διαδικτύου).

Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, όταν ο ασθενής ζητήσει εξηγήσεις τότε ο οδοντίατρος είναι υποχρεωμένος να τις παράσχει. Μάλιστα, η ενημέρωση του ασθενούς είναι μη κατανοητή, ήτοι ελλιπής, όταν βασίζεται σε συντομογραφίες ή έννοιες άγνωστες για τον ασθενή (π.χ. χρήση κολοβώματος για την τοποθέτηση εμφυτεύματος, τεχνική οστικής αναγέννησης ή αναγόμεωσης οδοντοστοιχίας και ριζικής απόξεσης κ.λπ.)⁴² ή παρέχεται σε αλλοδαπό ασθενή χωρίς τη

⁴¹Αντωνίου Λ., Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ για πράξεις ή παραλείψεις κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, <http://slideplayer.gr/slides>

⁴²Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ.197

συνδρομή διερμηνέα⁴³ Μάλιστα, αντίστοιχη ρύθμιση υφίσταται και στο άρθρο 5 εδ. β' της Σύμβασης Οβιέδο, ενώ, παραλλήλως, σημειώνεται ότι σύμφωνα με την κρατούσα άποψη ο οδοντίατρος δεν οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για κάθε δυνατή διαγνωστική μέθοδο. Η υποχρέωση δε αυτή του οδοντίατρου κατά την διενέργεια αισθητικών κοσμητικών επεμβάσεων είναι αυξημένη, καθώς απουσιάζει πλήρως ο θεραπευτικός σκοπός της παρέμβασης⁴⁴, με άμεση απόρροια να συνηθίζεται η παροχή πρόσθετης ενημέρωσης π.χ. με την επίδειξη φωτογραφιών⁴⁵, ώστε να δύναται ο ασθενής να αντιληφθεί τις συνέπειες της ζητηθείσας επέμβασης⁴⁶ και να σταθμίσει επιτυχώς το όφελος και τον κίνδυνο αποτυχίας.

3.3. ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Κατ' αρχήν, ενώ η συνολική εκ των προτέρων παραίτηση από την προστασία του δικαιώματος στην προσωπικότητα είναι άκυρη (άρθ. 57 και 59 ΑΚ), ωστόσο είναι επιτρεπτή υπό όρους η συναίνεση στην επέμβαση τρίτου σε συγκεκριμένη έκφανση της προσωπικότητας του ατόμου. Ειδικότερα, το άρθρο 6 παρ. 2 εδ. β' του Κ.Ο.Δ., το άρθρο 11 παρ. 2 εδ. α' Κ.Ι.Δ. καθώς και το άρθρο 10 Σύμβασης του Οβιέδο προβλέπουν νομοθετικώς το «δικαίωμα άγνοιας» («Right not to know»/ «Recht auf Nichtwissen»)⁴⁷. Πρόκειται για το δικαίωμα του ασθενούς να μην ενημερωθεί καθόλου (αρνητική όψη δικαιώματος ενημέρωσης)⁴⁸, παρόλο που αμφισβητείται αν προβλέπεται και για τις ειδικές επεμβάσεις του άρθρου 11 παρ. 3 Κ.Ι.Δ. και αναλογικώς για τις οδοντιατρικές αισθητικές – κοσμητικές επεμβάσεις. Ειδικότερα, στο προαναφερθέν άρθρο ορίζεται ότι «Ο ασθενής, εφόσον δεν επιθυμεί να ενημερωθεί ο ίδιος προσωπικά, μπορεί να επιλέξει να ενημερωθεί πρόσωπο της προτίμησής του». Ωστόσο, υποστηρίζεται⁴⁹ ότι μια γενική παραίτηση ενημέρωσης για οδοντιατρική πράξη που ενέχει κινδύνους βλάβης της υγείας είναι άκυρη διότι συνιστά υπέρμετρη δέσμευση της ελευθερίας

⁴³ Γεωργιάδης, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο ΙΙ, 2007, §8 αρ.52

⁴⁴ ΑΠ 1741/2013

⁴⁵ Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 164

⁴⁶ BGH NJW 1991, 2349, Palandt/Weidenkaff, BGB, 2014, παρ.630 αρ. 5

⁴⁷ Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, σ. 136

⁴⁸ Βιδάλης Κ.Τ. - Παπαχρίστου Θ. Κ., Ιατρική Δεοντολογία, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2013, άρθρο 11 αρ. 9

⁴⁹ Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, άρθρο 11 αρ. 21

ασθενούς (179 περ. α' ΑΚ). Σημειωτέον το γεγονός ότι λόγοι άρνησης της ενημέρωσης είναι αφενός η πλήρης εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον οδοντίατρό του και αφετέρου ο φόβος για τη γνώση δυσάρεστων καταστάσεων σχετικών με την υγεία του. Εξάλλου, η παραίτηση μπορεί να είναι ρητή ή σιωπηρή και ανακαλείται οποτεδήποτε ελεύθερα, ενώ, παραλλήλως, έχει ως αποτέλεσμα να είναι νόμιμη η διενέργεια της οδοντιατρικής πράξης χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς. Συνεπώς, το άρθρο 6 παρ. 2 εδ. β' του Κ.Ο.Δ. προβλέπει έναν ειδικό⁵⁰ λόγο άρσης του παρανόμου της προσβολής του άρθρου 57 ΑΚ με εξαίρεση τα τρίτα πρόσωπα⁵¹ που είναι αρμόδια να ενημερωθούν και να συναινέσουν αν ο ασθενής είναι ανίκανος να συναινέσει⁵², ήτοι, όπως θα αναλυθεί στον οικείο τόπο, στις περιπτώσεις των ανηλίκων, οι οποίοι δεν έχουν υπερβεί το 16^ο έτος της ηλικίας τους ή ακόμη και των ανηλίκων άνω των 16 ετών, εφόσον πρόκειται για σοβαρές οδοντιατρικές επεμβάσεις και αισθητικές-κοσμητικές.

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 2 εδ. β' Κ.Ο.Δ., ασθενής, εφόσον δεν επιθυμεί να ενημερωθεί ο ίδιος προσωπικά, μπορεί να επιλέξει να ενημερωθεί πρόσωπο της προτίμησής του, ήτοι ο ασθενής δύναται είτε να αρνηθεί πλήρως την ενημέρωση είτε να υποδείξει άλλο πρόσωπο ως αποδέκτη της ενημέρωσης⁵³. Σύμφωνα, λοιπόν, με μία πρώτη άποψη το εν λόγω πρόσωπο προτίμησης του ασθενή δεν είναι δικαιούχος της συναίνεσης αλλά μόνο εναλλακτικός αποδέκτης της ενημέρωσης οπότε ο ασθενής ενεργεί «ιδίω κινδύνω» (άρθρο 300 ΑΚ), ενώ κατά μία δεύτερη άποψη, το τρίτο πρόσωπο πρέπει να ανήκει στους «πλησιέστερους συγγενείς» του ασθενούς ανεξαρτήτως από την επιλογή του ασθενούς (π.χ. κάποιου φίλου του). Η δεύτερη άποψη οδηγεί σε μια πρακτική αντιμετώπιση της παράλειψης διευκρίνισης του «προσώπου της προτίμησης» του ασθενούς από το νομοθέτη αλλά έχει ως μειονέκτημα την εξομοίωση της παραίτησης από την ενημέρωση με τη κατάσταση της ανικανότητας προς συναίνεση. Ωστόσο, όπως θα αναλυθεί και κατωτέρω, αμφισβήτηση δημιουργείται ως προς τον όρο των «πλησιέστερων συγγενών», καθώς ο Κ.Ο.Δ. δεν περιέχει ορισμό τους σε αντίθεση με την έννοια του «οικείου», όπως αυτή ορίζεται στο άρθρο 1 παρ 4 περ. β' του Κ.Ι.Δ, με άμεση απόρροια είτε να δοθεί αναλογικά αντίστοιχος ορισμός τους μέσω του άρθρου 1 παρ. 4 περ. β' του Κ.Ι.Δ. είτε

⁵⁰Καράκωστας Ι., Το δίκαιο της προσωπικότητας, 2012, σ. 345

⁵¹Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σύμφωνα με το νέο ΚΙΔ, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006, σ. 35

⁵²Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 173

⁵³Αντίστοιχη ρύθμιση με άρθρο 11 παρ. 2 εδ. β' Κ.Ι.Δ.

να απαιτείται τροποποίηση του Κ.Ο.Δ., προκειμένου να δοθεί ένας επίσημος και πλήρης ορισμός των «πλησιεστέρων συγγενών».

3.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΝΟΜΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Σημαντική καινοτομία του Κ.Ο.Δ. αποτελεί η πρόβλεψη «θεραπευτικού προνομίου του οδοντιάτρου». Ειδικότερα, η Σύμβαση του Οβιέδο (άρθρο 10 παρ. 3 Ν. 2619/1998) προβλέπει ότι σε εξαιρετικές περιπτώσεις είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στο δικαίωμα ενημέρωσης προς το συμφέρον του ασθενούς, με άμεση απόρροια να απαιτείται νομοθετική πρόβλεψη για τη δυνατότητα εφαρμογής του θεραπευτικού προνομίου του ιατρού. Πράγματι, τέτοια νομοθετική πρόβλεψη και την επακόλουθη εξαίρεση από την υποχρέωση ενημέρωσης για λόγους προστασίας της ψυχικής υγείας του ασθενούς, δεν περιλαμβάνει ο Κ.Ι.Δ., καθώς προβλέπει το καθήκον αληθείας προς τον ασθενή (άρθ. 11 παρ. 1 εδ.α΄ του Κ.Ι.Δ.) ως ανεπιφύλακτο και δεν αναγνωρίζει ρητώς τη δυνατότητα περιορισμένης ενημέρωσης για τη μη επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς. Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί και η μη κρατούσα άποψη ότι σε εξαιρετικές περιπτώσεις κατα τις οποίες η αποκάλυψη της αλήθειας είτε θα βλάψει άμεσα την υγεία του ασθενούς είτε θα διακινδυνεύσει τη ζωή του ασθενούς, τότε είναι επιτρεπτή η παράλειψη πλήρους ενημέρωσης ύστερα από στάθμιση των αντιθέτων συμφερόντων.

Αντιθέτως, νομοθετική πρόβλεψη του θεραπευτικού προνομίου του οδοντιάτρου υπάρχει στο άρθρο 6 παρ. 3 εδ. α΄ Κ.Ο.Δ., στο οποίο ορίζεται ρητά ότι ο οδοντίατρος μέσα στα πλαίσια του καθήκοντός του προς πλήρη ενημέρωση του ασθενή, έχει τη δυνατότητα «να αποκρύψει ή να αποκαλύψει μέρος της αλήθειας για τη νόσο, εφόσον διαβλέπει, ότι η ενημέρωση αυτή είναι δυνατόν να προκαλέσει σοβαρή ψυχοσωματική διαταραχή στο συγκεκριμένο άτομο», ενώ παραλλήλως στο άρθρο 6 παρ. 3 εδ. β΄ Κ.Ο.Δ. προβλέπεται ότι ο οδοντίατρος «Στις περιπτώσεις αυτές οφείλει, για την προστασία της υγείας του ασθενή, να ενημερώσει πλήρως τους πλησιέστερους συγγενείς του⁵⁴». Πλήρως συνειδητά, ήτοι, παρέχεται από το νομοθέτη το δικαίωμα επιλογής στη διακριτική ευχέρεια του οδοντιάτρου. Μάλιστα, ως σοβαρή ψυχοσωματική διαταραχή θα μπορούσε να νοηθεί εκείνη η ασθένεια, η οποία επηρεάζει τόσο το μυαλό, όσο και το σώμα, ενώ είναι ευρέως γνωστό ότι ορισμένες σωματικές ασθένειες δύναται

να προκληθούν ή να υποτροπιάσουν λόγω ψυχικών παραγόντων, όπως το στρες και το άγχος, και επηρεάζουν κατά κύριο λόγο ηλικιωμένους ασθενείς, ασθενείς με γεροντική άνοια, ασθενείς στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία, γυναίκες σε λοχεία, αλλά και άτομα με κατάθλιψη. Στις περιπτώσεις αυτές, ο οδοντίατρος εφόσον το κρίνει, είναι δυνατόν να αποκρύψει ή να αποκαλύψει μέρος της αλήθειας υπό τον αναγκαίο όρο πλήρους ενημέρωσης των συγγενών του ασθενούς, με άμεση απόρροια το θεραπευτικό προνόμιο του οδοντιάτρου να μην αποτελεί ένα απόλυτο δικαίωμα αλλά ένα δικαίωμα που περιορίζεται και ελέγχεται μέσω της πληροφόρησης των συγγενών.

Σημειωτέον είναι το γεγονός ότι, ενώ το θεραπευτικό προνόμιο των επιστημόνων υγείας ανάγεται σε ένα πατερναλιστικό πρότυπο του παρελθόντος και το οποίο εγκαταλείφθηκε το έτος του 2005 με το Κ.Ι.Δ., το νεότερο προεδρικό διάταγμα του έτους 2009, ήτοι ο Κ.Ο.Δ., το επανέφερε και μάλιστα σε ένα επάγγελμα το οποίο ναι μεν εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία των ασθενών όχι τόσους σοβαρούς δε, αν αναλογιστεί κανείς την επικινδυνότητα επεμβάσεων πληθώρας ειδικοτήτων των ιατρών (π.χ. καρδιοχειρουργοί, ογκολόγοι, αναισθησιολόγοι, γυναικολόγοι κ.λπ.).

Ωστόσο, αμφισβήτηση δημιουργείται ως προς τον όρο των «πλησιέστερων συγγενών», καθώς ο Κ.Ο.Δ. δεν περιέχει ορισμό τους σε αντίθεση με το άρθρο 1 παρ. 4 περ. β' του Κ.Ι.Δ. το οποίο αναφέρει ότι στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται «οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς, τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση». Εν προκειμένω, η έννοια των «πλησιεστέρων συγγενών» είναι πολύ ευρεία και με δυσκολία οριοθέτησης. Κατά μια άποψη θα μπορούσε να δοθεί αναλογικά αντίστοιχος ορισμός τους μέσω του άρθρου 1 παρ 4 περ. β' του Κ.Ι.Δ. Όμως, το εν λόγω άρθρο περιλαμβάνει ακόμα και τους μόνιμους συντρόφους των αδελφών οι οποίοι μπορεί να μην έχουν καμία ουσιαστική σχέση οικειότητας και αγάπης με τον ασθενή, ενώ, αντιθέτως, δεν περιλαμβάνει στενότερους συγγενείς, όπως τους θείους. Σημειωτέον είναι ότι η διάταξη περί των οικείων αποτελεί αυτούσια μεταφορά της αντίστοιχης διάταξης του άρθρου 13 περ. β' Π.Κ., σε πολλές διατάξεις του οποίου, ωστόσο, κρίσιμος είναι

⁵⁴Σακελλαροπούλου Β., Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' έκδοση., 2011, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, σελ. 62

πρωτίστως ο συναισθηματικός δεσμός του οικείου με ένα πρόσωπο⁵⁵. Πράγματι από τη στιγμή που κάποιος είναι οικείος του εγκληματία και άρα συναισθηματικά δεμένος μαζί του δικαιολογείται π.χ. να τον υποθάλψει. Συνεπώς, από τα ανωτέρω συνάγεται ότι μια αναλογική εφαρμογή του άρθρου 1 παρ 4 περ. β' του Κ.Ι.Δ. θα οδηγούσε και σε μια αναλογική εφαρμογή και των εκάστοτε προβληματισμών και διχογνωμιών περί της έννοιας των οικείων, όπως αυτοί έχουν απασχολήσει το νομικό και ιατρικό κόσμο. Μάλιστα, όσον αφορά τους εξ αδιαθέτου κληρονόμους της 1^{ης} και της 2^{ης} τάξης (άρθρο 1813 και 1814 ΑΚ), οι οποίοι περιλαμβάνονται στο άρθρο 1 παρ 4 περ. β' του Κ.Ι.Δ., δεν είναι ολίγες οι φορές κατά τις οποίες δεν αποτελούν, λόγω π.χ. συναισθηματικής απόστασης με τον ασθενή, τους εν τοις πράγμασι πλησιεστέρους συγγενείς του, με άμεση απόρροια να μην πρέπει να αποφασίζουν για τη διενέργεια οδοντιατρικών πράξεων στον τελευταίο (ενδεχομένως, μάλιστα, σε ακραίες περιπτώσεις να λαμβάνουν μία λανθασμένη απόφαση περί εκτέλεσης μίας ριψοκίνδυνης για τον ασθενή οδοντιατρικής πράξης προκειμένου να επωφεληθούν από την πιθανή διαδοχή στην περιουσία του τελευταίου). Επιπλέον, σύμφωνα και με το νέο Νόμο για το Σύμφωνο Συμβίωσης (Ν.4356/2015 ο οποίος αντικατέστησε το Ν. 3719/2008), με τον οποίο επιτεύχθηκε η αξιολογική αναβάθμισή του και η προσέγγισή του με το θεσμικό χαρακτήρα του γάμου, περιλαμβάνοντας πιο αυστηρές και προστατευτικές ρυθμίσεις, κρίνεται εύλογο τα εν λόγω πρόσωπα να διαδραματίζουν ένα βαρύνοντα ρόλο στην απόφαση εκτέλεσης οδοντιατρικών πράξεων επί του συμβιώσαντός τους.

Ορθότερη προβάλλει η λύση της τροποποίησης του Κ.Ο.Δ., προκειμένου να δοθεί ένας επίσημος και πλήρης ορισμός των «πλησιεστέρων συγγενών» και αφενός να μην απαιτείται μια εκτενής και «ασφυκτική» ενημέρωση όλων των συγγενών των ασθενών τους, ειδικά σε θέματα ήσσονος σημασίας, αφετέρου να μην επαφίεται στη διακριτική του ευχέρεια η ενημέρωση των συγγενών του ασθενούς, καθώς υπάρχουν ασθένειες (π.χ. κροταφογναθικό σύνδρομο - Κ.Γ.Σ., οστεονέκρωση της γνάθου, καρκινικά οδοντιατρικά προβλήματα κ.λπ.) οι οποίες αναφέρονται σε υψηλούς κινδύνους για τον ασθενή και για τις οποίες ο αναγκαίος κύκλος συγγενών πρέπει να τις γνωρίζει πλήρως.

Περαιτέρω, αξίζει να αναλυθεί η νομική θέση των πλησιέστερων συγγενών του ασθενούς, οι οποίοι, όπως θα αναλυθεί κατωτέρω, έχουν κατά περιπτώσεις το δικαίωμα συναίνεσης στην

⁵⁵Ενδεικτική αναφορά του άρθρου 227 παρ. 3 Π.Κ., 231 παρ. 2 Π.Κ. (υπόθαλψη εγκληματία), 232 παρ. 2 Π.Κ.(παρاسιώνηση εγκλημάτων) και 237 παρ. 2 Π.Κ.

οδοντιατρική πράξη αντί του ασθενούς. Κατά μία άποψη και κατόπιν ερμηνείας, η ύπαρξη ρητής διάταξης νόμου – άρθρο 8 Κ.Ο.Δ, η οποία προβλέπει τη συναίνεση αυτών αντί του ασθενούς, ρύθμιση αντίστοιχη με τους οικείους του άρθρου 12 Κ.Ι.Δ., αποκλείει τη δυνατότητα να χαρακτηρισθούν οι πλησιέστεροι συγγενείς ως διοικητές αλλοτρίων και να ευθύνονται κατά τις 730 επ Α.Κ. παρά μόνο με αναλογική εφαρμογή των διατάξεων για τη διοίκηση αλλοτρίων (π.χ. απόφαση σύμφωνα με την εικαζόμενη θέληση τους ασθενούς)⁵⁶. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλη άποψη⁵⁷, η οποία ήταν και η κρατούσα πριν από την εισαγωγή του Κ.Ι.Δ., εφόσον οι πλησιέστεροι συγγενείς δεν είναι νόμιμοι αντιπρόσωποι του ασθενούς, καθώς ο νόμος δεν προβλέπει τίποτα για την περίπτωση διαφωνίας τους ή για την ευθύνη και τις υποχρεώσεις τους, όπως προβλέπει στις περιπτώσεις της γονικής μέριμνας ή της επιτροπείας ή της δικαστικής συμπαράστασης, είναι διοικητές αλλοτρίων, αφού μάλιστα συναινούν για να αποτρέψουν κίνδυνο υγείας του ασθενούς. Συνεπώς, σε περίπτωση που η συναίνεση των πλησιεστέρων συγγενών δεν ανταποκρίνεται στην εικαζόμενη βούληση του ασθενούς (π.χ. σοβαρή απονεύρωση με πιθανό μόνιμο μούδιασμα της στοματικής κοιλότητας) γεννάται πράγματι ενοχή από το νόμο κατά τα άρθρα 730 επ Α.Κ.

Βέβαια, όπως προαναφέρθηκε, δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη σχετικά με το τι θα συμβαίνει σε περίπτωση διαφωνίας των πλησιεστέρων συγγενών. Αν πάντως ένας συγγενής αρνείται την οδοντιατρική πράξη και άλλος τη δέχεται, τότε η άρνηση του πρώτου θα είναι χωρίς σημασία αν συντρέχει περίπτωση εφαρμογής του άρθρου 8 παρ 2 Κ.Ο.Δ. για την κατεπείγουσα ανάγκη παρέμβασης. Ωστόσο, αν δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου αυτού, τότε υπάρχει νομοθετικό κενό, με άμεση απόρροια να απαιτείται, εφόσον δεν πραγματοποιείται νομοθετική τροποποίηση για την επίλυση της διχογνωμίας, είτε απόφαση δικαστηρίου με ανάλογη εφαρμογή όσων ισχύουν για τους γονείς (1512 Α.Κ.) και τους επιτρόπους (1605 Α.Κ.) είτε λήψη γνώμης των κατά κυριολεξία πλησιεστέρων συγγενών. Σύμφωνα με την τρίτη λύση (η πρώτη είναι η νομοθετική τροποποίηση των εν λόγω άρθρων) δεν αντιμετωπίζονται, όμως, προβλήματα προσδιορισμού του κατά κυριολεξία πλησιεστέρου συγγενή στις περιπτώσεις π.χ. διαφωνίας μεταξύ των γονέων του ασθενούς ή των αδελφών του ή του γονέα από τη μια και τέκνου του ασθενούς από την άλλη, αφού σε όλες αυτές τις περιπτώσεις οι διαφωνούντες έχουν τον ίδιο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Αξίζει να αναφερθεί, εν προκειμένω, ότι λύση αυτού του

⁵⁶Φουντεδάκη Κ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ. 78

⁵⁷Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Η Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν.Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ.134 επ

προβλήματος προβλέπεται στην §60Α της Mental Health Act της Νότιας Αφρικής του 1973, με τη δημιουργία μίας «λίστας προτεραιότητας» μεταξύ των συγγενών του ανικάνου ασθενούς, οι οποίοι δύνανται να συναινέσουν στην αναγκαία ιατρική πράξη υποκαθιστώντας τον τελευταίο⁵⁸. Μάλιστα, πρόβλημα δημιουργείται, όπως προαναφέρθηκε, με το μόνιμο σύντροφο του ασθενούς (Ελεύθερη Ένωση) ή τον συμβιώσαντα του ασθενούς (Σύμφωνο Συμβίωσης του Ν.4356/2015), ο οποίος δε θεωρείται κατά κυριολεξία πλησιέστερος συγγενής αλλά είτε θα πρέπει να εκφέρει γνώμη με αναλογική εφαρμογή του άρθρου 1 παρ. 4 περ. β' του Κ.Ι.Δ., το οποίο περιλαμβάνει το πρόσωπο αυτό στους οικείους, είτε θα πρέπει να γίνει διασταλτική ερμηνεία του όρου «πλησιέστερων συγγενών», η οποία να περιλαμβάνει και το εν λόγω πρόσωπο, το οποίο ενδέχεται να βρίσκεται συναισθηματικώς πλησιέστερα στον ασθενή από ότι οι κατά κυριολεξία πλησιέστεροι συγγενείς του. Προτείνονται, πάντως, και οι λύσεις είτε της σύστασης κάποιας ειδικής επιτροπής δεοντολογίας που θα είναι αρμόδια για την επίλυση τέτοιων διαφωνιών, όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε νοσοκομείο και χρήζει ανάγκης οδοντιατρικής επέμβασης είτε της αντικατάστασης της συναίνεσης των πλησιεστέρων συγγενών από το θεσμό της εκούσιας αντιπροσώπευσης σε θέματα υγείας που ισχύει σε άλλες έννομες τάξεις, πρόταση μάλλον δικαιοπολιτικά ορθότερη, εφόσον δεν πραγματοποιείται η ενδεδειγμένη νομοθετική τροποποίηση, καθώς με την εισαγωγή του εν λόγω θεσμού στον Κ.Ο.Δ. ο καθένας θα μπορούσε να ορίσει ένα πρόσωπο της εμπιστοσύνης του (π.χ. στενό συγγενή, προσωπικό οδοντίατρο, μόνιμο σύντροφο ή φίλο) αρμόδιο να συναινεί σε θέματα υγείας που τον αφορούν, ρύθμιση περισσότερο συμβατή με την ελευθερία βούλησης του προσώπου.

⁵⁸Πραγιάννη Ε. Συναίνεση Δικαιοπρακτικά Ανίκανου Ασθενούς σε Ιατρική Πράξη, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε, 2014, σ. 77

4. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

4.1. ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, η συναίνεση του ασθενούς δεν αποτελεί δικαιοπραξία⁵⁹ και δεν εντάσσεται στην έννοια της συγκατάθεσης των άρθρων 236 – 238 ΑΚ⁶⁰, καθώς η συναίνεση του ασθενούς στη διενέργεια της εκάστοτε οδοντιατρικής πράξης δεν παρέχεται από τρίτο πρόσωπο και δεν αποτελεί προϋπόθεση για να είναι έγκυρη μια δικαιοπραξία αλλά αποτελεί τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς για την πραγματοποίηση της εν λόγω πράξεως ως έκφανση του συνταγματικώς κατοχυρωμένου δικαιώματος αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού του ατόμου⁶¹. Υπό την εν λόγω έννοια, η συναίνεση του ασθενούς στην οδοντιατρική πράξη αποτελεί νομιμοποιητικό παράγοντα διενέργειάς της, ανεξαρτήτως της κατάρτισης και ύπαρξης συμβάσεως οδοντιατρικής αρωγής μεταξύ του ασθενούς και του οδοντιάτρου, με άμεση απόρροια η μεταγενέστερη της οδοντιατρικής πράξεως συναίνεση (έγκριση κατ' ακριβολογία) να μην αίρει τον άδικο χαρακτήρα της αυθαίρετης οδοντιατρικής πράξης⁶².

Επιπροσθέτως, κρατούσα είναι η άποψη ότι η συναίνεση του ασθενούς στην οδοντιατρική πράξη συνιστά, ως προς τη νομική της φύση, «οιονεί δικαιοπραξία» και, ειδικότερα, αποτελεί «ανακοίνωση βουλήσεως»⁶³, καθώς ο ασθενής εξωτερικεύει τη βούλησή του στη διενέργεια της εν λόγω οδοντιατρικής ενέργειας. Περαιτέρω, αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία, καθώς έχει ως άμεση απόρροια την επέλευση έννομων συνεπειών από το νόμο, προκειμένου να πραγματοποιηθεί μία νομίμως χαρακτηριζόμενη οδοντιατρική πράξη. Συνεπώς, οι διατάξεις των δικαιοπραξιών εφαρμόζονται μόνο αναλογικά στη συναίνεση του Κ.Ο.Δ., με άμεση απόρροια αφενός η συναίνεση του ασθενούς να είναι άκυρη, εφόσον προσκρούει στο νόμο, στα χρηστά ήθη⁶⁴ ή στην ελευθερία του ατόμου, που την παρέχει, αφετέρου να μην εφαρμόζονται οι διατάξεις που προβλέπουν τις προθεσμίες και τις αιρέσεις αλλά και το άρθρο 238 ΑΚ για την (μεταγενέστερη) έγκριση.

⁵⁹ Γεωργιάδης, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο ΙΙ, 2007, §8 αρ. 44

⁶⁰ ΑΠ 612/2006, ΧρΙΔ 2006, 691: «Δεν εμπίπτει στο εύρος της έννοιας αυτής, η συναίνεση σε κάποιο πρόσωπο να επέμβει με υλική πράξη στην έννομη σφαίρα του συναινούντος», ομοίως ΕφΑθ 5343/2010, ΕδικΠολ 2010,377

⁶¹ Γεωργιάδης, σε ΣΕΑΚ Γεωργιάδη, 236 αρ. 4

⁶² Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 210

⁶³ Πελλένη – Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, σ. 2316

⁶⁴ Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §15 αρ. 69

Σημειωτέον είναι το γεγονός ότι, σύμφωνα με την ανωτέρω άποψη περί της οιονεί δικαιοπραξίας, η ικανότητα για συναίνεση (Άρθρο 8 του Κ.Ο.Δ.) στην οδοντιατρική πράξη δεν ταυτίζεται με την αστική δικαιοπρακτική ικανότητα⁶⁵, παρόλο που οι διατάξεις των άρθρων 127 επ ΑΚ αποτελούν βάσεις και για το νομοθέτη αλλά και για τον εφαρμοστή του Κ.Ο.Δ.

4.2. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Κατ' αρχάς, η υποχρέωση του οδοντιάτρου να μην προβαίνει σε οδοντιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς θεμελιώνεται αφενός στο άρθρο 3 παρ. 2 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης αφετέρου σε πληθώρα κειμένων, που ενέχουν κανόνες εν γένει ιατρικής δεοντολογίας, όπως η «Παγκόσμια Διακήρυξη σχετικά με το ανθρώπινο γονιδίωμα και τα ανθρώπινα δικαιώματα» της UNESCO. Μάλιστα, σε συνταγματικό επίπεδο το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει, ύστερα από επαρκή ενημέρωσή του, αν θα δεχτεί ή όχι οποιασδήποτε μορφής επέμβαση στο σώμα του, ως εκδήλωση της βουλευτικής αυτονομίας και αυτοδιάθεσής του, κατοχυρώνεται στο πλαίσιο της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της προστασίας της ανθρώπινης αξίας του, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις των άρθρων 5 παρ. 1 και άρθρο 2 του Ελληνικού Συντάγματος⁶⁶.

Εν γένει, οι προϋποθέσεις για την κατάφαση μια ισχυρής και έγκυρης συναίνεσης συνίστανται α) στην ικανότητα του ατόμου να την παρέχει, η οποία συντρέχει όταν ο ασθενής είναι σε θέση να εκτιμήσει ορθά τις συνέπειες της διενεργούμενης σε αυτόν πράξης, β) στη γνησιότητα της βουλήσεως, η οποία ως αληθινό προϊόν και έκφραση ελευθερίας απαιτεί πλήρη επίγνωση της σημασίας της (informed consent, consentement libre et eclaire)⁶⁷, καθώς οιαδήποτε ελαττώματα της βούλησης, οφειλόμενα σε εξαπάτηση ή πλάνη καθιστούν τη συναίνεση ανίσχυρη, γ) στη χορήγησή της πριν τη διενέργεια της οδοντιατρικής πράξης, δ) στην εξωτερική και ε) στη μη πρόσκρουση στα χρηστά ήθη. Σημειωτέον ότι αντίθετη στα χρηστά ήθη είναι η συναίνεση όταν το προσδοκώμενο από την οδοντιατρική πράξη όφελος υπολείπεται της βλάβης και των κινδύνων που συνδέονται με αυτήν⁶⁸. Ο οδοντίατρος, λοιπόν, είναι εν γένει

⁶⁵ Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, άρθρο 12 αρ.3

⁶⁶ Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 176

⁶⁷ Βιδάλης Κ. Τ., Ο έλεγχος της ιατρικής πράξης από τον ασθενή: Προς τη διευρυμένη έννοια του ιατρικού σφάλματος, ΧρΙΔ 5/2010

⁶⁸ Σακελλαροπούλου Β., ό.π.π., σ. 32 επ

υποχρεωμένος να απόσχει, ακόμη και παρά την αντίθετη εκπεφρασμένη βούληση του ασθενή, από οποιαδήποτε επέμβαση εγκλείει δυσανάλογους κινδύνους σε σχέση με τα οφέλη και ειδικώς, όσον αφορά στις κοσμικές και αισθητικές επεμβάσεις, τις οποίες θα γίνει εκτενής αναφορά στη συνέχεια, είναι υποχρεωμένος να απόσχει από πράξεις που εκθέτουν τον πελάτη σε οιονδήποτε κίνδυνο⁶⁹.

Συνεπώς, η οδοντιατρική πράξη που διενεργείται χωρίς να πληρούνται οι ανωτέρω προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης συνιστά παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, υπό την ειδική έκφραση του αυτοκαθορισμού και της βουλευτικής αυτονομίας του⁷⁰, ένεκα της οποίας γεννάται σε κάθε περίπτωση αξίωση αποζημίωσής για την ηθική βλάβη που υπέστη από την αποστέρηση μια απόφασης – επιλογής, η οποία σύμφωνα με το νόμο ανήκει μόνο στον ίδιο. Εξάλλου για την αποκατάσταση της μη περιουσιακής αυτής ζημίας σύμφωνα με την παραπάνω διάταξη, δεν απαιτείται υπαιτιότητα⁷¹.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 του Κ.Ο.Δ., ορίζεται ότι «Με τον όρο συναίνεση νοείται, ότι ο ασθενής έχει ενημερωθεί, έχει κατανοήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και έχει αποδεχτεί όλα όσα αναφέρονται στην παράγραφο 2 του άρθρου 6», με άμεση απόρροια ο ίδιο ο νομοθέτης να οριοθετεί την έννοια της συναίνεσης⁷². Από την προαναφερθείσα διάταξη συνάγεται ότι η ενημέρωση του ασθενούς γίνεται με κριτήριο όχι τον μέσο λογικό ασθενή, αλλά είναι προσαρμοσμένη στον εκάστοτε/συγκεκριμένο ασθενή, προκειμένου να κατανοήσει όσο το δυνατόν πληρέστερα την οδοντιατρική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί και να λάβει την σωστή και περισσότερο σύμφωνη με τα συμφέροντα του απόφαση.

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο. 7 παρ. 1 εδ α' του Κ.Ο.Δ. «Ο οδοντίατρος πριν από την εκτέλεση οποιασδήποτε οδοντιατρικής θεραπείας, πρέπει να έχει βεβαιωθεί ότι έχει τη συναίνεση του ασθενή», ενώ, παράλληλα σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 1 εδ β' του Κ.Ο.Δ. «Η συναίνεση δύναται να είναι γραπτή, όταν πρόκειται για εκτεταμένη επέμβαση, που χρήζει ολικής αναισθησίας⁷³». Εν προκειμένω, προβλέπεται ρητώς αλλά δυνητικώς, και σε αντίθεση με την έλλειψη αντίστοιχης ρύθμισης του Κ.Ι.Δ. περί του τύπου συναίνεσης στην ιατρική πράξη, ο

⁶⁹Κότσιανος Σ., Ιατρική ευθύνη αστική και ποινική, Θεσ/νίκη 1977, σ. 19 - 20

⁷⁰Άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο και άρθρο 47 παρ. 3 Ν.2071/1992

⁷¹Φουντεδάκη Κ., ό.π.π., σ. 230

⁷²Σημειωτέον ότι δεν υπάρχει αντίστοιχη διάταξη και ορισμός της έννοιας της συναίνεσης στον Κ.Ι.Δ.

⁷³Σακελλαροπούλου Β., ό.π.π., σ. 63

τύπος της συναίνεσης του ασθενή στην οδοντιατρική πράξη⁷⁴. Πρόκειται για επεμβάσεις που γίνονται σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες από στοματικούς και γναθοπροσωπικούς χειρουργούς καθώς και περιστατικά που απαιτούν τη συμμετοχή αναισθησιολόγου για την περιστολή των κινδύνων, όπως είναι οι περιπτώσεις των σοβαρών τραυματισμών (π.χ. κατάγματα γνάθων). Τη ratio του νομοθέτη και του ίδιου του νόμου αποτελεί η διασφάλιση του οδοντιάτρου, ούτως ώστε αυτός να μπορεί να αποδείξει την ύπαρξη της συναίνεσης, αλλά εφόσον προκύψει ανάγκη και την προηγηθείσα ενημέρωση. Ωστόσο, η εν λόγω ρύθμιση υποστηρίζεται ότι αρμόζει να εφαρμοστεί αναλογικά και στους ιατρούς, καθώς τα περιστατικά τα οποία καθημερινώς αντιμετωπίζουν παρουσιάζουν ως επί το πλείστον σοβαρότερους κινδύνους και επιπλοκές στους ασθενείς από ότι τα περιστατικά που παρουσιάζονται ενώπιων των οδοντιάτρων, με άμεση απόρροια ο ρητά προβλεπόμενος, ακόμη και ως δυνητική επιλογή, τύπος της γραπτής συναίνεσης του ασθενούς και στους ιατρούς να επιλύει ζητήματα αφενός πλήρους και κατανοητής ενημέρωσης του ασθενούς αφετέρου απόδειξης ότι η εν λόγω ενημέρωση με το απαιτούμενο περιεχόμενο έλαβε πράγματι χώρα. Πράγματι, η έγγραφη ενημέρωση με τη μορφή ενός εντύπου «Ενημέρωσης και Συναίνεσης του ασθενούς», υπογεγραμμένου από τον ασθενή, έχει έστω και περιορισμένη⁷⁵ αποδεικτική αξία⁷⁶ και ισχύ, εφόσον το εν λόγω έντυπο περιέχει τις αναγκαίες πληροφορίες για την ενημέρωση του ασθενούς με σαφή τρόπο και αποδεικνύει την προσπάθεια του ιατρού/οδοντιάτρου πληροφόρησης του ασθενή ως προς τα βασικά σημεία της ιατρικής/οδοντιατρικής πράξης⁷⁷.

Ωστόσο, ακόμη και στις περιπτώσεις ολικής αναισθησίας, στις οποίες ο Κ.Ο.Δ. προβλέπει τη λήψη γραπτής συναίνεσης του ασθενούς, στα πλαίσια της διακριτικής ευχέρειας του οδοντιάτρου, υποστηρίζεται⁷⁸ ότι δεν υποβαθμίζεται η αξία της προφορικής ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς, καθώς η τελευταία ενισχύει την προσωπική επαφή με τον ασθενή και

⁷⁴Αυλογιάρη Ευπραξία, Ζησιού Ιωάννα, Σιβένα Ελπίδα, Τανισκίδου Άννα-Μαρία, Νομική διάσταση του Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Μελέτη, ΑΡΜ 2012, 2011

⁷⁵Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 255 και Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, άρθρο 11 αρ. 17

⁷⁶Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σύμφωνα με το νέο Κ.Ι.Δ. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006, σ. 35

⁷⁷Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 175

⁷⁸Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1993, σ. 259 και Βιδάλης Κ.Τ. - Παπαχρίστου Θ. Κ., Ιατρική Δεοντολογία, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2013, άρθρο 11 αρ. 8, ότι η προφορική ενημέρωση ενδείκνυται για περιστατικά ρουτίνας, ενώ σε δύσκολα περιστατικά υπάρχει ο κίνδυνος χειραγώγησης του ασθενούς.

τη σχέση εμπιστοσύνης που δημιουργείται ανάμεσά τους, αφού ο ασθενής δύναται, μέσω της προφορικής συνομιλίας με τον οδοντίατρό του, να του απευθύνει ερωτήσεις και να λάβει τις αναγκαίες διευκρινήσεις, τις οποίες δε θα μπορούσε να πραγματοποιήσει με την απλή υπογραφή του εν λόγω εντύπου συναίνεσης. Ωστόσο, λόγω του γεγονότος ότι η προφορική μόνο ενημέρωση και λήψη συναίνεσης δεν εξασφαλίζει τον οδοντίατρο από τις πιθανές μελλοντικές αξιώσεις του ασθενούς για τη μη ορθή λήψη της, ορθότερο είναι η ενημέρωση και η συναίνεση του εκάστοτε ασθενούς να καταχωρίζονται στο οδοντιατρικό αρχείο⁷⁹ του υπεύθυνου οδοντίατρου ως αξιόπιστου αποδεικτικού μέσου⁸⁰ σε δίκη οδοντιατρικής ευθύνης. Μάλιστα, η τηλεφωνική ενημέρωση είναι επιτρεπτή υπό τον όρο ότι αφενός δεν αφορά «σοβαρές περιπτώσεις» αφετέρου ο ασθενής έχει ενημερωθεί πλήρως και κατανοητώς προκειμένου να συναινέσει εγκύρως στην εν λόγω οδοντιατρική πράξη (π.χ. χορήγηση φαρμάκου για την ανακούφιση του ασθενή μέχρι την προσέλευση στο οδοντιατρείο). Σημειωτέον είναι το γεγονός ότι η εξασφάλιση του δικαιώματος που ασθενούς για τον αυτοκαθορισμό του πραγματοποιείται εφόσον η ενημέρωση παρέχεται εγκαίρως, προκειμένου ο ασθενής όχι μόνο να έχει λάβει όλες τις απαραίτητες για την επικείμενη ιατρική πράξη πληροφορίες αλλά να έχει και τον απαραίτητο χρόνο να σκεφτεί και να αποφασίσει χωρίς πίεση. Με άλλα λόγια, το δικαίωμα αυτοκαθορισμού απαιτεί αφενός ο ασθενής να λαμβάνει όλες τις απαραίτητες για την επικείμενη ιατρική πράξη πληροφορίες και αφετέρου ο ασθενής να έχει χρόνο αφομοίωσης, κατανόησης των πληροφοριών και λήψης της απόφασής του χωρίς πίεση, λαμβάνοντας υπόψιν τις αρχές της καλής πίστης (288 ΑΚ) για την καταλληλότητα του χρόνου ενημέρωσης⁸¹. Εξάλλου, είναι αναμφισβήτητο ότι η υποχρέωση παροχής ενημέρωσης και, συνεπώς, και λήψης συναίνεσης πρέπει να τηρείται σε χρόνο που ο ασθενής είναι νηφάλιος και σε καμία περίπτωση όταν ο τελευταίος έχει λάβει οιοδήποτε φάρμακο αναισθητοποίησης της στοματικής του κοιλότητας. Περαιτέρω, επειδή η τήρηση της υποχρέωσης της έγκαιρης ενημέρωσης εξετάζεται υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες, ήτοι *in concreto*, έγκαιρη θεωρείται στην πλειοψηφία των οδοντιατρικών περιπτώσεων η ενημέρωση που παρέχεται την ίδια μέρα της οδοντιατρικής επέμβασης, λόγω της έλλειψης αντίστοιχης σοβαρότητας με τη διενέργεια σοβαρών ιατρικών πράξεων. Μάλιστα, υποχρέωση

⁷⁹Πελένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 176

⁸⁰Λασκαρίδης, Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου, *Digesta* 2005, 294επ.

⁸¹Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, σ.134

έγκαιρης ενημερώσεως υφίσταται και όταν ενδέχεται να επεκταθεί η αρχική οδοντιατρική επέμβαση.

Επιπροσθέτως, είναι γεγονός ότι η σύγχρονη οδοντιατρική έχει ως αντικείμενο και την αντιμετώπιση αισθητικών προβλημάτων στην οδοντοστοιχία με μοντέρνες τεχνικές (π.χ. οδοντιατρική αισθητική παρέμβαση για την απόκτηση συμμετρικών και λευκών οδόντων), περιπτώσεις κατά τις οποίες η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να είναι περισσότερο λεπτομερής, και δη, όσον αφορά όλες τις τυχόν συνέπειες και επιπλοκές αυτών των παρεμβάσεων. Η εν λόγω υποχρέωση προβλέπεται ρητώς με ειδική μνεία και στον άρθρο 11 παρ. 3 τελευταία περίπτωση του Κ.Ι.Δ., διάταξη η οποία υποχρεώνει τον ιατρό να καταβάλλει ιδιαίτερη προσοχή στην ενημέρωση (και στην επακόλουθη συναίνεση) του ασθενούς στις περιπτώσεις των αισθητικών ή κοσμητικών επεμβάσεων και εφαρμόζεται αναλογικά, λόγω της *ratio* του νόμου, και στον Κ.Ο.Δ. Περαιτέρω, ο οδοντίατρος σε κάθε περίπτωση οφείλει να ενημερώνεται και να μεριμνά ώστε να αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του ασθενούς. Όπως ισχύει σε κάθε χειρουργική επέμβαση, έτσι και στις ανωτέρω περιπτώσεις, ο χειρουργός οδοντίατρος θα πρέπει να καταστήσει ενήμερο τον ασθενή για όλη την ιατρική διαδικασία, με τους κινδύνους και τα οφέλη κάθε διαδικασίας, τις πιθανότητες αποτυχίας και τις συνέπειες της πιθανής αποτυχίας (π.χ. δυσμορφία κ.λπ.). Μάλιστα, ο οδοντίατρος πέραν της ανωτέρω ενημέρωσης θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή και για συνέπειες ή παρενέργειες της ανωτέρω επέμβασης ακόμη και αν η πιθανότητα επέλευσής τους είναι περιορισμένη, καθώς μόνο υπό τον όρο αυτό θα μπορέσει ο ασθενής να αποφασίσει τη διενέργεια της εν λόγω οδοντιατρικής πράξης, μέσω της στάθμισης των κινδύνων με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της συγκεκριμένης αισθητικής ή κοσμητικής επέμβασης. Γενικότερα, όταν μια ιατρική πράξη δεν έχει θεραπευτικό χαρακτήρα, η ενημέρωση του ασθενούς θα πρέπει να περιλάβει και κινδύνους με ελάχιστη πιθανότητα επέλευσης.

Σημειωτέον είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ.2 εδ. γ' του Κ.Ι.Δ. η συναίνεση δεν πρέπει να συγκρούεται με τα χρηστά ήθη. Η εν λόγω νομοθετική πρόβλεψη εφαρμόζεται και στον Κ.Ο.Δ., όπως αναφέρθηκε, είτε με αναλογική εφαρμογή της προαναφερθείσας διάταξης του Κ.Ι.Δ. είτε λόγω αναγωγής στο γενικότερο κανόνα και πνεύμα του Αστικού Δικαίου (συστηματική ερμηνεία) μέσω της διάταξης του άρθρου 178 Α.Κ. ο οποίος ορίζει ότι «Δικαιοπραξία που αντιβαίνει στα χρηστά ήθη είναι άκυρη». Αντίθετες, εν

προκειμένω, στα χρηστά ήθη είναι οι πλαστικές χειρουργικές οδοντιατρικές επεμβάσεις⁸² που προσκρούουν στο αίσθημα της ευπρέπειας του δίκαια και με επιείκεια σκεπτόμενου ανθρώπου και, συνεπώς, η συναίνεση σε αυτές είναι άνευ ετέρου άκυρη.

4.3. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

4.3.1. Ο ΑΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 8 παρ. 1 Κ.Ο.Δ. «όταν ο ασθενής δεν έχει υπερβεί το 16^ο έτος της ηλικίας του, είναι απαραίτητη η συναίνεση του γονέα, ή κηδεμόνα του». Συνεπώς, εν προκειμένω ο εν λόγω ανήλικος αδυνατεί μόνος του να συναινέσει για την διενέργεια οδοντιατρικών πράξεων. Πράγματι, στην περίπτωση της στοματικής υγείας ενός ασθενή, κρίθηκε άξιο από το νομοθέτη να οριστεί το 16ο έτος της ηλικίας ως ανώτατο όριο ηλικίας, μετά τη συμπλήρωση του οποίου, ο ασθενής, χορηγεί ο ίδιος τη συναίνεσή του για τη διενέργεια πράξεων οδοντιατρικής φύσεως. Λαμβάνεται, δηλαδή, υπ' όψιν, ένα αντικειμενικό κριτήριο, που είναι η συμπλήρωση του 16^{ου} έτους της ηλικίας, ανεξάρτητα από την πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα του εφήβου, και το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τα οριζόμενα στον Αστικό Κώδικα σχετικά με την ενηλικίωση, αλλά και την παράλληλη ικανότητα για επιχείρηση δικαιοπραξίας με τη συμπλήρωση των 18 χρόνων του ατόμου (άρθρο 127 ΑΚ)⁸³. Σημειωτέον το γεγονός ότι στο άρθρο 12 παρ. 2 Κ.Ι.Δ. προβλέπεται υποχρεωτικά, προκειμένου να επιχειρηθούν οιοδήποτε ιατρικής φύσεως πράξεις σε ανηλίκους έως και 18 ετών, η συναίνεση να δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του ανηλίκου, λαμβάνοντας επικουρικά, υπ' όψιν και τη γνώμη του εφήβου ανάλογα με την ηθική, πνευματική, και συναισθηματική ωριμότητα αυτού. Είναι δε, φανερό ότι ο Κ.Ι.Δ. ακολουθεί, όσον αφορά τη συναίνεση του ασθενούς, τις γενικές διατάξεις για τη δικαιοπρακτική ικανότητα.

Ωστόσο, με την ως άνω ρύθμιση, ο Κ.Ο.Δ. διαφοροποιείται και επιλέγει την ελαστική λύση της σύνδεσης της ικανότητας για συναίνεση με την ηλικιακή ωριμότητα του ανηλίκου, ιδίως, για τις απλές και όχι για τις σοβαρές οδοντιατρικές πράξεις (σφραγίσματα, καθαρισμό, τοποθέτηση ορθοδοντικού μηχανισμού - σιδεράκια κλπ), θεωρώντας ότι η συμπλήρωση των 16 ετών τεκμαίρει την απαραίτητη ωριμότητα για τις ως οδοντιατρικές πράξεις.

⁸²Laufs A., Uhlenbruck W., Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck, Munchen, 1992, σ. 230 - 235

Περαιτέρω, προβληματισμός και ποικίλες αμφισβητήσεις δημιουργούνται για τις περιπτώσεις σοβαρών οδοντιατρικών πράξεων (π.χ εμφυτεύσεις οδόντων), καθώς για τις προαναφερθείσες αισθητικές - κοσμητικές επεμβάσεις, οι οποίες είναι εξαιρετικά σοβαρές και πολλές φορές η επαναφορά των πραγμάτων στην προτέρα κατάσταση είναι αδύνατη (π.χ. εξαγωγή όλων των εμπροσθίων οδόντων και εμφύτευση άλλων, επικόλληση πάνω στα δόντια κ.λπ), καθώς σε αυτές θα μπορούσε να συναινέσει αποκλειστικά ο ανήλικος έφηβος άνω των 16 ετών ή θα έπρεπε εν προκειμένω να δώσουν την συγκατάθεση τους οι ασκούντες την επιμέλεια ή και τη γονική μέριμνα γονείς. Το ερμηνευτικό αυτό ζήτημα επιτείνεται κυρίως στις σοβαρές οδοντιατρικές πράξεις, αλλά, και στις αισθητικές – κοσμητικές πράξεις, καθώς δεν γίνεται ρητή αναφορά τους στην ως άνω διάταξη⁸⁴, με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα κατά την οδοντιατρική πρακτική.

Με ερμηνεία, ωστόσο, της εν λόγω διάταξης σύμφωνα με το πνεύμα του νόμου θα έπρεπε να επιχειρηθεί συσταλτική ερμηνεία, με άμεση απόρροια ο ανήλικος, ο οποίος δεν έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του να μη δύναται να προχωρήσει στη διενέργεια σοβαρής ή αισθητικής – κοσμητικής πράξης χωρίς τη συναίνεση των ασκούντων την επιμέλεια ή και τη γονική μέριμνα γονέων του. Μάλιστα, η εν λόγω ερμηνεία εναρμονίζεται και συστηματικά με τη διάταξη του άρθρου 12 παρ. 2β' περ. αα του Κ.Ι.Δ., στην οποία γίνεται μνεία του ανηλίκου χωρίς να τίθεται ορισμένο ηλικιακό όριο τεκμαιρόμενης ωριμότητας αλλά περιλαμβάνοντας κάθε ανήλικο που δεν έχει συμπληρώσει τα 18 έτη και ιδίως για τις αισθητικές και κοσμητικές πράξεις, στις οποίες απαιτείται πάντοτε η συγκατάθεση των προσώπων που ασκούν τη γονική του μέριμνα⁸⁵.

Ωστόσο, σημειωτέα είναι και η αντίθετη άποψη, βασιζόμενη στη γραμματική ερμηνεία της διάταξης του άρθρου 8 παρ. 1 Κ.Ο.Δ., περί της μη ανάγκης σχετικής συναίνεσης των γονέων ή των κηδεμόνων του ανηλίκου, εφόσον ο ανήλικος έχει υπέρβει το 16^ο έτος της ηλικίας του με επιχείρημα ότι αφενός οι οδοντιατρικές πράξεις δε δύνανται να εξομοιώνονται με τις αντίστοιχες ιατρικές ως προς τη σοβαρότητά τους, ώστε να μην αρκεί η συναίνεση του δεκαεξάχρονου ανηλίκου για τη διενέργειά τους, αφετέρου η σχετική ρύθμιση του Κ.Ο.Δ. (έτος 2009) είναι νεότερη και ειδικότερη από την αντίστοιχη ρύθμιση του Κ.Ι.Δ. (έτος 2005) γεγονός που

⁸³ Σταθόπουλος Μ., σε «Αστικός Κώδιξ – Κατ' άρθρον ερμηνεία- Ι ΓΕΝΙΚΑΙ ΑΡΧΑΙ», Γεωργιάδη - Σταθόπουλου, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 1979, σ.179 επ. και Σταθόπουλος Μ., σε «ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ, ΚΑΤ' ΑΡΘΡΟ ΕΡΜΗΝΕΙΑ», Τόμος Ιβ, Γενικές Αρχές, Γεωργιάδη – Σταθόπουλου, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2016

⁸⁴ Σε αντίθεση με τον Κ.Ι.Δ. όπου γίνεται ειδική τους μνεία στο άρθρο 11 παρ. 3.

αποδεικνύει τη θέληση του νομοθέτη (ιστορική ερμηνεία της διάταξης) για τη διαφοροποίηση της συγκατάθεσης στα δύο νομοθετήματα με υπερισχύουσα τη νεότερη ρύθμιση επί οδοντιατρικών παρεμβάσεων.

Συνεπώς, σύμφωνα και με την υποστηριζόμενη άποψη δια της παρούσης εργασίας, παρόλο που δεν διευκρινίζεται στην ανωτέρω διάταξη του άρθρου 8 παρ. 1 του Κ.Ι.Δ. εάν η συναίνεση του ασθενούς, που έχει συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας, καλύπτει κάθε είδους οδοντιατρική πράξη, διακρίνεται, όπως αναπτύχθηκε ανωτέρω, ότι το όριο των 16 ετών τέθηκε, με τη λογική και υπό τελεολογική ερμηνεία ότι στην πλειοψηφία τους οι οδοντιατρικές πράξεις είναι απλές και ο έφηβος διαθέτει την ωριμότητα και την ικανότητα να αντιληφθεί τη φύση, το σκοπό και την επικινδυνότητα της πράξης και, επομένως, μπορεί να συναινέσει έγκυρα στην ως άνω οδοντιατρική πράξη⁸⁶. Αποτέλεσμα της θεώρησης αυτής είναι ότι στις περιπτώσεις των ανηλίκων των ηλικιών 16 έως 18 ετών, θα ήταν ορθότερο να εναρμονιστεί η ρύθμιση με την αντίστοιχη διατάξη του άρθρου 11 - 12 Κ.Ι.Δ., όσον αφορά τη συναίνεση σε σοβαρότερες οδοντιατρικές επεμβάσεις καθώς και σε αισθητικές-κοσμητικές που γίνονται σε ανηλίκους, με άμεση απόρροια η συναίνεση στην τέτοιας φύσεως οδοντιατρική πράξη να πρέπει να δίδεται, σε κάθε περίπτωση, από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του ανηλίκου.

Περαιτέρω, η διατύπωση του άρθρου 12 παρ. 2β' περ. αα του Κ.Ι.Δ. έχει δημιουργήσει διχογνωμία στη θεωρία ως προς τις ουκ ολίγες περιπτώσεις κατά τις οποίες η γονική μέριμνα, περιεχόμενο της οποίας αποτελεί σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1510 Α.Κ. και η επιμέλεια (με τη συνακόλουθη φροντίδα της υγείας⁸⁷ του ανηλίκου⁸⁸), δεν ασκείται και από τους δύο γονείς από κοινού, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1513 Α.Κ. (π.χ. λόγω διάστασης/διακοπής της συμβίωσης, διαζυγίου ή ακύρωσης του γάμου των γονέων – 1513 και 1514 Α.Κ.). Πράγματι, είναι δυνατόν ένας γονέας να ασκεί μέρος της γονικής μέριμνας, αλλά να μην έχει την επιμέλεια λόγω λειτουργικής κατανομής της άσκησης της γονικής μέριμνας μεταξύ των γονέων ή ανάθεσης μόνο της επιμέλειας σε τρίτο (1513 παρ.1 εδ. γ', 1532, 1535 και 1589 Α.Κ.). Μάλιστα, το εν λόγω ερμηνευτικό ζήτημα επιτείνεται, επειδή, παρόλη τη γενική αποδοχή

⁸⁵Άρθρο 11 παρ. 3 με παραπομπή από άρθρο 12 παρ. 2β' περ. αα τελευταίο εδάφιο του Κ.Ι.Δ.

⁸⁶Νικολόπουλος Π. «Ζητήματα από την άρνηση του γιατρού για λόγους συνείδησης και από τη συναίνεση του ανηλίκου σε ιατρικές πράξεις κατά το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», σε τιμ. Τόμο Μ. Σταθόπουλου, 2010, σ. 1868

⁸⁷Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Οικογενειακό Δίκαιο, ΙΙ, 2012, σ. 329 και Σπυριδάκης Ι., Οικογενειακό Δίκαιο, 2006, σ. 630

ότι η φροντίδα και η επιμέλεια για την υγεία του ανηλίκου με τη συνακόλουθη συναίνεση στις απαραίτητες οδοντιατρικές και εν γένει ιατρικές επεμβάσεις- αποτελεί σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1518 Α.Κ. περιεχόμενο της επιμέλειας, με άμεση απόρροια δικαιούχος της συναίνεσης να πρέπει να είναι μόνο το πρόσωπο που ασκεί την επιμέλεια, ωστόσο στη σχετική νομολογία τείνει να επικρατήσει η άποψη ότι μια σειρά ζητημάτων επιμέλειας -- κυρίως οι σοβαρές οδοντιατρικές/ιατρικές επεμβάσεις - λόγω της ιδιαίτερης σημασίας και κρισιμότητας τους για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού, ανάγονται στον «πυρήνα» της γονικής μέριμνας και συναποφασίζονται από τους δυο γονείς που είναι φορείς της γονικής μέριμνας⁸⁹, ανεξάρτητα από το αν μόνο στον ένα έχει ανατεθεί η αποκλειστική άσκηση της επιμέλειας⁹⁰.

Συνεπώς, σύμφωνα με την ανωτέρω ερμηνεία της διάταξης του άρθρου 12 παρ. 2β' περ. αα του Κ.Ι.Δ. και την αντίστοιχη παραπομπή στις ειδικές περιπτώσεις του άρθρου 11 παρ. 3, ήτοι τις ειδικές επεμβάσεις των μεταμοσχεύσεων, μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεων αλλαγής ή αποκατάστασης φύλου και αισθητικών ή κοσμητικών επεμβάσεων, κατά την οποία επιβάλλεται να συναινέσουν στις τελευταίες οι ασκούντες τη γονική μέριμνα του ανηλίκου, συνάγεται ότι και για τις αντίστοιχες οδοντιατρικές αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις είναι απαραίτητο να δίδεται για τους ανηλίκους - συμπεριλαμβανομένους και αυτούς της ηλικίας μεταξύ 16 και 18 ετών - η συναίνεση και των δύο ασκούντων τη γονική μέριμνα⁹¹. Διαφορετικά υπάρχει περίπτωση ο οδοντίατρος, ο οποίος διενεργεί τις ανωτέρω οδοντιατρικές πράξεις, μόνο με τη συναίνεση του ανηλίκου – εφήβου ή του ενός γονέα, να θεωρηθεί ότι ενεργεί την οδοντιατρική πράξη χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς με το συνακόλουθο στιγματισμό της ως «αυθαίρετη» ιατρική πράξη, καθώς, στην περίπτωση κατά την οποία δεν υπάρχει νομίμως παρεχόμενη συναίνεση του ασθενούς, η οδοντιατρική πράξη συνιστά παράνομη σωματική βλάβη του, με άμεση απόρροια να δημιουργείται ευθύνη του οδοντίατρου εκ της διενέργειάς της.

⁸⁸Κουμάντος Γ, Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ, 1989, σ. 207 και Λαδογιάννης Γ., σε ΣΕΑΚ Γεωργιάδη, 1518, αρ. 15

⁸⁹Καιάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., «Ο νέος ΚΙΔ: Βασικές ρυθμίσεις, Νομική, Ιατρική και Κοινωνιολογική Προσέγγιση», Δημοσιεύματα ιατρικού δικαίου και βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, σ. 19επ.

⁹⁰Αυλογιάρη Ευπραξία, Ζησιού Ιωάννα, Σιβένα Ελπίδα, Τανισκίδου Άννα-Μαρία, Νομική διάσταση του Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Μελέτη, ΑΡΜ 2012, 2012

⁹¹Κουκούλης Α - Ν., Η επιμέλεια του ανήλικου ασθενούς, σε ΕφΑΔ 2014, σ. 997

4.3.2. Ο ΕΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΧΩΡΙΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ – ΚΑΤΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 8 παρ. 3 του Κ.Ο.Δ. ορίζεται ότι «Σε μη επείγουσες περιπτώσεις και όταν η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή δεν του επιτρέπει να δώσει πλήρη ενημερωμένη συγκατάθεση στον οδοντίατρο, ο τελευταίος οφείλει να τη λάβει από τον κατά νόμο αρμόδιο κηδεμόνα, ή επίτροπο του ασθενή». Υποστηρικτέα είναι η άποψη ότι τα πρόσωπα που δεν έχουν τη γενική κατάσταση υγείας με την οποία να μπορούν να παράσχουν πλήρη ενημερωμένη συγκατάθεση – συναίνεση στην οδοντιατρική πράξη είναι είτε όσοι τελούν σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστης είτε όσοι δεν τελούν σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης αλλά εντάσσονται σε μία από τις περιπτώσεις του άρθρου 131 ΑΚ.

Κατ' αρχάς, ενώ η περίπτωση των ανηλίκων ασθενών ρυθμίζεται, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, από τη διάταξη του άρθρου 8 παρ. 1 του Κ.Ο.Δ, η τρίτη παράγραφος του εν λόγω άρθρου αναφέρει τη συναίνεση του αρμόδιου «κηδεμόνα» ή «επιτρόπου», δημιουργώντας σύγχυση ως προς τη νομοθετική εφαρμοστέα ρύθμιση, λόγω της γραμματικής αστοχίας της εν λόγω παραγράφου. Πράγματι, προβληματική παρουσιάζεται η αναφορά στον «κηδεμόνα ή επίτροπο του ασθενή», καθώς ο μεν «κηδεμόνας» υπήρχε στο Οικογενειακό Δίκαιο υπό το προηγούμενο καθεστώς και πριν την αναμόρφωσή του από το Νόμο 1329/1983, με τον οποίο καταργήθηκε ως θεσμός, ο δε επίτροπος εκπροσωπεί, υπό το ισχύον καθεστώς, μόνο τον ανήλικο, σύμφωνα με τις γενικές αρχές του Οικογενειακού Δικαίου (1510 και 1589 Α.Κ.). Ωστόσο, με βάση τη διάταξη του άρθρου 8 παρ.1 Κ.Ο.Δ., ο ανήλικος ασθενής, εφόσον δεν έχει υπερβεί το 16^ο έτος του, πρέπει να λάβει σε κάθε περίπτωση τη συναίνεση του γονέα ή κηδεμόνα του (εν γένει ασκούνται τη γονική μέριμνα ή την επιμέλειά του) με άμεση απόρροια η εν λόγω αναφορά στην τρίτη παράγραφο να παρουσιάζεται άνευ λόγου. Ωστόσο, και στην περίπτωση του ανηλίκου ηλικίας 16 έως 18 ετών η εν λόγω απαίτηση της συναίνεσης του ασκούνται τη γονική μέριμνα εμφανίζεται περιττή, καθώς, σύμφωνα με την ανωτέρω ορθότερη άποψη, στις περιπτώσεις των σοβαρών ή αισθητικών – κοσμητικών οδοντιατρικών πράξεων, η συναίνεση πρέπει να δίδεται σε κάθε περίπτωση από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του ανηλίκου. Αποτέλεσμα είναι, εν προκειμένω, ότι η εν λόγω παράγραφος, όσον αφορά τους ανηλίκους, αναφέρεται στις περιπτώσεις των «ελαφριών» ή μη αισθητικών – κοσμητικών οδοντιατρικών επεμβάσεων επί του ανηλίκου, στις οποίες, μέσω της

ερμηνείας «της γενικής κατάστασης υγείας» του τελευταίου, ο οδοντίατρος οφείλει να μην αρκестεί στη συναίνεση του τελευταίου, ακόμη και αν πληροί το εν λόγω ηλικιακό όριο π.χ λόγω του γεγονότος ότι ο ασθενής δε φέρει την πνευματική ή συναισθηματική ωριμότητα ή είναι αναίσθητος από τραυματισμό, καρδιακό/εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρκινικό πρόβλημα (περιπτώσεις σπάνιες στην πράξη).

Περαιτέρω, όσον αφορά την περίπτωση των ενήλικων ασθενών, οι τελευταίοι δε βρίσκονται ούτε υπό γονική μέριμνα αλλά ούτε υπό επιτροπεία, με άμεση απόρροια να θεωρηθεί ότι ο καταργηθείς κηδεμόνας ή επίτροπος της τρίτης παραγράφου του άρθρου 8 του Κ.Ο.Δ. αντικαθίσταται ως έννοια, λόγω της συναφούς αστοχίας, από το δικαστικό συμπαραστάτη του ασθενούς ή από τους κατά το άρθρο 6 παρ. 3 εδ. β΄. πλησιέστερους συγγενείς του, εφόσον ο τελευταίος δεν τελεί υπό καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης αλλά εντάσσεται σε μία από τις περιπτώσεις του άρθρου 131 Α.Κ. Πράγματι, στην περίπτωση των μη επειγουσών περιπτώσεων, κατά τις οποίες η γενική κατάσταση υγείας του ασθενούς δεν επιτρέπει τη νόμιμη συναίνεσή του, όπως προαναφέρθηκε π.χ. λόγω του γεγονότος ότι είναι αναίσθητος από τραυματισμό, καρδιακό/εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρκινικό πρόβλημα, ο οδοντίατρος οφείλει να λάβει τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη ή των πλησιεστέρων συγγενών του ασθενούς (έννοια η οποία, σε κάθε περίπτωση, δημιουργεί τα ανωτέρω αναλυθέντα ερμηνευτικά προβλήματα).

Ειδικότερα, ο δικαστικός συμπαραστάτης δύναται να είναι και προσωρινός. Ωστόσο, η θέση ενός προσώπου σε καθεστώς πλήρους δικαστικής συμπαράστασης δεν σημαίνει ότι ο δικαστικός συμπαραστάτης έχει και την επιμέλεια του προσώπου αυτού, καθώς η τελευταία, σύμφωνα με το άρθρο 1680 ΑΚ, πρέπει να ανατεθεί σε αυτόν από το δικαστήριο. Σε κάθε περίπτωση, με δεδομένο ότι για λόγους σεβασμού της προσωπικότητας η στέρηση της επιμέλειας πρέπει να διατάσσεται μόνο σε οριακές περιπτώσεις, είναι αμφίβολο εάν ο στερούμενος της επιμέλειας του προσώπου του ασθενής έχει την ικανότητα να αντιληφθεί τη σοβαρότητα της ιατρικής πράξης, ακόμα κι όταν βρίσκεται σε φωτεινό διάλειμμα⁹², με άμεση απόρροια να απαιτείται και σε αυτήν την περίπτωση η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη του ασθενούς. Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 1684 ΑΚ, όλες οι πράξεις του δικαστικού συμπαραστάτη και των λοιπών οργάνων της δικαστικής συμπαράστασης πρέπει να αποβλέπουν στο συμφέρον του συμπαραστατούμενου, άλλως θα στοιχειοθετείται ευθύνη των οργάνων για την ενδεχόμενη ζημία του τελευταίου π.χ. λόγω τη βλάβης της υγείας του. Μάλιστα, σύμφωνα

⁹²Παπαχρίστου Θ., Οικογενειακό Δίκαιο, Δίκαιο και Οικονομία 2014, σ. 441

με τα άρθρα 1677 - 1679 ΑΚ, ενδέχεται το δικαστήριο ρητά να έχει αφαιρέσει από τον ασθενή το δικαίωμα να συναινεί μόνος του στις εκάστοτε οδοντιατρικές πράξεις ή, ενδεχομένως, να συντρέχει η περίπτωση της 131 ΑΚ, περιπτώσεις κατά τις οποίες, τόσο από τη γραμματική όσο και την τεολογική ερμηνεία του άρθρου 12 Κ.Ο.Δ, απαιτείται η λήψη της των πλησιεστέρων συγγενών του ασθενούς. Συνεπώς, η εν λόγω παράγραφος του άρθρου 8 Κ.Ο.Δ. περιλαμβάνει την περίπτωση προσωρινής αλλά και μόνιμης ανικανότητας προς συναίνεση του ενήλικου ασθενούς είτε λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, είτε λόγω σωματικής αναπηρίας του⁹³.

Σημειωτέον το γεγονός ότι δεν υπάρχει στον Κ.Ο.Δ. αντίστοιχη πρόβλεψη με της διάταξης του άρθρου 12 παρ. 2β' περ. ββ τρίτο εδάφιο του Κ.Ι.Δ., κατά την οποία ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και, ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής, καθώς μέσω της ευρείας έννοιας του όρου «γενική κατάσταση της υγείας» του ασθενή, ο εκάστοτε οδοντίατρος έχει τη διακριτική ευχέρεια να λάβει νόμιμα τη συναίνεση ασθενούς, ο οποίος διαθέτει *in concreto* την απαιτούμενη σωματική, πνευματική και συναισθηματική διαύγεια, χωρίς να χρειάζεται η λήψη συναίνεσης από τρίτα πρόσωπα και η προσπάθεια εκούσιας συμμετοχής του ασθενούς. Είναι, μάλιστα, γεγονός ότι, σύμφωνα με τον κλάδο της σύγχρονης ψυχιατρικής, ακόμη και ψυχασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν μία ανίατη και σοβαρή ή ιδιαίτερη ψυχική πάθηση, μπορούν να θεωρηθούν ως πρόσωπα με συναίσθηση και ικανά να αντιληφθούν τις συνέπειες και τους κινδύνους της αναγκαίας οδοντιατρικής πράξης, με άμεση απόρροια να δύναται να συναινούν νομίμως στην τελευταία⁹⁴.

Περαιτέρω, αν το άτομο βρίσκεται σε πρόσκαιρη αδυναμία να συναινέσει και εφόσον η οδοντιατρική πράξη δεν έχει επείγοντα χαρακτήρα, η εν λόγω πράξη πρέπει να αναβληθεί έως ότου ενημερωθούν και συναινέσουν τα ανωτέρω πρόσωπα. Μάλιστα, υποστηρίζεται και η άποψη ότι η εν λόγω ρύθμιση δεν αναφέρεται σε όλες τις περιπτώσεις του άρθρου 131 ΑΚ αλλά μόνο σε περιπτώσεις «μονιμότερων ψυχοπνευματικών και διανοητικών προβλημάτων» οι οποίες δύναται να οδηγήσουν στην υποβολή του πάσχοντος σε δικαστική συμπαράσταση, με άμεση απόρροια ότι στις περιπτώσεις παροδικής μόνο αδυναμίας, οι οποίες είναι αρκετά συχνές,

⁹³Πελλένη – ΠαπαγεωργίουΑ. Η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων στον συμπαραστατούμενο, σε τιμητ. τ. Ν. Κλαμαρή, σ. 906- 907

⁹⁴Πραγιάννη Ε. Συναίνεση Δικαιοπρακτικά Ανίκανου Ασθενούς σε Ιατρική Πράξη, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε, 2014, σ. 70

δύναται να ληφθεί νομίμως η συναίνεση του εν λόγω ασθενούς. Παρομοίως, διατυπώνεται και η άποψη ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε φωτεινό διάλειμμα, ήτοι είναι σε θέση να καταλάβουν τη σημασία της οδοντιατρικής αρωγής μπορούν να συναινέσουν νομίμως, ακόμα κι αν βρίσκονται σε δικαστική συμπαράσταση. Ωστόσο, κρίνεται συνεπέστερο όταν ο ασθενής λόγω διαφόρων γεγονότων, ενδεικτικά αναφερόμενων της μέθης, λήψης τοξικών ουσιών ή κρίσης πανικού, δεν έχει συνείδηση των πράξεών του κατά το άρθρο 131 ΑΚ και δεν είναι σε θέση να συναινέσει στη διενέργεια οδοντιατρικών πράξεων, το άρθρο 8 παρ 3 Κ.Ο.Δ. να εφαρμόζεται ευθέως.

Εν συνεχεία, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 8 παρ. 2 του Κ.Ο.Δ. ορίζεται ότι «Όταν πρόκειται για κατεπείγουσα περίπτωση και η συναίνεση του ασθενή δεν είναι δυνατή εξαιτίας της κατάστασης της υγείας του, ο οδοντίατρος αναλαμβάνει κάθε επείγουσα οδοντιατρική πράξη για την πρόληψη, προστασία και αποκατάσταση της στοματικής υγείας του ασθενή». Συνεπώς, αν η απαιτούμενη οδοντιατρική πράξη μπορεί να αναβληθεί για ορισμένο χρονικό διάστημα ο οδοντίατρος οφείλει να λάβει τη συναίνεση των προσώπων της τρίτης παραγράφου του εν λόγω άρθρου και δεν υποχρεούται να αναμένει την αυτοπρόσωπη συναίνεση του ασθενή, ρύθμιση, η οποία εφαρμόζεται με τη διάταξη του άρθρου 12 Κ.Ι.Δ. Σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας αλλά και τη συνταγματική απαγόρευση της κάκωσης/βλάβης της υγείας και της προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενούς, ο οδοντίατρος οφείλει να προβεί μόνο στο αναγκαίο μέτρο για την πρόληψη, προστασία και αποκατάσταση της στοματικής υγείας του ασθενούς και όχι σε οδοντιατρικές πράξεις οι οποίες μπορεί να είναι αναγκαίες αλλά όχι κατεπείγουσες.

Μάλιστα, κατηγορία κατεπείγουσας περίπτωσης συνιστά και η περίπτωση της ανάγκης για επέκταση μίας οδοντιατρικής επέμβασης, κατά την οποία ο ασθενής έχει ενημερωθεί και συναινέσει εγκύρως σε αυτήν όμως κατά τη διάρκεια αυτής και, ενώ είναι π.χ. ναρκωμένος και άρα ανίκανος για συναίνεση, ο οδοντίατρος διαπιστώνει την ανάγκη να διευρυνθεί το αντικείμενο της επέμβασης, με τη διενέργεια στην ουσία νέας επέμβασης για την οποία ο ασθενής δεν έχει συναινέσει. Μάλιστα, συνήθως η επέκταση αυτή θα θίγει ή θα προκαλεί μεγαλύτερη από την υπολογισθείσα βλάβη κάποιου από τα νεύρα, δόντια ή ιστούς της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, αν η ανάγκη επέκτασης της χειρουργικής επέμβασης δεν είναι αμέσως αναγκαία, τότε ο οδοντίατρος οφείλει να διακόψει την επέμβαση, ώστε το ζήτημα να τεθεί στην κρίση των προσώπων της τρίτης παραγράφου του

εν λόγω άρθρου. Σκοπός, συνεπώς, της θεραπευτικής αρωγής που πραγματοποιείται μέσω της οδοντιατρικής επέμβασης είναι η αποκατάσταση της υγείας της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς, ώστε αν η αφαίρεση δοντιού ή η διαταραχή της λειτουργίας των νεύρων είναι αναγκαία και επείγουσα ο οδοντίατρος έχει δικαίωμα αλλά και υποχρέωση, χωρίς να έχει προηγουμένως ενημερώσει τον ασθενή, μέσα στα πλαίσια της εικαζόμενης συναίνεσης του να θίξει και το υγιές νεύρο ή δόντι⁹⁵. Ωστόσο, εάν το ενδεχόμενο ανάγκης διεύρυνσης της επέμβασης ήταν προβλέψιμο, ο οδοντίατρος όφειλε να ενημερώσει τον ασθενή πριν την έναρξη της επέμβασης, όταν ο τελευταίος μπορούσε να δώσει και τη συναίνεσή του.

4.4. ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 10 εδ.α΄ Κ.Ο.Δ. ορίζεται ότι «Αν ο οδοντίατρος παραπέμψει τον ασθενή σε άλλον οδοντίατρο για οδοντιατρική φροντίδα (ειδική αγωγή - θεραπεία) ο δεύτερος οδοντίατρος είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει πλήρως τον ασθενή για την αγωγή – θεραπεία, που θα ακολουθήσει και το κόστος αυτής», ενώ, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 10 εδ.β΄ Κ.Ο.Δ. προβλέπεται ότι «Μετά την ολοκλήρωση της ειδικής θεραπείας, ο οδοντίατρος οφείλει να παραπέμψει τον ασθενή στον πρώτο οδοντίατρο». Η εν λόγω ρύθμιση είναι αντίστοιχη με αυτή του άρθρου 8 παρ. 6 Κ.Ι.Δ., η οποία ορίζει ότι «Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες».

Ειδικότερα, σε περίπτωση πλειόνων θεραπόντων οδοντιατρών, ο καθένας εξ αυτών υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή για δεδομένα που αφορούν την ειδικότητά του⁹⁶. Πράγματι, ο οδοντίατρος στον οποίον παραπέμφθηκε ένας ασθενής για τη διενέργεια διαγνωστικής πράξης, φέρει το καθήκον ενημέρωσης για τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους της συγκεκριμένης οδοντιατρικής πράξης, ενώ, παραλλήλως, ο θεράπων – παραπέμπων οδοντίατρος, ο οποίος γνωρίζει εις βάθος τις ανάγκες και τα πραγματικά δεδομένα που αφορούν

⁹⁵Πρόκειται για τη θεωρία της «εικαζόμενης συναίνεσης» του ασθενούς, η οποία είχε αναπτυχθεί πριν τη νομοθετική ρύθμιση του ζητήματος και εφαρμοζόταν σε κάθε περίπτωση επείγοντος και όχι μόνο στην επέκταση της εν λόγω επέμβασης.

⁹⁶Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013

την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και έχει τη γενικότερη εποπτεία της θεραπευτικής διαδικασίας⁹⁷, οφείλει σε κάθε περίπτωση να τον ενημερώνει για τους κινδύνους κάθε προτεινόμενης ιατρικής πράξης, ακόμη και αν η τελευταία χαρακτηρίζεται ως πράξη «ρουτίνας»⁹⁸⁹⁹.

Περαιτέρω, γίνεται δεκτό¹⁰⁰¹⁰¹ ότι σε περίπτωση αδικοπραξίας, η ευθύνη του θεράποντος – παραπέμποντος και του εκτελούντος την οδοντιατρική πράξη οδοντιάτρου είναι κοινή, διότι το ζημιογόνο αποτέλεσμα επήλθε συνεπεία συντρέχουσας αμέλειάς τους, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα της διάταξης του άρθρου 926 ΑΚ, με άμεση απόρροια να δημιουργείται κοινή παθητική εις ολόκληρον ενοχή¹⁰² σύμφωνα με τα άρθρα 481 – 483 ΑΚ, ανεξαρτήτως αν τα πρόσωπα ευθύνονται είτε αμφότερα υποκειμενικά ή αντικειμενικά είτε το ένα υποκειμενικά και το άλλο αντικειμενικά¹⁰³. Πρόκειται, ήτοι, για «κοινή πράξη» περισσότερων οδοντιάτρων, η οποία προκάλεσε αιτιωδώς ζημία στον ασθενή, ανεξάρτητα από το εάν οι πράξεις των περισσότερων οδοντιάτρων έγιναν ταυτόχρονα, παράλληλα ή διαδοχικά. Συνεπώς, παρέχεται το δικαίωμα στον παθόντα ασθενή να στραφεί εναντίον οιοδήποτε συνοφειλέτη με την άπαξ ικανοποίησή του, ενώ, σημειωτέον το γεγονός ότι η εις ολόκληρον ενοχή ιδρύεται τόσο για την αποκατάσταση της περιουσιακής ζημίας όσο και για την ικανοποίηση της ηθικής βλάβης ή της, σπάνιας αλλά όχι αποκλειόμενης, ψυχικής οδύνης του ασθενούς¹⁰⁴.

⁹⁷Πελένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 166

⁹⁸Α.Π.424/2012, ΧρΙΔ 2012, 587

⁹⁹Αντίθετη Κανελλοπούλου Μπότη σε ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Λασκαρίδη Εμμανουήλ Ι., Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, άρθρο 11 αρ. 4 επ., η οποία υποστηρίζει ότι η λύση της συντρέχουσας ευθύνης φαίνεται άδικη, διότι συχνά ο παραπέμπων οδοντίατρος δεν έχει την έκταση των γνώσεων της ειδικότητας του εκτελούντος την οδοντιατρική πράξη οδοντιάτρου, ενώ η συναίνεση του ασθενούς για τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη δίδεται σε άλλο πρόσωπο, χρόνο και τόπο.

¹⁰⁰Α.Π.424/2012, ΧρΙΔ 2012, 587

¹⁰¹Πελένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 167

¹⁰²Αντίθετη η Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης τους ασθενούς, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1993, σ.236

¹⁰³Κορνηλάκης Π., Επίτομο Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, 2013

¹⁰⁴Γεωργιάδης, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2^η εκδ. 2015, §64 αρ. 19 σημ. 11 και Γεωργιάδης, σε ΣΕΑΚ Γεωργιάδη, 926 αρ. 22

5. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Κατ' αρχάς, ως οδοντιατρικό αρχείο θεωρείται το σύνολο των έντυπων και ηλεκτρονικών εγγράφων, το οποίο περιέχει την καταγραφή και την όσο το δυνατόν πλήρη απεικόνιση της πορείας της υγείας του ασθενούς. Πράγματι, το άρθρο 12 Κ.Ο.Δ., έχοντας ακριβώς την ίδια γραμματική διατύπωση με το άρθρο 14 Κ.Ι.Δ., καθιερώνει ρητά την υποχρέωση του οδοντίατρου να τηρεί οδοντιατρικό αρχείο, περιέχον δεδομένα, τα οποία συνδέονται αρρήτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία του εκάστοτε ασθενούς. Σημειωτέον το γεγονός ότι, ενώ, παλαιότερα η τήρηση ενός οδοντιατρικού αρχείου διευκόλυνε τον οδοντίατρο, αποτελώντας δευτερεύουσα υποχρέωση¹⁰⁵ του σε σχέση με την κύρια υποχρέωση παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, πλέον συνεπέστερο είναι να γίνει δεκτό ότι η εν λόγω τήρηση του αρχείου του οδοντίατρου αποτελεί κύρια υποχρέωση του τελευταίου¹⁰⁶, καθώς αποτελεί μέρος της υποχρέωσης επιμελούς παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών και συσχετίζεται ρητώς με την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων του ασθενούς. Μάλιστα, με την ανωτέρω αιτιολογία, πρέπει το ίδιο να ισχύσει και για την υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου, η οποία προβλέπεται στο άρθρο 11 Κ.Ο.Δ.¹⁰⁷.

Περαιτέρω, δικαιολογικός σκοπός της ανωτέρω υποχρέωσης συνιστά η προστασία της υγείας των ασθενών, καθώς με την πλήρη καταγραφή και επικαιροποίηση του ιστορικού κάθε ασθενούς, αποτρέπεται ενδεικτικά η διενέργεια διπλών θεραπευτικών αγωγών ή η χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων, με άμεση απόρροια να επιτυγχάνεται η βέλτιστη θεραπευτική αγωγή. Μάλιστα, η υποχρέωση αυτή παρουσιάζεται μείζονα, καθώς, αφενός η πληθώρα ασθενών με τις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε πάθησής και ακολουθείσας θεραπευτικής αγωγής τους αφετέρου η επικοινωνία και συνεργασία περισσότερων οδοντιάτρων, οδηγούν αναπόφευκτα στην ανάγκη ύπαρξης ενός αρχείου, στο οποίο να τηρούνται οι απαιτούμενες για την οδοντιατρική αγωγή πληροφορίες. Επιπλέον, επειδή το οδοντιατρικό αρχείο συνιστά αξιόπιστο αποδεικτικό μέσο

¹⁰⁵ Λασκαρίδης, Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου, *Digesta* 2005, 297επ.

¹⁰⁶ Στη Γερμανία οι Κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας όλων των ομοσπονδιακών κρατιδίων, καθώς και ο Ομοσπονδιακός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αναγνωρίζουν την υποχρέωση αυτή, η οποία ρυθμίζεται και με ειδικές διατάξεις (π.χ. Διάταγμα για τις Ακτίνες Ρέντγκεν).

στις περιπτώσεις δικών οδοντιατρικής ευθύνης, στη §630f I 2,3 BGB του Γερμανικού Αστικού Κώδικα, προβλέπεται ότι οι έγγραφες ή ηλεκτρονικές μεταβολές και διορθώσεις επί του αρχείου αυτού είναι επιτρεπτές εφόσον είναι εμφανής η ημερομηνία πραγματοποίησής τους, με τη συνακόλουθη υποχρέωση του οδοντίατρου περί καταχώρισής τους, και δεν επέρχεται αλλοίωση του αρχικού περιεχομένου.

Ειδικότερα, η διάταξη του άρθρου 12 Κ.Ο.Δ. περιλαμβάνει μεταξύ άλλων ρυθμίσεις για το διοικητικής και οδοντιατρικής φύσεως περιεχόμενο των ιατρικών αρχείων (άρθρο 12 παρ. 2 Κ.Ο.Δ.), την υποχρέωση διατήρησης των εν λόγω αρχείων για μία δεκαετία, εφόσον πρόκειται για ιδιωτικά οδοντιατρεία, και μια εικοσαετία, εφόσον πρόκειται για δημόσια νοσοκομεία (άρθρο 12 παρ. 4 περ. α – β Κ.Ο.Δ), το δικαίωμα του ασθενούς και των κληρονόμων – συγγενών του μέχρι τετάρτου βαθμού για πρόσβαση και λήψη αντιγράφων του οδοντιατρικού φακέλου του ασθενούς (άρθρο 12 παρ. 8 Κ.Ο.Δ) και την κατ' εξαίρεση πρόσβαση των δικαστικών και εισαγγελικών αρχών καθώς και άλλων πολιτειακών οργάνων στα εν λόγω οδοντιατρικά αρχεία (άρθρο 12 παρ. 9 Κ.Ο.Δ).

Κρείσσονος σημασίας είναι η διάταξη του άρθρου 12 παρ. 1 εδ. β' Κ.Ο.Δ, το οποίο παραπέμπει στις νομοθετικές ρυθμίσεις του Ν. 2472/1997 για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και συσχετίζεται με το άρθρο άρθρο 12 παρ. 6 Κ.Ο.Δ, το οποίο προβλέπει την υποχρέωση του οδοντίατρου τήρησης των επαγγελματικών του βιβλίων με τρόπο, ο οποίος να εξασφαλίζει το οδοντιατρικό απόρρητο και την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Συνεπώς, ο τρόπος τήρησης του οδοντιατρικού αρχείου διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 και συσχετίζεται, παραλλήλως, με το άρθρο 11 Κ.Ο.Δ., το οποίο επαναλαμβάνει την πάγια αρχή του σεβασμού και της τήρησης του οδοντιατρικού απορρήτου. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι ο εν λόγω νόμος για την προστασία των προσωπικών δεδομένων του ατόμου θα αντικατασταθεί από τον υπ' αριθμόν 2016/679 Κανονισμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, ο οποίος και θα καταργήσει την οδηγία 95/46/EK. Συγκεκριμένα, ο εν λόγω «Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων» θα τεθεί σε εφαρμογή την 25^η Μαΐου

¹⁰⁷ Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 83επ.

2018, ημερομηνία κατά την οποία θα θεωρείται ότι το άρθρο 12 παρ 1 εδ. β' Κ.Ο.Δ. παραπέμπει κατ' ευθείαν σε αυτόν.

5.1. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ

Κατ' αρχάς, ο νόμος 2472/1997, ο οποίος ενσωμάτωσε στο Ελληνικό Δίκαιο την κοινοτική οδηγία 95/46/ΕΚ, και έως ότου αντικατασταθεί από τον υπ' αριθμόν 2016/679 Γενικό Κανονισμό για την προστασία των δεδομένων, αφενός παρέχει ορισμό της έννοιας του «προσωπικού δεδομένου» αφετέρου τη διαδικασία επιτρεπτής συλλογής και επεξεργασίας τους, θεσπίζοντας, παραλλήλως, ένα σύστημα δημοσίου ελέγχου της τήρησης των εν λόγω προσωπικών δεδομένων. Είναι γνωστή η διάκριση του νόμου για απλά προσωπικά δεδομένα (άρθρο 6 Ν. 2472/1997), των οποίων η επεξεργασία επιτρέπεται με τη συγκατάθεση του υποκειμένου – ασθενούς, και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα (άρθρο 7 Ν. 2472/1997), των οποίων η επεξεργασία είναι επιτρεπτή κατόπιν της παροχής άδειας από την ανεξάρτητη «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» - ΑΠΔΠΧ. Μάλιστα, οι ανωτέρω διατάξεις, οι οποίες αποτελούν εφαρμογή της συνταγματικής προστασίας του άρθρου 9Α του Ελληνικού Συντάγματος, υπερισχύουν έναντι των άλλων διατάξεων ακόμη και όταν πρόκειται για νεότερο νόμο, όπως εν προκειμένω ο Κ.Ο.Δ.¹⁰⁸.

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα διάταξη, το περιεχόμενο του οδοντιατρικού αρχείου αποτελούν τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα του ασθενούς και κατ' επέκταση συνιστά αρχείο δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με το άρθρο 2 περ. ε Ν. 2472/1997¹⁰⁹. Ειδικότερα, η τήρηση ιατρικού αρχείου δεν προϋποθέτει τη χορήγηση άδειας από την ΑΠΔΠΧ, διότι υπάρχει ρητή πρόβλεψη της εν λόγω εξαίρεσης εκ του νόμου στο άρθρο 7Α Ν. 2472/1997, αφορώσα αποκλειστικώς τα φυσικά πρόσωπα των οδοντιάτρων ή άλλων παρόχων υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι επεξεργάζονται προσωπικά δεδομένα¹¹⁰.

Μάλιστα, σύμφωνα με το άρθρο 7Α§1 περ. δ εδ.β' Ν. 2472/1997, η ανακοίνωση δεδομένων υγείας σε τρίτους, ενώ εν γένει απαγορεύεται, ειδικώς στην περίπτωση των δικστηρίων και των δημόσιων αρχών, εφόσον η εν λόγω ανακοίνωση επιβάλλεται από το νόμο ή

¹⁰⁸Παπαχρίστου Θ./Παπαδοπούλου – Κλαμαρή Δ., Ιατρικό απόρρητο, ιατρικό αρχείο, προσωπικά δεδομένα υγείας, σε: Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006, σ. 42

¹⁰⁹Μάλλιος Β. σε Ιατρική Δεοντολογία, Βιδάλη Κ.Τ. - Παπαχρίστου Θ. Κ., εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2013, άρθρο 14 αρ. 7

¹¹⁰Η εν λόγω απαλλαγή δεν αφορά νομικά πρόσωπα ή οργανισμούς (άρθρο 7Α§1 περ. δ εδ.γ' Ν. 2472/1997).

δικαστική απόφαση, η τελευταία είναι επιτρεπτή¹¹¹. Στο ίδιο πλαίσιο, ο Κ.Ο.Δ. προβλέπει ότι τρίτοι δε δύνανται να έχουν πρόσβαση στα οδοντιατρικά αρχεία ασθενούς, με την εξαίρεση, όπως προαναφέρθηκε, αφενός των συγγενών μέχρι τετάρτου βαθμού του αποβιώσαντος ασθενούς αφετέρου των δικαστικών – εισαγγελικών αρχών και άλλων οργάνων της Πολιτείας, διαφορετικά οιοσδήποτε άλλος τρίτος θα πρέπει, προκειμένου να έχει πρόσβαση στο εκάστοτε οδοντιατρικό αρχείο, να τηρήσει τους όρους του Ν. 2472/1997 με τη λήψη της προηγούμενης άδειας της ΑΠΔΠΧ και της προηγούμενης ενημέρωσης του ασθενούς¹¹² και να εντάσσεται σε μία από τις περιπτώσεις του άρθρου 7 παρ. 2 του εν λόγω νόμου, ενδεικτικά αναφέροντας την περίπτωση που η ανακοίνωση είναι απαραίτητη για την ιατρική πρόληψη, διάγνωση, περίθαλψη ή τη διαχείριση υπηρεσιών υγείας ή πραγματοποιείται για την εξιχνίαση εγκλημάτων. Εξάλλου, σε κάθε περίπτωση υπάρχει υποχρέωση τήρησης της αρχής της αναλογικότητας μεταξύ μέσων και επιδιωκόμενου σκοπού¹¹³ καθώς και βασικών αρχών του άρθρου 4 Ν.2472/1997, όπως περιέχονται και στον υπ' αριθμόν 2016/679 Γενικό Κανονισμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος συντόμως θα τεθεί σε εφαρμογή.

5.2 ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 11 παρ. 1 Κ.Ο.Δ. προβλέπεται ότι «Ο οδοντίατρος οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του, ή του αποκαλύπτει ο ασθενής, ή τρίτοι στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του και το οποίο αφορά στον ασθενή ή στους οικείους του». Σημειωτέον το γεγονός ότι ο Κ.Ο.Δ. προβαίνει σε γραμματική αστοχία καθώς άλλοτε αναφέρει τον όρο «των οικείων» (άρθρο 11 παρ. 1 Κ.Ο.Δ.) και άλλοτε τον όρο «των πλησιέστερων συγγενών» (άρθρο 6 παρ. 3 Κ.Ο.Δ.), χωρίς να περέχει οιοδήποτε νομοθετικό ορισμό και χωρίς να προκύπτει η διάκριση των δύο προαναφερθέντων όρων.

Περαιτέρω, το οδοντιατρικό απόρρητο περιλαμβάνει ουχί μόνο τις εν στενή εννοία πληροφορίες υγείας του εκάστοτε ασθενούς, αλλά αναφέρεται στο σύνολο των πληροφοριών, τις οποίες έμαθε ή διαπίστωσε ο ίδιος ο οδοντίατρος κατά την παροχή της οδοντιατρικής αρωγής,

¹¹¹Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 87 - 88

¹¹²Άρθρο 11 παρ.3 Ν. 2472/1997

όπως ενδεικτικά αναφέρονται οι πληροφορίες για τη σεξουαλική ταυτότητα του ασθενούς ή για τα επαγγελματικά του μελλοντικά σχέδια, υποχρέωση ευρύτερη από εκείνη, η οποία αναφέρεται στα δεδομένα υγείας. Πράγματι, το οδοντιατρικό απόρρητο αφορά οιαδήποτε πληροφορία γνωρίζει ο οδοντίατρος κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, ενώ σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 1 Ν. 2472/1997 τα δεδομένα υγείας προστατεύονται μόνο υπό τον όρο ότι περιλαμβάνονται σε αρχείο, και, επιπροσθέτως, ενώ η υποχρέωση μη επεξεργασίας δεδομένων υγείας παύει με το θάνατο του υποκειμένου – ασθενούς (άρθρο 2 περ.γ' Ν.2472/1997 – μόνο ζώντα φυσικά πρόσωπα είναι προστατευτέα εκ του νόμου), η υποχρέωση τήρησης του οδοντιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο ούτε του ασθενούς¹¹⁴ ούτε του οδοντιάτρου (άρθρο 11 παρ. 5 Κ.Ο.Δ.). Μάλιστα, οι όροι άρσης του οδοντιατρικού απορρήτου δεν εφαρμόζονται αναγκαστικά και για την κατ' εξαίρεση δυνατότητα επεξεργασίας δεδομένων υγείας, όπως αυτά διέπονται από το άρθρο 7 Ν. 2472/1997, με άμεση απόρροια η παραβίαση του οδοντιατρικού απορρήτου να μη συνιστά¹¹⁵ πάντοτε και παραβίαση προσωπικών δεδομένων¹¹⁶.

Επιπλέον, όσον αφορά τις προϋποθέσεις άρσης του οδοντιατρικού απορρήτου, όπως αυτές αναλύονται στο άρθρο 11 παρ. 3 περ. α – δ Κ.Ο.Δ.¹¹⁷, έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι οι τελευταίες είναι αφενός πολλές αφετέρου ευρείες, με το συνακόλουθο κίνδυνο καταστρατήγησης¹¹⁸ της βασικής αρχής περί σεβασμού του οδοντιατρικού απορρήτου, όπως ενδεικτικά αναφέρεται η περίπτωση κατά την οποία ο οδοντίατρος αποβλέπει στη διαφύλαξη εννόμου ή άλλου δικαιολογημένου ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή όταν η αποκάλυψη πληροφοριών επιβάλλεται εκ του νόμου όπως στην περίπτωση κατά την οποία ο οδοντίατρος ακούει την επιθυμία και το σχέδιο τέλεσης κακουργήματος¹¹⁹.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με το άρθρο 11 παρ. 2 περ. γ' Κ.Ο.Δ., ρύθμιση, η οποία δεν υφίσταται στο αντίστοιχο άρθρο 13 Κ.Ι.Δ., προβλέπεται ότι στην περίπτωση των ανηλίκων, οι πληροφορίες δύναται να δίνονται στους γονείς και στους νόμιμους αντιπροσώπους

¹¹³28/2006 και 43/2004 Αποφάσεις της ΑΠΔΠΧ

¹¹⁴Αντίστοιχη ρύθμιση περιλαμβάνει το άρθρο 13 παρ.6 Κ.Ι.Δ.

¹¹⁵Παπαχρίστου Θ./Παπαδοπούλου – Κλαμαρή Δ., Ιατρικό απόρρητο, ιατρικό αρχείο, προσωπικά δεδομένα υγείας, σε: Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006, σ. 42

¹¹⁶Πελένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 90

¹¹⁷Αντίστοιχη ρύθμιση περιλαμβάνει το άρθρο 13 παρ. 3 και 4 Κ.Ι.Δ.

¹¹⁸Μάλλιος Β. σε Ιατρική Δεοντολογία, Βιδάλη Κ.Τ. - Παπαχρίστου Θ. Κ., εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2013, άρθρο 13 αρ. 12

¹¹⁹Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, άρθρο 13 αρ. 20

τους, αλλά πάντοτε με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, ήτοι παρέχεται στον οδοντίατρο η διακριτική ευχέρεια ενημέρωσης τρίτων προσώπων εκτός του ανήλικου ασθενούς. Πράγματι μέσω της εν λόγω νομοθετικής πρόβλεψης και την αόριστη αξιολογική έννοια του «συμφέροντος του ασθενή», ο οδοντίατρος προστατεύεται, καθώς δε θα μπορεί να στοιχειοθετηθεί ευθύνη του έναντι του ανήλικου ασθενούς του από την εν λόγω πρόσβαση των γονέων – νομίμων αντιπροσώπων του στο οδοντιατρικό απόρρητο του τελευταίου.

6. ΑΡΝΗΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ

Οι διατάξεις του Κ.Ο.Δ. (Π.Δ. 39/2009) καθορίζουν, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, τους δεοντολογικούς κανόνες και το νομικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο απαιτείται να λειτουργεί η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φύσεως. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1 εδ. α' Κ.Ο.Δ., ορίζεται ότι «Το λειτούργημα του οδοντιάτρου αποσκοπεί στην εξασφάλιση της στοματικής υγείας του ανθρώπου, δηλαδή στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ανακούφιση από τον πόνο των ανωμαλιών και ασθενειών των οδόντων, του στόματος, των γνάθων και των γύρω ιστών.», ενώ, παράλληλα, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1 εδ. β' Κ.Ο.Δ. προβλέπεται ότι «Η άσκηση, δε, του λειτουργήματος πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της επιστήμης και να χαρακτηρίζεται από απόλυτο σεβασμό στη ζωή και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια». Ωστόσο, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 5 Κ.Ο.Δ. θεσπίζεται νομοθετικώς η δυνατότητα άρνησης του οδοντιάτρου να παράσχει τις υπηρεσίες του «όταν υπάρχουν σχέσεις με τον ασθενή που εμποδίζουν την ενσυνείδητη και απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών του» και εφόσον δεν συντρέχει περίπτωση κατεπείγοντος ανάγκης ή αυτής κατά την οποία θα παρέβαινε τα ανθρωπιστικά του καθήκοντα. Ως περιπτώσεις κατεπείγουσας ανάγκης θα μπορούσαν να νοηθούν όλες εκείνες οι καταστάσεις, η αναβολή των οποίων θα ελλόχευε κίνδυνο για την υγεία και ζωή του ασθενή, όπως ενδεικτικώς αναφέρεται η περίπτωση του οδοντικού αποστήματος¹²⁰. Συνεπώς, ο οδοντίατρος έχει το δικαίωμα και τη συνακόλουθη διακριτική ευχέρεια, εφόσον δεν συντρέχει περίπτωση κατεπείγοντος ή περίπτωση η οποία θα παρέβαινε τα ανθρωπιστικά του καθήκοντα, να αρνηθεί την παροχή υπηρεσιών όταν υπάρχουν σχέσεις με τον ασθενή, που εμποδίζουν την ενσυνείδητη και απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών του.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 5 παρ. 2 Κ.Ο.Δ. προβλέπεται ρητώς ότι «Ο οδοντίατρος έχει το δικαίωμα να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών του προς τον ασθενή για τους λόγους, που αναφέρονται στην παρ. 1 του ίδιου άρθρου, εφόσον όμως εξασφαλισθεί ότι θα προσφερθούν στον ασθενή οδοντιατρικές υπηρεσίες από άλλον οδοντίατρο», με άμεση

¹²⁰ Αυλογιάρη Ευπραξία, Ζησιού Ιωάννα, Σιβένα Ελπίδα, Τανισκίδου Άννα-Μαρία, Νομική διάσταση του Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Μελέτη, APM 2012, 2013

απόρροια να καθορίζεται πλήρως και σαφώς το δεοντολογικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πρέπει να κινείται το δικαίωμα του οδοντιάτρου να αρνηθεί την παροχή των υπηρεσιών του. Μάλιστα, δικαίωμα με συναφείς ομοιότητες με το ανωτέρω αναγνωρίζεται και στους ιατρούς μέσω της εφαρμογής των ρυθμίσεων του Κ.Ι.Δ. (Ν. 3418/2005), οι οποίες και θέτουν για πρώτη φορά σε εφαρμογή τη λεγόμενη «ένσταση ηθικής συνείδησης»¹²¹. Πράγματι, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 5 Κ.Ι.Δ. ορίζεται εν γένει ότι «Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης έχει δικαίωμα να μην μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά εκτός από επείγουσες περιπτώσεις», ενώ, παραλλήλως, σε ειδικότερες περιπτώσεις υπάρχουν πιο εξειδικευμένες ρυθμίσεις με διαφοροποίηση απλώς της διατύπωσης του εν λόγω άρθρου. Συγκεκριμένα, αφενός στην περίπτωση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σύμφωνα με το άρθρο 30 παρ. 5 Κ.Ι.Δ. προβλέπεται ότι «Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής», αφετέρου στην περίπτωση της τεχνητής διακοπής της κύησης, σύμφωνα με το άρθρο 31 παρ. 1 Κ.Ι.Δ. ορίζεται ότι «Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός αν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της», με την προϋπόθεση της σύμφωνης και αιτιολογημένης γνώμης του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού.

Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό εκ των ανωτέρω ρυθμίσεων ότι τόσο οι διατάξεις του Κ.Ο.Δ., όσο και οι διατάξεις του Κ.Ι.Δ. αναγνωρίζουν το δικαίωμα στον οδοντίατρο και τον ιατρό, αντιστοίχως, προκειμένου να αρνηθούν την παροχή των υπηρεσιών τους. Μάλιστα, αφενός στην περίπτωση του οδοντιάτρου αναγνωρίζεται η εν λόγω διακριτική ευχέρεια για λόγους οι οποίοι συντρέχουν στη σχέση του με τον ασθενή και εμποδίζουν την ενσυνείδητη και απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών του αφετέρου στην περίπτωση του ιατρού παρέχεται το εν λόγω δικαίωμα φανερά για λόγους συνείδησης. Ωστόσο, και στα δύο νομοθετήματα, το δικαίωμα άρνησης παροχής υπηρεσιών έχει απώτατο όριο την περίπτωση της κατεπείγουσας ανάγκης για τη ζωή του ασθενούς και, ειδικώς για το οδοντιατρικό λειτούργημα, τίθεται και το όριο της ανάγκης μη παράβασης των ανθρωπιστικών καθηκόντων του οδοντιάτρου, το οποίο μέσω της

¹²¹Νικολόπουλος Π. «Ζητήματα από την άρνηση του γιατρού για λόγους συνείδησης και από τη συναίνεση του ανηλίκου σε ιατρικές πράξεις κατά το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», σε τιμ. Τόμο Μ. Σταθόπουλου, 2010, σ. 1851 επ

τελολογικής ερμηνείας των εν λόγω ρυθμίσεων, πρέπει να εφαρμοστεί αναλογικά και για το ιατρικό λειτούργημα. Επιπροσθέτως, σε αμφότερες τις ρυθμίσεις, παραλλήλως με το εν λόγω δικαίωμα του οδοντίατρου ή του ιατρού γεννάται και υποχρέωση παραπομπής του ασθενή σε άλλον αρμόδιο οδοντίατρο ή ιατρό, αντιστοίχως. Μάλιστα, σημειωτέον είναι το γεγονός ότι, και στις δύο ανωτέρω περιπτώσεις, τόσο ο Κ.Ο.Δ., όσο και ο Κ.Ι.Δ, διαπνέονται αφενός από την προτεραιότητα, η οποία δίδεται στην υγεία και τη ζωή του ασθενούς, αφετέρου από την αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

7. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ

7.1. ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΩΣ ΛΟΓΟΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Κατ' αρχάς, η παράβαση της οδοντιατρικής υποχρέωσης περί λήψης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς για τη διενέργεια οδοντιατρικών πράξεων, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, αποτελεί έναν από τους λόγους ευθύνης του ιατρού, η οποία είναι γνωστή ως ευθύνη του οδοντιάτρου από τη διενέργεια αυθαίρετης οδοντιατρικής πράξης. Η αυθαίρετη οδοντιατρική πράξη συνιστά, κατόπιν της προαναφερθείσας ανάλυσης, κατά μία άποψη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς ή κατά άλλη άποψη παράνομη σωματική βλάβη και, παραλλήλως, παράβαση των συμβατικών υποχρεώσεων του οδοντιάτρου. Ωστόσο, αν και η αυθαίρετη οδοντιατρική πράξη είναι βασική αιτία οδοντιατρικής ευθύνης, το βασικότερο λόγο της αστικής και της ποινικής ευθύνης του ιατρού αποτελεί η τρώση/βλάβη της υγείας του ασθενούς λόγω ενός οδοντιατρικού σφάλματος (*medical malpractice*¹²²), έννοια μείζονος σημασίας για το δίκαιο της αστικής οδοντιατρικής ευθύνης, αφού αποτελεί διεθνώς και τη συχνότερη βάση των αγωγών αποζημίωσης τόσο σε συμβατικό όσο και αδικοπρακτικό επίπεδο, οι οποίες ασκούνται κατά των οδοντιάτρων.

Ειδικότερα, ως οδοντιατρικό σφάλμα ορίζεται εν γένει μια αντικειμενικώς εσφαλμένη ενέργεια¹²³, η οποία υπολείπεται της επιβαλλόμενης από το οδοντιατρικό λειτούργημα επιμέλειας του οδοντιάτρου¹²⁴ και δύναται να καταλογιστεί στον εν λόγω οδοντίατρο¹²⁵. Συγκεκριμένα, το οδοντιατρικό σφάλμα αποτελεί μορφή εκδήλωσης ορισμένης συμπεριφοράς, χαρακτηριζομένης ότι αποκλίνει από αυτήν την οποίαν ο μέσος οδοντίατρος της αντίστοιχης ειδικότητας¹²⁶ οφείλει, υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και σύμφωνα με τους αναγνωρισμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης, να τηρήσει¹²⁷. Συνεπώς, ο οδοντίατρος

¹²²Herring, *Medical Law and Ethics*, 4^η Έκδοση, 2012, σ. 103

¹²³Γεωργιάδης, *Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο* II, 2007, §8 αρ. 61

¹²⁴Φουντεδάκη Κ., *Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη*, 2007, σ. 40

¹²⁵Α.Π. 853/2017 Νόμος

¹²⁶Ενδεικτικά αναφέρονται οι ειδικότητες του περιοδοντολόγου, ενδοδοντιστή, γναθοχειρουργού, αισθητικού οδοντιάτρου και ορθοδοντικού.

¹²⁷Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., *Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς*, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 207

οφείλει να επιδείξει ορθή συμπεριφορά, ήτοι συμπεριφορά σύμφωνη με τους «γενικά παραδεκτούς κανόνες» της οδοντιατρικής επιστήμης και τα οδοντιατρικά «standards», αφενός ασκώντας το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και μέσα στο πνεύμα των ηθών και των εθίμων της σύγχρονης κοινωνίας, αποφεύγοντας κάθε πράξη και παράλειψη, οι οποίες δύνανται να βλάψουν την τιμή και την αξιοπρέπεια του ασθενή καθώς και να κλονίσουν την πίστη του κοινού προς αυτόν, αφετέρου διατηρώντας σε «υψηλότερο» επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά (άρθρο 2 περ. α΄ Κ.Ο.Δ.). Ως εκ τούτου, η έννοια του οδοντιατρικού σφάλματος, η οποία περιλαμβάνει τόσο τις πράξεις όσο και τις παραλείψεις του οδοντιάτρου¹²⁸, συσχετίζεται και με την ένταξη των υποχρεώσεων του οδοντιάτρου στις «ενοχές μέσων» και όχι στις «ενοχές αποτελέσματος», καθώς ο οδοντίατρος δεν οφείλει να επιτύχει, κατά την κρατούσα άποψη, ορισμένο αποτέλεσμα, αλλά η ευθύνη του περιορίζεται στην τήρηση της ενδεδειγμένης οδοντιατρικής συμπεριφοράς. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι παλαιότερα η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών θεωρούνταν όχι σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών και, συνεπώς, ενοχή μέσων (652 ΑΚ), η οποία είναι σήμερα η κρατούσα άποψη στη νομολογία, αλλά παροχή έργου και, συνεπώς, ενοχή αποτελέσματος, άποψη η οποία πλέον υποστηρίζεται μόνο για ορισμένες οδοντιατρικές εργασίες, όπως ενδεικτικά αναφέρεται η κατασκευή τεχνητής οδοντοστοιχίας, και αναλύεται στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας. Συνεπώς, οδοντιατρικό σφάλμα συνιστά η αμελής οδοντιατρική συμπεριφορά, ήτοι η οδοντιατρική αμέλεια, ανεξαρτήτως της αξιολόγησης του εν λόγω σφάλματος ως «καθαρά οδοντιατρικού» ή ως «εξωοδοντιατρική αμέλεια», όπως ενδεικτικά αναφέρεται η διενέργεια χειρουργικής εξαγωγής φρονιμίτη από οδοντίατρο σε κατάσταση μέθης ή λήψης ναρκωτικών ουσιών.

7.2. ΝΟΜΙΜΟΙ ΛΟΓΟΙ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΕΚ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

Το οδοντιατρικό σφάλμα και η συνακόλουθη αστική ευθύνη του οδοντιάτρου έχουν ως πυρήνα το δίκαιο της αποζημίωσης, ήτοι την υποχρέωση του εκάστοτε οδοντιάτρου να αποζημιώσει τον ασθενή του¹²⁹, εφόσον προκαλέσει βλάβη στην υγεία του τελευταίου, κατά τη

¹²⁸Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 321

¹²⁹Τσαλαπόρτας Α., Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε: Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική - ποινική), 2013, σ. 8

διενέργεια της απαιτούμενης και αναληφθείσας οδοντιατρικής πράξης. Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι η υποχρέωση του οδοντιάτρου περί αποζημίωσης του ασθενούς του λόγω του οδοντιατρικού του σφάλματος έχει ως νόμιμους λόγους α) τη, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 652 και 330 ΑΚ, ενδοσυμβατική ευθύνη, β) τη σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 914επ. ΑΚ αδικοπρακτική ευθύνη και γ) τη συρροή ενδοσυμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης, ως διπλής νομικής θεμελίωσης¹³⁰. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι λόγω της υποστηριχθείσας άποψης ότι για ορισμένες οδοντιατρικές εργασίες (π.χ. κατασκευή τεχνητής οδοντοστοιχίας) συνάπτεται σύμβαση έργου (ενοχή αποτελέσματος - 685) και όχι ανεξαρτήτων υπηρεσιών (ενοχή μέσων - 652 ΑΚ), η ενδοσυμβατική ευθύνη θεμελιώνεται στις εν λόγω περιπτώσεις στις οικείες διατάξεις περί της ευθύνης του εργολάβου, σύμφωνα με τις προβλέψεις των άρθρων 681επ. ΑΚ.

Επιπλέον, ο οδοντίατρος αφενός ως παρέχων υπηρεσίες οδοντιατρικής φύσεως, γεγονός που θα αναλυθεί λεπτομερώς κατωτέρω, υπάγεται στις ρυθμίσεις του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 «περί της προστασίας των καταναλωτών», οι οποίες προβλέπουν τη νόθο αντικειμενική ευθύνη του υπαιτίου οδοντιάτρου αφετέρου υπάγεται στις προβλέψεις του άρθρου 57 ΑΚ περί της παράνομης προσβολής της προσωπικότητας, καθώς η διενέργεια οδοντιατρικού σφάλματος συνιστά προσβολή της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας και κατά μείζονα λόγο της ίδιας της ζωής.

Μάλιστα αξίζει να αναφερθεί ότι οι αφορώσες την καταβολή αποζημίωσης αγωγές, λόγω της προκύπτουσας οδοντιατρικής αμέλειας, εισάγονται προς εκδίκαση στο αρμόδιο καθ' ύλη Μονομελές ή Πολυμελές Πρωτοδικείο είτε κατά των ιδιωτών οδοντιάτρων ατομικώς είτε κατά των τελευταίων σωρευτικώς μετά των ιδιωτικών κλινικών¹³¹, στις οποίες απασχολούνται και προσφέρουν οδοντιατρικές υπηρεσίες, σύμφωνα με τις διατάξεις της ευθύνης του προσώπου από αλλότριες πράξεις. Ειδικότερα, ενώ η ευθύνη του εκάστοτε προσώπου υπάρχει για τις δικές του πράξεις, κατά κανόνα τις υπαίτιες (υποκειμενική ευθύνη) και κατ' εξαίρεση τις ανυπαίτιες (αντικειμενική ευθύνη), το δίκαιο αναγνωρίζει και περιπτώσεις ευθύνης ενός προσώπου για πράξεις άλλων (κατά κανόνα υπαίτιες και κατ' εξαίρεση ανυπαίτιες), καθώς οι περιουσιακές συναλλαγές έχουν γίνει πολύπλοκες, πυκνές και χαρακτηριζόμενες από συχνή παρεμβολή

¹³⁰Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 239

¹³¹Τσαλαπόρτας Α, Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε: Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική - ποινική), 2013, σ. 7

τρίτων προσώπων. Μάλιστα, ηθική δικαιολόγηση για την απόκλιση αυτή συνιστά το γεγονός ότι είτε ο υπεύθυνος για την ξένη πράξη είναι φορέας των ωφελειών εκ της πράξεως αυτής είτε ο υπεύθυνος είναι υπόχρεος για την εποπτεία και έλεγχο του προσώπου, το οποίο προκάλεσε τη ζημία, χωρίς να αποκλείεται στην ίδια περίπτωση αστικής ευθύνης από αλλότριες πράξεις να συντρέχουν και οι δύο προαναφερθέντες λόγοι ηθικής δικαιολόγησης¹³². Συνεπώς, εφαρμογή εν προκειμένω έχουν οι διατάξεις των άρθρων 334 ΑΚ και 922 ΑΚ, οι οποίες ρυθμίζουν περιπτώσεις ευθύνης ενός προσώπου – κυρίου της υπόθεσης για πράξεις άλλων ενδιάμεσων προσώπων, τα οποία χρησιμοποιούνται με τη θέληση του πρώτου, με τη διαφορά ότι άρθρο 334 ΑΚ προϋποθέτει προϋφιστάμενη ενοχική σχέση μεταξύ του υπευθύνου – ιδιωτικής κλινικής για τις αλλότριες πράξεις και του ζημιωθέντος – ασθενούς, ενώ το άρθρο 922 ΑΚ δεν προϋποθέτει προϋφιστάμενη ενοχική σχέση αλλά καθιστά υπεύθυνο τον κύριο της υπόθεσης – ιδιωτική κλινική απέναντι σε κάποιον τρίτο ζημιωθέντα – ασθενή από τις πράξεις του ενδιάμεσου προσώπου – οδοντίατρου. Ωστόσο, όταν οι οδοντίατροι απασχολούνται σε δημόσια οδοντιατρεία/πολυοδοντιατρεία, τότε αρμόδια προς εκδίκαση των αγωγών αποζημίωσης «οδοντιατρικής αμέλειας» είναι τα Διοικητικά Δικαστήρια, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις των άρθρων 105 – 106 ΕισΝΑΚ¹³³.

Σημειωτέον το γεγονός ότι οι οδοντίατροι, όπως και οι ιατροί, βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση από αυτήν των άλλων επαγγελματιών, λόγω της σοβαρότητας των αποφάσεων που καλούνται να λάβουν και του ελαχίστου χρόνου που συνήθως έχουν για να αποφασίσουν. Οι ιδιαιτερότητες του οδοντιατρικού λειτουργήματος απαιτούν από τους λειτουργούς του υψηλό αίσθημα ευθύνης και διαρκώς τεταμένη προσοχή, ώστε κάθε ενέργεια να γίνεται *lege artis*, δεδομένης της αυξημένης επικινδυνότητας των σχετικών δραστηριοτήτων¹³⁴. Σε νομολογιακό επίπεδο σημειωτέα είναι η υπ' αριθμόν 1021/1992 απόφαση του Εφετείου Θεσσαλονίκης¹³⁵, ως αρχαιότερη δικαστική απόφαση με δράση «ψευδοϊατρών» η οποία αναφέρεται στο παράδειγμα της άκυρης συμβάσεως παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών, καθώς η σύναψή της έγινε από ψευδοϊατρό και, συγκεκριμένα, από οδοντοτεχνίτη, ο οποίος εμφανίστηκε στην ασθενή παριστάνοντας ψευδώς ότι είναι οδοντίατρος

¹³² Σταθόπουλος Μ., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, 2012, §7, σ. 136

¹³³ Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 240

¹³⁴ Καράκωστας Ι., Ιατρική ευθύνη - Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, 2008, σ. 73

¹³⁵ Αρμ 1992/598, ΤΝΠ Νόμος

με ειδικότητα στις οδοντοπροσθετικές εργασίες, με άμεση απόρροια το δευτεροβάθμιο δικαστήριο να υποχρεώσει τον «ψευδοϊατρό» εξ αδικοπραξίας, όπως θα αναλυθεί στην συνέχεια, να καταβάλει στην ασθενή το συνολικό ποσό των 897.600 δραχμών για την αποκατάσταση των ζημιών και την ικανοποίηση της ηθικής βλάβης που υπέστη.

7.2.1. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η ευθύνη προς αποζημίωση στην περίπτωση της ενδосυμβατικής ευθύνης του οδοντιάτρου θεμελιώνεται στην παράβαση των υποχρεώσεων, τις οποίες έχει αναλάβει ο οδοντίατρος εκ της συναφθείσας μεταξύ αυτού και του ασθενούς συμβάσεως οδοντιατρικής αρωγής. Συνεπώς, είτε η σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών χαρακτηριστεί ως σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών, σύμφωνα με τον τύπο της σύμβασης εργασίας¹³⁶, είτε χαρακτηριστεί ως σύμβαση έργου για ορισμένες οδοντιατρικές εργασίες (π.χ. κατασκευή τεχνητής οδοντοστοιχίας), το οδοντιατρικό σφάλμα αποτελεί εκπλήρωση της σύμβασης με πλημμελή τρόπο. Άμεσο αποτέλεσμα, εν προκειμένω, αποτελεί ότι αν η σύμβαση οδοντιατρικής αρωγής κριθεί ότι έχει το χαρακτήρα της σύμβασης παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών¹³⁷, κατά την κρατούσα στην πλειοψηφία των περιπτώσεων άποψη, τότε η υποχρέωση του οδοντιάτρου να αποζημιώσει τον ασθενή θεμελιώνεται στις διατάξεις των άρθρων 648, 652 και 676 ΑΚ¹³⁸, ενώ αν η σύμβαση οδοντιατρικής αρωγής θεωρηθεί ότι έχει το χαρακτήρα της σύμβασης έργου¹³⁹, κατά την υποστηριχθείσα σε συγκεκριμένο αριθμό περιπτώσεων άποψη, τότε η υποχρέωση του οδοντιάτρου να αποζημιώσει τον ασθενή θεμελιώνεται στις διατάξεις των άρθρων 681επ. ΑΚ. Μάλιστα, λόγω της καθιερούμενης, συναφώς, νόθου αντικειμενικής ευθύνης, με την έννοια της αντιστροφής του βάρους αποδείξεως, ο ασθενής φέρει μόνο το βάρος να αποδείξει την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών, ενώ ο παρέχων τις υπηρεσίες οδοντίατρος, προκειμένου να απαλλαγεί από την ευθύνη, πρέπει να αποδείξει είτε την ανυπαρξία υπαίτιας πράξεώς του είτε τη συνδρομή κάποιου λόγου επαγόμενου την άρση ή τη μείωση της ευθύνης του¹⁴⁰.

¹³⁶ Γεωργιάδης, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο ΙΙ, 2007, §8 αρ. 8

¹³⁷ ΑΠ 427/2015, Νόμος, ΑΠ 1009/2013, Ε7 2014, 428, ΑΠ 424/2012, ΧρΙΔ 2012, 587

¹³⁸ Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 241

¹³⁹ ΕφεΘ 5512/2003, ΕλλΔνη 45, 198.

¹⁴⁰ ΜΠΡ ΛΑΡ 56/2014, ΝΟΒ 2014/1377

Ειδικότερα, ως προς τη νομική φύση της σύμβασης παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών, υποστηρίχθηκε στη Γερμανία¹⁴¹ καθώς και σε άλλες χώρες¹⁴² ότι σε περιπτώσεις όπως η προσθετική αλλά και σε πιο απλές, όπως ενδεικτικά αναφέρεται η έμφραξη και η ενδοδοντική θεραπεία, ο οδοντίατρος δεν αναλαμβάνει μόνο την υποχρέωση να πράξει σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης, αλλά, επιπροσθέτως, υπόσχεται και το συγκεκριμένο επιδιωκόμενο, κατά περίπτωση, αποτέλεσμα, με άμεση απόρροια, εφόσον το τελευταίο δεν επιτευχθεί μερικώς ή πλήρως, ακόμη και αν οδοντίατρος τηρήσει όλους τους αναγκαίους κανόνες και δεν υποπέσει σε σφάλμα, να οφείλει είτε να το διορθώσει (χωρίς πρόσθετη αμοιβή) είτε να υποστεί μείωση της αμοιβής του. Αντιθέτως, αν θεωρηθεί ότι η σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών και όχι σύμβαση έργου, τότε ο οδοντίατρος ευθύνεται σε αποζημίωση του ασθενούς μόνο εφόσον η οδοντιατρική εργασία του παρασχέθηκε πλημμελώς. Μάλιστα, αναλόγως της νομικής φύσεως της συμβάσεως οδοντιατρικών υπηρεσιών, υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς τη λύση της συμβάσεως, την υποχρέωση του οδοντιάτρου να εκτελέσει αυτοπροσώπως την αναληφθείσα εργασία καθώς και την παραγραφή των εν λόγω αξιώσεων.

Η άποψη ότι ο οδοντίατρος, εν αντιθέσει με τους ιατρούς, φέρει ευθύνη και για τη μη επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος, ανεξαρτήτως της ύπαρξης οιασδήποτε σφάλματος, είναι η αυστηρότερη και στηρίζεται στο γεγονός ότι πλείονες από τις συνθήκες ενέργειας στο πλαίσιο της οδοντιατρικής πράξεως είτε έχουν άμεσο και βέβαιο αποτέλεσμα (π.χ. εξαγωγή ή έμφραξη) είτε ο ασθενής προσβλέπει στο εν λόγω αποτέλεσμα (π.χ. προσθετική αποκατάσταση). Επίσης, η συνήθης πρακτική του οδοντιάτρου να παρουσιάζει σχέδια και δοκιμαστικές κατασκευές στον ασθενή του, προκειμένου ο τελευταίος να έχει εικόνα του επιδιωκόμενου αποτελέσματος, δημιουργεί την εντύπωση ότι ο οδοντίατρος υπόσχεται οπωσδήποτε το αποτέλεσμα αυτό. Ωστόσο, σημειωτέον το γεγονός ότι το ίδιο προσβλέπει ο εκάστοτε ασθενής και όταν επισκέπτεται τον ιατρό του, προκειμένου να λάβει την απαραίτητη θεραπεία, με άμεση απόρροια να μη δικαιολογείται η βαρύτητα του στοιχείου αυτού μόνο εις βάρος των οδοντιάτρων.

¹⁴¹Φουντεδάκη Κ., Χατζηκυριάκος Α., Η αστική ευθύνη του οδοντιάτρου στο Ελληνικό Δίκαιο, Στοματολογία, 1998, 55 (3), σ. 110

¹⁴²Ομπέση Φ., Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο. Επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ. 1993, 47: 401 - 408

Μάλιστα, σύμφωνα με μία άλλη άποψη, κρατούσα στο Γερμανικό Δίκαιο¹⁴³, για τις μεν ενέργειες που είναι καθαρά ιατρικές, διαγνωστικές ή θεραπευτικές, ακόμη και αν είναι φαινομενικά απλές ή αμέσου αποτελέσματος, θα ισχύσει για τους οδοντιάτρους ότι και για τους υπολοίπους ιατρούς, με άμεση απόρροια σε μία ενδοδοντική θεραπεία ή στην τοποθέτηση εμφυτεύματος ή οδοντοστοιχίας ο οδοντίατρος να ευθύνεται σε οποζημίωση μόνο αν έχει διαπράξει κάποιο σφάλμα και χωρίς να υποχρεούται σε διόρθωση, επανάληψη της ενέργειας ή μείωση της αμοιβής του, εφόσον η ενέργεια απέτυχε για λόγους ανεξάρτητους από αυτόν. Διαφοροποίηση, σύμφωνα με την άποψη αυτή, υπάρχει μόνο ως προς το μέρος της ενέργειας, η οποία συνδέεται με την παρασκευή κάποιου υλικού ή με την κατασκευή ορισμένου αντικειμένου, όπως ενδεικτικώς αναφέρεται η κατασκευή της οδοντοστοιχίας ή της στεφάνης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υποστηρίζεται από την εν λόγω άποψη ότι ο οδοντίατρος αναλαμβάνει και την ευθύνη ότι το υλικό ή το αντικείμενο δεν είναι ελαττωματικό, με αποτέλεσμα, εφόσον η τελική αποτυχία οφείλεται σε ελάττωμα του υλικού ή του αντικειμένου, έστω και αν δεν προκλήθηκε από υπαιτιότητά του, ο οδοντίατρος να υποχρεούται να το διορθώσει ή να υποστεί μείωση της αμοιβής του.

Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι δεν έχει σημασία το γεγονός ότι ο οδοντίατρος δεν κάνει ο ίδιος την παρασκευή του υλικού ή την κατασκευή, αλλά ο οδοντοτεχνίτης ή κάποια συνεργαζόμενη εταιρεία, καθώς ο ασθενής συμβάλλεται με τον οδοντίατρο, ο οποίος χρησιμοποιεί ένα άλλο πρόσωπο π.χ. τον οδοντοτεχνίτη, όπως θα δοθεί ορισμός του παρακάτω, προκειμένου να εκπληρώσει τις οδοντιατρικές υποχρεώσεις του, με αποτέλεσμα ο εν λόγω οδοντίατρος να ευθύνεται έναντι του ασθενούς του για κάθε πράξη του οδοντοτεχνίτη, σαν να ήταν δική του πράξη. Βεβαίως, αν από την πράξη του οδοντοτεχνίτη ο οδοντίατρος υποχρεώθηκε να αποζημιώσει τον ασθενή, να καταβάλει πρόσθετη εργασία ή να υποστεί μείωση της αμοιβής του, τότε ο τελευταίος δύναται να αξιώσει το ποσό της ζημίας του από τον οδοντοτεχνίτη, αν και ευθύνεται μόνο ο ίδιος για το σύνολο της οδοντιατρικής ενεργείας.

Συνοψίζοντας τις ανωτέρω απόψεις, σύμφωνα με την πρώτη και ορθότερη άποψη, εφόσον η προσφερόμενη από τον οδοντίατρο υπηρεσία περιλαμβάνει και το τεχνικό μέρος μιας παρασκευής ή κατασκευής, το μέρος αυτό δεν μπορεί να αποχωριστεί από τη συνολική ενέργεια, η οποία φέρει το χαρακτήρα της οδοντιατρικής πράξης. Το οδοντιατρικό - θεραπευτικό στοιχείο

¹⁴³Η συχνή αναφορά στο Γερμανικό Δίκαιο δικαιολογείται γιατί αυτό συνήθως, λόγω ομοιότητας με το Ελληνικό Δίκαιο, ακολουθείται από τους Έλληνες νομικούς.

της υπηρεσίας του οδοντιάτρου, προς εξυπηρέτηση του οποίου υπάρχει και το τεχνικό μέρος, υπερισχύει, με συνέπεια ο οδοντίατρος να αντιμετωπίζεται, συνολικά, όπως και κάθε άλλος ιατρός, ήτοι να φέρει ευθύνη μόνο όταν από υπαίτιο σφάλμα του ζημιώνει τον ασθενή και όχι σε κάθε περίπτωση μη επίτευξης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος. Αντιθέτως, αφενός σύμφωνα με τη δεύτερη άποψη υπάρχει γενική ευθύνη του οδοντιάτρου για την αποτυχία επίτευξης του συγκεκριμένου αποτελέσματος – έργου του αφετέρου σύμφωνα με την τρίτη άποψη υπάρχει ευθύνη του οδοντιάτρου μόνο για την αποτυχία η οποία οφείλεται σε ελάττωμα του υλικού ή αντικείμενου. Ωστόσο, ορθότερη, όπως προαναφέρθηκε, είναι η πρώτη άποψη όχι μόνο θεωρητικά αλλά και για τον πρόσθετο λόγο ότι είναι δυσχερής η διάκριση των οδοντιατρικών ενεργειών στο καθαρό τεχνικό μέρος και στο οδοντιατρικό – θεραπευτικό μέρος π.χ. αμφισβητείται σε ποιο από τα προαναφερθέντα μέρη εντάσσονται η ακτινογραφία ή η αποτύπωση ή η μέτρηση, στην οποία στηρίζεται η κατασκευή. Συνεπώς, ο οδοντίατρος υπάγεται χωρίς διαφοροποίηση στα γενικώς ισχύοντά για τους ιατρούς, ήτοι ευθύνεται μόνο στην περίπτωση κατά την οποία διαπράττει οδοντιατρικό σφάλμα.

7.2.2. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ ΕΚ ΤΗΣ ΑΔΙΚΟΠΡΑΞΙΑΣ

Η ευθύνη προς αποζημίωση στην περίπτωση της αδικοπρακτικής ευθύνης, ως νόμιμου λόγου αστικής ευθύνης του οδοντιάτρου, αποτελεί την κυριότερη περίπτωση αγωγών οδοντιατρικού σφάλματος. Το γεγονός αυτό εξηγείται επαρκώς λόγω του ότι αφενός η προκύπτουσα ευθύνη του οδοντιάτρου, σύμφωνα με τις αρχές και τους κανόνες της αδικοπραξίας, οι οποίες και προσεγγίζουν κατά τη δογματική τους θεμελίωση και τις αντίστοιχες αρχές του ποινικού κλάδου δικαίου, είναι περισσότερο γνωστή στο νομικό κόσμο - σύστημα αφετέρου λόγω του ότι, στην περίπτωση της αδικοπρακτικής ευθύνης του οδοντιάτρου, το δικαστήριο έχει τη δυνατότητα επιδίκασης εύλογης, κατά την κρίση του, χρηματικής ικανοποίησης (932 ΑΚ) λόγω ηθικής βλάβης του ασθενούς ή ψυχικής οδύνης, σε περίπτωση θανάτωσής του. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, το οδοντιατρικό σφάλμα δύναται να αποτελεί αδικοπραξία και παράλληλα παράβαση εκ της συμβάσεως υποχρεώσεως, πηγάζουσα από τη

συναφθείσα με τον εκάστοτε ασθενή σύμβαση παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών, με άμεση απόρροια να δημιουργείται συρροή¹⁴⁴ αδικοπρακτικής και ενδοσυμβατικής ευθύνης.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την περίπτωση της αδικοπρακτικής ευθύνης, η ευθύνη του οδοντιάτρου για αποζημίωση θεμελιώνεται στις προβλέψεις του άρθρου 914 ΑΚ, το οποίο εφαρμόζεται εφόσον συντρέχουν οι απαιτούμενες προϋποθέσεις, ήτοι α) ανθρώπινη πράξη, β) ικανότητα προς καταλογισμό¹⁴⁵, γ) παράνομη συμπεριφορά του οδοντιάτρου, δ) υπαίτια συμπεριφορά του οδοντιάτρου (δόλος ή αμέλεια), ε) προκληθείσα ζημία, δηλαδή βλάβη της υγείας του ασθενούς και στ) αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς του οδοντιάτρου και της ζημίας του ασθενούς¹⁴⁶, ο οποίος υπάρχει όταν η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του δράστη – οδοντιάτρου είναι, σύμφωνα με τα διδάγματα της κοινής πείρας, ικανή, κατά τη συνηθισμένη και κανονική πορεία των πραγμάτων, να επιφέρει ζημία και την οποία, πράγματι, επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Ειδικότερα, ως προς τον αιτιώδη σύνδεσμο/συνάφεια¹⁴⁷ μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας πράξης του οδοντιάτρου και της ζημίας του ασθενούς σημειώνεται ότι από τα πλείονα διαφορετικά προβλήματα αιτιώδους συνάφειας, τα οποία ανακύπτουν, το σημαντικότερο ζήτημα, το οποίο, κατά την άποψη πολλών μελετητών αποτελεί κεντρικό πρόβλημα της αστικής ευθύνης, είναι η δυσχέρεια ή και η απόλυτη αντικειμενική αδυναμία να διαπιστωθεί αν η εσφαλμένη οδοντιατρική ενέργεια αποτέλεσε, έστω και εν μέρει, τον αναγκαίο όρο για πρόκληση της ζημίας του ασθενούς, καθώς η εν λόγω ζημία δύναται να οφείλεται σε άλλα αίτια τα οποία προϋπήρχαν ή εκδηλώθηκαν ανεξάρτητα της οδοντιατρικής ενεργείας. Συνεπώς, είναι δύσκολο να εξακριβωθεί αν η ελλιπής συγκράτηση της οδοντοστοιχίας οφείλεται στους εσφαλμένους χειρισμούς του οδοντιάτρου ή στην ανατομική μορφολογία της στοματικής κοιλότητας του εν λόγω ασθενούς. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις αφενός το πραγματικό αίτιο ορισμένης παθολογικής αντίδρασης ή εξέλιξης παραμένει ανεξιχνίαστο και μετά τη διεξαγωγή της πραγματογνωμοσύνης, που διατάσσεται από το δικαστήριο, αφετέρου παρατηρείται κατά τη διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης ότι η τελευταία είναι εύκολο να λειτουργήσει σε βάρος των συμφερόντων του ασθενούς λόγω επαγγελματικής οδοντιατρικής αλληλεγγύης, τουλάχιστον στις αμφισβητούμενες περιπτώσεις, καθώς βασίζεται στις έρευνες οδοντιάτρων και σε κατά

¹⁴⁴ΕφΘεσσ 1905/2006, Αρμ 2008, 386 και ΠπρΘεσσ 24582/2008, ΧρΙΔ 2009, 431

¹⁴⁵Σταθόπουλος Μ., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, 2012, §15, σ. 299

¹⁴⁶Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 242

κανόνα ειδικές γνώσεις, οι οποίες είναι απρόσιτες για το δικαστή. Ωστόσο, στην Ελληνική νομολογία υπάρχουν περιπτώσεις, κατά τις οποίες το δικαστήριο, βασιζόμενο στην ύπαρξη σοβαρού σφάλματος, απομακρύνεται από τις απόψεις των ειδικών, αλλά η περίπτωση αυτή δεν είναι ούτε εύκολο ούτε σκόπιμο να αποτελέσει τον κανόνα. Πρέπει, εξάλλου, να παρατηρηθεί ότι την εν λόγω δυσχέρεια απόδειξης την επωμίζεται ο ασθενής, αφού αυτός είναι πάντοτε υποχρεωμένος να αποδείξει τον αιτιώδη σύνδεσμο, οπότε κατά κανόνα η θέση του καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής.

Α) Η ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 298, 299, 330 εδ. β', 914 και 932 ΑΚ προκύπτει ότι η αδικοπρακτική ευθύνη προς αποζημίωση και ικανοποίηση της ηθικής βλάβης προϋποθέτει ως γενικές προϋποθέσεις αφενός συμπεριφορά παράνομη και υπαίτια αφετέρου επέλευση περιουσιακής ζημίας ή και ηθικής βλάβης και ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της συμπεριφοράς του δράστη – οδοντιάτρου και της ζημίας.

Ειδικότερα, παράνομη είναι η συμπεριφορά η οποία αντίκειται σε απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου ο οποίος απονέμει δικαίωμα ή προστατεύει συγκεκριμένο συμφέρον του ζημιωθέντος - ασθενούς, μπορεί δε η συμπεριφορά αυτή να συνίσταται σε θετική ενέργεια ή σε παράλειψη ορισμένης ενέργειας. Μάλιστα, για την κατάφαση της παρανομίας δεν απαιτείται παράβαση συγκεκριμένου κανόνα δικαίου, αλλά αρκεί η αντίθεση της συμπεριφοράς στο γενικότερο πνεύμα του δικαίου ή στις επιταγές της έννομης τάξης, με άμεση απόρροια παρανομία να συνιστά και η παράβαση της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας και ασφάλειας στο πλαίσιο της συναλλακτικής και γενικότερα της κοινωνικής δραστηριότητας των ατόμων. Με άλλη διατύπωση, παρανομία συνιστά και η παράβαση της κοινωνικώς επιβεβλημένης και εκ της θεμελιώδους δικαικής αρχής της συνεπούς συμπεριφοράς απορρέουσας υποχρέωσης λήψης ορισμένων μέτρων επιμέλειας για την αποφυγή πρόκλησης ζημίας σε έννομα αγαθά τρίτων προσώπων. Συνεπώς, αν ο οδοντίατρος, ο οποίος αμέλησε να λάβει τα απαραίτητα μέτρα ασφάλειας, είναι υπαίτιος μετάδοσης στον ασθενή του κάποιας ασθένειας, ευθύνεται,

¹⁴⁷Φουντεδάκη Κ., Το πρόβλημα του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική ευθύνη, ΕλλΔνη 1994, 35, σ. 1231 - 1239

ανεξάρτητα από το αν μπορεί να θεωρηθεί ότι διέπραξε κάποιο συγκεκριμένο οδοντιατρικό σφάλμα, καθώς η συμπεριφορά του παραβιάζει τους γενικά παραδεκτούς κανόνες επιμέλειας¹⁴⁸.

Β) Η ΥΠΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Όσον αφορά την αμέλεια, ως μορφή υπαιτιότητας, η τελευταία υπάρχει όταν, εξαιτίας της παράλειψης του δράστη να καταβάλει την επιμέλεια, η οποία ήταν αναγκαία να καταβληθεί σύμφωνα με το μέτρο της συμπεριφοράς του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου δραστηριότητάς του¹⁴⁹, επήλθε το εκάστοτε ζημιογόνο αποτέλεσμα, το οποίο είτε δεν προέβλεψε ο δράστης – οδοντίατρος είτε προέβλεψε μεν ήλπιζε όμως ότι θα το αποφύγει¹⁵⁰.

Ειδικότερα, ο οδοντίατρος ευθύνεται σε αποζημίωση, εάν ενεργήσει αφενός με δόλο αφετέρου με αμέλεια, η δε τελευταία συντρέχει, εφόσον ο οδοντίατρος προβεί σε οδοντιατρική πράξη ή παράλειψη, ανεξαρτήτως της σοβαρότητάς της, κατά παράβαση των διδαγμάτων της οδοντιατρικής επιστήμης - *lege artis*. Εκ του ανωτέρω συνάγεται ότι η εν λόγω ευθύνη δε δημιουργείται υπό τον όρο ότι ο παρέχων υπηρεσίες οδοντίατρος ενήργησε κατά τους πιο πάνω κανόνες και, ειδικότερα, όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και με τα μέσα που έχει στην διάθεση του ο συνετός και επιμελής οδοντίατρος¹⁵¹, λαμβάνοντας υπ' όψιν ιδίως την εκάστοτε ειδικότητά του. Πράγματι, ο οδοντίατρος δεν υποχρεούται να κατέχει την πλήρη γνώση και να φέρει την ικανότητα για οιαδήποτε οδοντιατρική ενέργεια, αλλά, σε κάθε περίπτωση, οφείλει να γνωρίζει και να πράττει όσα και ο μέσος οδοντίατρος¹⁵² της ειδικότητάς του¹⁵³. Μάλιστα, για τον ανωτέρω λόγο έχει υποστηριχθεί¹⁵⁴, σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, ότι αφενός οι ιδιαίτερες κλίσεις ή/και ικανότητες του οδοντιάτρου δεν επαυξάνουν το οφειλόμενο από αυτόν μέτρο επιμέλειας αφετέρου οι περιορισμένες ικανότητες του τελευταίου δεν οδηγούν σε μείωση της ευθύνης του. Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί στη

¹⁴⁸Φουντεδάκη Κ., Χατζηκυριάκος Α., Η αστική ευθύνη του οδοντιάτρου στο Ελληνικό Δίκαιο, Στοματολογία, 1998, 55 (3), σ. 111

¹⁴⁹ΜΠΡ ΚΩ 824/2011, ΕΦΑΔ 2012/933, Εφθεσ 2384/2005 Νόμος

¹⁵⁰ΑΠ 181/2011, ΑΠ 1362/2007, ΑΠ 687/2013

¹⁵¹ΑΠ 687/2013 ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΑΠ 424/2012 Νόμος, ΑΠ 181/2011 Νόμος, ΑΠ 1362/2007 ΕφΑΔ 2008, 62

¹⁵²Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 365

¹⁵³Γεωργιάδης, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο ΙΙ, 2007, §8 αρ. 70

¹⁵⁴Κουτσογιάδης, Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρική και Νομικής, σε: τιμ.τ. Γ.Δ. Καλλιμοπούλου, 2010, σ. 343επ.

νομολογία¹⁵⁵ και η αντίθετη άποψη ότι η εκάστοτε ειδικότητα του οδοντιάτρου αποτελεί και λόγο βαρύτερης ενδοσυμβατικής ευθύνης του, καθώς ο ασθενής προσφεύγει στις υπηρεσίες του συνήθως με βαρύτερη οικονομική επιβάρυνση λόγω της ειδικότητάς του αυτής.

Περαιτέρω, η αμέλεια του οδοντιάτρου μπορεί να εμφανίζεται υπό πληθώρα μορφών, ήτοι:

A) ως εσφαλμένη διάγνωση ή μη διάγνωση μιας νόσου, με άμεση απόρροια δια της έλλειψης συμμόρφωσης προς τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης, ο οδοντίατρος να αδυνατεί να αντιληφθεί και ενημερώσει τον ασθενή του ως προς τον κίνδυνο, ο οποίος απειλεί το έννομο αγαθό της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας και κατά μείζονα λόγο της ίδιας της ζωής του. Μάλιστα, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ορθή διάγνωση της «οδοντιατρικής νόσου» του ασθενή απαιτείται ενδεικτικώς και ουχί περιοριστικώς η λήψη του πλήρους ιστορικού του ασθενούς, η εξέταση του ασθενούς, η διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, οι ακτινογραφίες καθώς και η κατά περιπτώσεις συμβουλή άλλων οδοντιάτρων. Ειδικότερα, «διάγνωση» αποτελεί η νοητική εργασία με βάση την οποία ο οδοντίατρος αναγνωρίζει και βεβαιώνει, αξιολογώντας τα ευρήματά του, κλινικά και εργαστηριακά, την ύπαρξη συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας¹⁵⁶. Στην καθημερινή πρακτική ο ειδικός - οδοντίατρος λαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς και προχωρεί στην κλινική εξέταση, η οποία αποκαλύπτει τα σχετικά αντικειμενικά ευρήματα, ενώ, παραλλήλως, αν χρειαστεί προχωρεί σε εργαστηριακές εξετάσεις και εν συνεχεία, αξιολογώντας τα ανωτέρω, προχωρεί στην κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο. Συνεπώς, οδοντιατρικό σφάλμα κατά τη διάγνωση υφίσταται όταν ο οδοντίατρος είτε συλλέγει πλημμελώς τα αναγκαία για τη διάγνωση στοιχεία, είτε ερμηνεύει εσφαλμένα τα κλινικά ευρήματα, ένεκα απουσίας της απαιτούμενης προσοχής και επιμέλειας που απαιτούσε η συγκεκριμένη περίπτωση.

B) ως εσφαλμένη - πλημμελής θεραπευτική αγωγή (π.χ. φαρμακευτική, εγχειρηματική κ.λπ.), διαδικασία, η οποία αποσκοπεί στην ίαση του ασθενούς κατά τρόπο παρακάμπτοντα τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης. Ειδικότερα, η αμέλεια του οδοντιάτρου μπορεί να θεμελιωθεί σε σφάλμα περί την εκλογή της θεραπείας, λόγω της οποίας επέρχεται βλάβη στον ασθενή, είτε αυτό οφείλεται σε άγνοια της προσήκουσας για την περίπτωση θεραπείας ή εν γένει ενέργειας, είτε σε επιλογή μεθόδου και θεραπείας η οποία, κατά τις γενικά κρατούσες αρχές της οδοντιατρικής επιστήμης, δεν είναι η ενδεδειγμένη για την εν

¹⁵⁵ΠΠΛαρ 191/2016

¹⁵⁶Κουτσελίνης Α. –Μιχαλοδημητράκης Μ., Η Ιατρική ευθύνη, Εκδ. Gutenberg, 1984, σ. 63

λόγω περίπτωση. Με άλλα λόγια, πρόκειται για τον όρο της «θεραπευτικής αστοχίας», ήτοι αφενός της εσφαλμένης επιλογής ή εφαρμογής θεραπευτικής μεθόδου κατά τους κανόνες της επιστήμης αφετέρου της παράλειψης του οδοντιάτρου να ενεργήσει προκειμένου να αποφύγει ανεπιθύμητες παρενέργειες. Όσον αφορά, μάλιστα, την ειδική κατηγορία των οδοντιατρικών χειρουργικών επεμβάσεων, αυτές διακρίνονται σε τρία στάδια, ήτοι το προεγχειρητικό, το στάδιο της εγχείρησης και το μετεγχειρητικό. Κατά το πρώτο - το προεγχειρητικό στάδιο, πρέπει να γίνει ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος που θα περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις που επιβάλλει το είδος της επέμβασης. Η σημασία του προεγχειρητικού ελέγχου είναι καθοριστική για την πορεία του ασθενούς, αφού σε αυτό τα στάδια πραγματοποιείται η εκτίμηση της κατάστασής του. Κατά το δεύτερο στάδιο - την επέμβαση αυτή καθ' εαυτήν, ο χειρουργός οδοντίατρος θα πρέπει να συμμορφώνεται με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες που ισχύουν στη γενική οδοντιατρική χειρουργική και την ειδικότητά του με βασική υποχρέωσή του την προσεκτική, επιμελή και ακριβή εκτέλεση των διάφορων σταδίων της μεθόδου που έχει επιλέξει και την αποφυγή της εφαρμογής οιασδήποτε αυτοσχέδιας και πρόχειρης ενέργειας¹⁵⁷. Τέλος, κατά το τρίτο - το μετεγχειρητικό στάδιο, ο χειρουργός οδοντίατρος οφείλει να παρακολουθεί εκ του σύνεγγυς τη μετεγχειρητική πορεία του εν λόγω ασθενούς του.

Γ) ως μη παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό θάλαμο καθώς και ανάληψη της διεξαγωγής ενός διαγνωστικού ή θεραπευτικού εγχειρήματος, χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες ειδικές γνώσεις και ικανότητες ή τα κατάλληλα διαγνωστικά μέσα.

Δ) ως μη εκπλήρωση εν γένει του καθήκοντος ιατρικής μέριμνας και επιμέλειας (π.χ. καθήκοντος παρακολούθησης – continuity of care)¹⁵⁸¹⁵⁹.

Επιπροσθέτως, αξίζει να αναφερθεί ο όρος της «διπλής λειτουργίας της αμέλειας», ο οποίος, στην Ελληνική θεωρία για την αστική ευθύνη και, ειδικότερα, για την ευθύνη εκ της αδικοπραξίας, υποδηλώνει ότι η αόριστη νομική έννοια της «παρανομίας» του άρθρου 914 ΑΚ δύναται να προσδιοριστεί και με αναγωγή στην κατ' άρθρο 330 εδ. β' και γενικά απαιτούμενη από κάθε κοινωνό υποχρέωση τήρησης της επιμέλειας, την οποία μπορεί να επιδεικνύει στην εκάστοτε περίπτωση ο μέσος λογικός άνθρωπος¹⁶⁰. Μάλιστα, υποστηρίζεται¹⁶¹ ότι αφενός η

¹⁵⁷Σακελλαροπούλου Β., Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' έκδ., 2011, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, σ. 123

¹⁵⁸ΑΠ 974/2014, ΕφΑΘ 4964/2008, ΕφΑΘ 4495/2002, Εφθεσ 2384/2005, ΤΝΠ Νόμος

¹⁵⁹Παπαδήμα Σοφία, Νομοθετικό Πλαίσιο Άσκησης Οδοντιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα και Ευθύνη Οδοντιάτρου, έτος 2012, <http://slideplayer.gr/slide/601730>

¹⁶⁰Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §6 αρ. 71

συμπεριφορά καθίσταται παράνομη, όταν το πρόσωπο όφειλε να προβλέψει και να αποφύγει την προσβολή του εν λόγω αγαθού, η οποία, πράγματι, επήλθε, αφετέρου η συμπεριφορά δικαιολογεί την προσωπική μομφή, καθώς συντρέχει υπαιτιότητα, όταν το πρόσωπο μπορούσε να προβλέψει, κατά το μέτρο του μέσου συνετού ανθρώπου¹⁶², και να αποφύγει την προσβολή, συμπεριφορά την οποία, ωστόσο, δεν τήρησε στη συγκεκριμένη περίπτωση. Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι οι πράξεις του οδοντιάτρου, οι οποίες εμπίπτουν στη διάταξη του άρθρου 330 εδ. β', αποτελώντας παραβίαση των γνωστών και τηρηθέντων από τους επιμελείς συναδέλφους του κανόνων της επιστήμης του, είναι παράνομες πράξεις, καθώς αποκλίνουν από τη συμπεριφορά του μέσου συνετού οδοντιάτρου, ήτοι φέρουν στοιχεία αμέλειας. Συνεπώς, η αποδοχή εκ της νομολογίας της έννοιας της «διπλής λειτουργίας της αμέλειας», οδηγεί στην ένταξη του οδοντιατρικού σφάλματος στην έννοια της αμέλειας τόσο ως μορφή υπαιτιότητας όσο και ως μορφή παρανομίας, ενώ, η διάκριση της παρανομίας από την υπαίτια πράξη επιτυγχάνεται με τη διάκριση της αμέλειας σε εξωτερική και εσωτερική. Ωστόσο, στην πράξη, παρουσιάζονται ελάχιστες περιπτώσεις κατά τις οποίες η αμελής συμπεριφορά υπό την έννοια της «παρανομίας» - παραβίασης των οδοντιατρικών κανόνων δε συμπίπτει με την αμελή ψυχική στάση του οδοντιάτρου υπό την έννοια της υπαιτιότητας¹⁶³.

Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι για τη θεμελίωση της αδικοπρακτικής οδοντιατρικής ευθύνης απαιτείται, μεταξύ άλλων, αφενός παράνομη και αφετέρου υπαίτια πρόκληση ζημίας. Αμφότερες οι προϋποθέσεις αυτές, ήτοι παρανομία και υπαιτιότητα, συντρέχουν ταυτοχρόνως, με βάση τη θεώρηση της αμέλειας ως μορφής πταίσματος και ως μορφής παρανομίας υπό την παραδοχή της «διπλής λειτουργίας της αμέλειας». Επομένως, εφόσον στο πλαίσιο μιας οδοντιατρικής πράξεως παραβιαστούν οι κανόνες και αρχές της οδοντιατρικής επιστήμης και εμπειρίας ή/και οι εκ του γενικού καθήκοντος πρόνοιας και ασφάλειας απορρέουσες υποχρεώσεις επιμέλειας του μέσου συνετού οδοντιάτρου της ειδικότητας του ζημιώσαντος, τότε η συμπεριφορά αυτή είναι παράνομη και, συγχρόνως, υπαίτια.

¹⁶¹ Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §6 αρ. 75

¹⁶² Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 213

¹⁶³ Φουντεδάκη Κ. Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ. 45

Γ) Η ΠΡΟΚΛΗΘΕΙΣΑ ΖΗΜΙΑ

Η περιουσιακή ζημία στην αποκατάσταση της οποίας είναι υπόχρεος ο υπαίτιος της αδικοπραξίας οδοντίατρος διακρίνεται ενδεικτικώς σε α) θετική και αποθετική - αρνητική, β) άμεση και έμμεση και γ) παρούσα και μέλλουσα. Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 298 εδ. α' ΑΚ, ως «θετική ζημία» (*damnum emergens*) θεωρείται η μείωση της περιουσίας ενός προσώπου, που επέρχεται είτε με τη μείωση του ενεργητικού είτε με την αύξηση του παθητικού (π.χ. σύναψη νέων χρεών), ενώ σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 298 εδ. β' ΑΚ, ως «αποθετική - αρνητική ζημία» ή, συνηθέστερα, ως «διαφυγόν κέρδος» (*lucrum cessans*) λογίζεται αφενός η μη επαύξηση της περιουσίας του προσώπου (π.χ. επίτευξη εμπορικών κερδών ή εισοδημάτων εκ της εργασίας) αφετέρου η μη μείωση του εν λόγω παθητικού (π.χ. εξόφληση χρεών), οι οποίες πιθανολογούνται ότι θα επέρχονταν κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων ή τις ειδικές περιστάσεις και ιδίως τα προπαρασκευαστικά μέτρα που έχουν ληφθεί¹⁶⁴.

Περαιτέρω, ως «άμεση ζημία» καλείται η ζημία που προκύπτει αμέσως από την προσβολή του εννόμου αγαθού, ενώ, ως «έμμεση ζημία» καλούνται οι παραπέρα δυσμενείς επιπτώσεις της προσβολής στην περιουσία αυτού που ζημιώθηκε. Επιπλέον, ως «παρούσα ζημία» θεωρείται αυτή που έχει ήδη επέλθει ως συνέπεια του ζημιογόνου γεγονότος, ενώ ως «μέλλουσα ζημία» λογίζεται η ζημία που προβλέπεται ότι είναι πιθανό να επέλθει στο μέλλον κατά τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων ως αναγκαία συνέπεια της κατάστασης που δημιουργήθηκε με την αδικοπραξία και είναι δυνατός ο προσδιορισμός αυτής κατά το χρόνο της απόφασης είτε εφάπαξ είτε κατά χρονικές περιόδους¹⁶⁵.

Επιπροσθέτως, εφόσον το παράνομο αποτέλεσμα μιας «οδοντιατρικής αδικοπραξίας» συνίσταται σε βλάβη του σώματος ή της υγείας ενός προσώπου και ανεξαρτήτως από τον αντικειμενικό ή υποκειμενικό χαρακτήρα της ευθύνης του δράστη - οδοντίατρου, η διάταξη του άρθρου 929 εδ. α' ΑΚ παρέχει αξίωση αποζημίωσης στο ζημιωθέν ασθενή τόσο για τα νοσήλια, ήτοι τις δαπάνες που έγιναν ή ήταν αναγκαίες για την αποκατάσταση της υγείας του (π.χ. δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, δαπάνες για βελτιωμένη διατροφή, βοηθήματα, αμοιβές άλλων οδοντιάτρων, δαπάνες για τη μίσθωση ταξί προς μετάβαση του θύματος σε οδοντιατρικά κέντρα για εξετάσεις κ.λπ.) και τη ζημία που ήδη επήλθε όσο και για τη

¹⁶⁴ Σταθόπουλος Μ., *Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου*, 2012, §8, σ. 170 - 171

¹⁶⁵ Γεωργιάδης, *Αστ. Ι.*, σ. 139, ΕφΘεσ 2296/1996, Αρμεν. Ν'1996, σ. 972, ΕφΘεσ 670/1995, Αρμεν. ΜΘ' 1995/469, Κορνηλάκης Π., *Ειδικό Ενοχικό*, Ι, 2002, σ. 518-519

μελλοντική ζημία του, δηλαδή ότι στο μέλλον θα στερείται ή θα ξοδεύει επιπλέον λόγω αύξησης των δαπανών του (π.χ. δαπάνες αποκατάστασης της υγείας ή βελτίωση της κατάστασης του ζημιωθέντος ασθενή, δαπάνες για περιοδικούς οδοντιατρικούς ελέγχους, για συνεχή μεταφορά με αυτοκίνητο ή άλλο μέσο, για συνέχιση θεραπείας κ.λπ.).

Επιπλέον, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 931 ΑΚ ορίζεται ότι «η αναπηρία ή η παραμόρφωση που προξενήθηκε στον παθόντα λαμβάνεται υπόψη κατά την επιδίκαση της αποζημίωσης αν επιδρά στο μέλλον του». Υποστηρίζεται από τη θεωρία¹⁶⁶, ότι η παρούσα διάταξη δε θεμελιώνει αυτοτελή αξίωση αποζημίωσης, αλλά η αναπηρία ή παραμόρφωση απλώς λαμβάνονται ιδιαίτερα υπόψη κατά την επιδίκαση της αποζημίωσης¹⁶⁷. Αντιθέτως, η νομολογία υποστηρίζει ότι η παρούσα διάταξη θεμελιώνει αυτοτελές δικαίωμα για πρόσθετη αποζημίωση, εκτός εκείνης των άρθρων 929 και 932 ΑΚ και ασκείται μεμονωμένα ή σωρευτικά με αυτές¹⁶⁸. Από την άποψη αυτή συνάγεται ότι επιδικάζεται σε εκείνον που έχει υποστεί την αναπηρία ή την παραμόρφωση ένα εύλογο χρηματικό ποσό, χωρίς σύνδεση με περιουσιακή ζημία, το ύψος του οποίου καθορίζεται με βάση ορισμένους προσδιοριστικούς παράγοντες, ήτοι το είδος και τις συνέπειες της αναπηρίας ή παραμόρφωσης, την ηλικία, το φύλο και τις κλίσεις του παθόντος, καθώς και με τη συνεκτίμηση του ποσοστού συννυπαιτιότητας του τελευταίου στην πρόκληση της αναπηρίας ή της παραμόρφωσης, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της κατά τη διάταξη του άρθρου 932 ΑΚ αξίωσης για επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης¹⁶⁹.

Ειδικότερα, ως αναπηρία θεωρείται κάποια έλλειψη της σωματικής, νοητικής ή ψυχικής ακεραιότητας του προσώπου, ενώ, ως παραμόρφωση νοείται κάθε ουσιώδης αλλοίωση της εξωτερικής εμφάνισης του προσώπου, η οποία καθορίζεται όχι αποκλειστικώς σύμφωνα με τις απόψεις της οδοντιατρικής, αλλά και σύμφωνα με τις αντιλήψεις της εν γένει ζωής. Μάλιστα, ως «μέλλον» νοείται η επαγγελματική, οικονομική και κοινωνική εξέλιξη του προσώπου. Σε κάθε περίπτωση, δεν απαιτείται βεβαιότητα δυσμενούς επιρροής της αναπηρίας ή παραμόρφωσης στο μέλλον του προσώπου, καθώς αρκεί και η απλή δυνατότητα κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων. Στον επαγγελματικό – οικονομικό τομέα η αναπηρία ή η παραμόρφωση του ανθρώπου, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας, αποτελούν αρνητικό στοιχείο στα πλαίσια του

¹⁶⁶Γεωργιάδης, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2η εκδ., 2015

¹⁶⁷Μαργαρίτης Μ – Μαργαρίτη Α., Επιτομή Ερμηνείας Αστικού Κώδικα και ΕισΝΑΚ, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2016, σ. 851

¹⁶⁸ΟΛΑΠ 18/2008, 210/2013, 1105/2013, 1622/2013, 1627/2013, 1011/2012, 321/2011 και 120/2010 Νόμος

ανταγωνισμού και της οικονομικής εξέλιξης και προαγωγής του τελευταίου, ενώ, είναι γεγονός ότι οι δυσμενείς συνέπειες είναι περισσότερο έντονες σε περιόδους οικονομικών δυσχερειών στην αγορά εργασίας, με άμεση απόρροια οι βαρυνόμενοι με αναπηρία ή παραμόρφωση να μειονεκτούν και να κινδυνεύουν να βρεθούν εκτός εργασίας έναντι των υγιών συναδέλφων τους.

Επομένως, η διάταξη του άρθρου 931 ΑΚ προβλέπει επιδίκαση από το δικαστήριο χρηματικής παροχής στον ζημιωθέντα με αναπηρία ή παραμόρφωση ασθενή, εφόσον συνεπεία αυτών επηρεάζεται το μέλλον του. Η χρηματική αυτή παροχή, κατά μία άποψη, δεν αποτελεί κατ' ακριβολογία αποζημίωση, εφόσον η τελευταία εννοιολογικά συνδέεται με την επίκληση και απόδειξη περιουσιακής ζημίας, ήτοι διαφοράς μεταξύ της περιουσιακής κατάστασης κατόπιν της επέλευσης του ζημιογόνου γεγονότος και εκείνης που θα υπήρχε χωρίς το τελευταίο, διότι η αναπηρία ή η παραμόρφωση ως τοιαύτη δεν σημαίνει κατ' ανάγκη πρόκληση στον παθόντα περιουσιακής ζημίας. Ειδικότερα, δεν μπορεί να γίνει πρόβλεψη ότι η αναπηρία ή η παραμόρφωση θα προκαλέσει στον παθόντα συγκεκριμένη περιουσιακή ζημία, παρόλο που είναι βέβαιο ότι η αναπηρία ή η παραμόρφωση, ανάλογα με το βαθμό της και τις λοιπές συντρέχουσες περιστάσεις (π.χ. ηλικία, φύλο, κλίσεις και επιθυμίες του παθόντος ασθενή), θα έχει δυσμενή επίδραση στην κοινωνική – οικονομική εξέλιξη τούτου, κατά τρόπο όμως που δεν δύναται επακριβώς να προσδιορισθεί. Η δυσμενής αυτή επίδραση είναι δεδομένη και, επομένως, δεν δικαιολογείται εμμονή στην ανάγκη προσδιορισμού του ειδικού τρόπου της επιδράσεως αυτής και των συνεπειών της στο κοινωνικό – οικονομικό μέλλον του παθόντος. Συνεπώς, προέχον και κρίσιμο είναι το γεγονός της αναπηρίας ή της παραμόρφωσης ως βλάβης του σώματος ή της υγείας του προσώπου, δηλαδή ως ενός αυτοτελούς έννομου αγαθού, που απολαύει και συνταγματικής προστασίας σύμφωνα με τις παραγράφους 3 και 6 του άρθρου 21 του Συντάγματος, όχι μόνο στις σχέσεις των πολιτών προς το Κράτος, αλλά και στις μεταξύ των πολιτών σχέσεις, χωρίς αναγκαία η προστασία αυτή να συνδέεται με αδυναμία πορισμού οικονομικών ωφελημάτων ή πλεονεκτημάτων. Έτσι, ορθότερη κρίνεται η ερμηνεία της διατάξεως του άρθρου 931 ΑΚ, σύμφωνα με την οποία προβλέπεται από τη διάταξη αυτή η επιδίκαση στον παθόντα αναπηρία ή παραμόρφωση ενός εύλογου χρηματικού ποσού ακριβώς λόγω της αναπηρίας ή της παραμόρφωσης, χωρίς σύνδεση με συγκεκριμένη περιουσιακή ζημία, η οποία άλλωστε και δεν δύναται να προσδιορισθεί.

¹⁶⁹ ΑΠ 209/2017, ΑΠ 405/2015, ΑΠ 150/2015, ΑΠ 150/2014 Νόμος

Επομένως, το ποσό που δικαιούται ο παθών ασθενής κατά το άρθρο 931 ΑΚ, δεν υπολογίζεται με τα μέτρα της αποζημίωσης, αλλά εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του εκάστοτε δικαστή να το καθορίσει κατά δίκαιη κρίση σε εύλογο χρηματικό ποσό («οιονεί εύλογη αποζημίωση»¹⁷⁰), με βάση αφενός το είδος, την έκταση και τις συνέπειες της αναπηρίας ή παραμόρφωσης του παθόντος από τη διενεργηθείσα οδοντιατρική πράξη και αφετέρου την ηλικία, το φύλο, τις κλίσεις του παθόντος καθώς και τον βαθμό συνυπαιτιότητάς του (π.χ. μη τήρηση της προτεινόμενης από τον θεράποντα οδοντίατρο θεραπευτικής αγωγής – 300 ΑΚ). Είναι πρόδηλο ότι η κατά τη διάταξη του άρθρου 931 ΑΚ αξίωση για αποζημίωση λόγω αναπηρίας ή παραμόρφωσης είναι διαφορετική αφενός από την κατά τη διάταξη του άρθρου 929 ΑΚ αξίωση αποζημίωσης για διαφυγόντα εισοδήματα του παθόντος, που κατ' ανάγκη συνδέεται με επίκληση και απόδειξη συγκεκριμένης περιουσιακής ζημίας, λόγω της ανικανότητας του παθόντος προς εργασία, αφετέρου από την κατά τη διάταξη του άρθρου 932 ΑΚ αξίωση για χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης. Ωστόσο, σημειωτέον είναι το γεγονός ότι όλες οι ανωτέρω αξιώσεις, σύμφωνα με την άποψη της νομολογίας, δύνανται να ασκηθούν είτε σωρευτικά είτε μεμονωμένα, αφού πρόκειται για αυτοτελείς αξιώσεις και η θεμελίωση κάθε μιας από αυτές δεν προϋποθέτει αναγκαία την ύπαρξη και των υπολοίπων¹⁷¹¹⁷².

Μάλιστα, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 932 ΑΚ ο οδοντίατρος, ο οποίος είναι ο υπεύθυνος περί αδικοπραξίας¹⁷³, ευθύνεται για την ηθική βλάβη που προξένησε στο θύμα - ασθενή του. Η χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης αποσκοπεί κυρίως στην ανακούφιση του «αδικηθέντος» από τη λύπη, τη στενοχώρια ή τον πόνο που του προκάλεσε η προσβολή ενός αγαθού μη αποτιμητού σε χρήμα, αλλά και οιοδήποτε άλλου αγαθού, το οποίο εκτός από την περιουσιακή του αξία έχει για τον δικαιούχο του και ιδιαίτερη ψυχολογική αξία. Με τη χρηματική ικανοποίηση το θύμα αποκτά την οικονομική δυνατότητα να απολαύσει ορισμένα αγαθά, με άμεση απόρροια να υποβοηθείται να εξισορροπήσει τις δυσμενείς ψυχολογικές καταστάσεις που του δημιουργήθηκαν με την αδικοπραξία και να ξεπεράσει ή έστω

¹⁷⁰Μαργαρίτης Μ – Μαργαρίτη Α., Επιτομή Ερμηνεία Αστικού Κώδικα και ΕισΝΑΚ, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2016, σ. 852

¹⁷¹ΑΠ 158/2016, ΑΠ 150/2015, ΑΠ 72/2012, Νόμος

¹⁷²Εκ της δικονομικής απόψεως, η ζημία του άρθρου 931 ΑΚ, ως εκ της φύσεώς της και του μελλοντικού της χαρακτήρα, δεν είναι δυνατόν, και, επομένως, ούτε νομικώς αναγκαίο να συγκεκριμενοποιείται και να καθορίζεται με ακρίβεια, αλλά αρκεί να είναι βεβαία με βάση τα δεδομένα της κοινής πείρας και κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων (ΑΠ 135/2013 και 1355/2011).

¹⁷³Π.χ. αν ένα θεραπευτικό σχήμα απέτυχε επειδή ο οδοντίατρος έκανε κακή χειρουργική εκτίμηση - τοποθέτηση ή κακή προσθετική κατασκευή ή επειδή δεν έλεγξε αν ο συγκεκριμένος ασθενής συγκέντρωνε τις απαραίτητες ενδείξεις.

να νιώσει ως «ελαφρότερη» την ηθική βλάβη που του προκλήθηκε. Μάλιστα, στην περίπτωση θανάτωσης λόγω παράνομης και υπαίτιας οδοντιατρικής πράξης, η επιδικασθείσα από το δικαστήριο χρηματική ικανοποίηση, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 932 εδ. γ' ΑΚ, αφορά την οικογένεια του θύματος λόγω της ψυχικής οδύνης, την οποία τα τελευταία βιώνουν. Για τον προσδιορισμό του ύψους της εν λόγω χρηματικής ικανοποίησης το δικαστήριο θα πρέπει να λάβει υπόψη του κυρίως το είδος της προσβολής, τη βαρύτητα της βλάβης, τις συνθήκες τέλεσης της αδικοπραξίας, το βαθμό πταίσματος του υπευθύνου οδοντιάτρου, την ιδιαίτερη προσωπική κατάσταση του θύματος - ασθενή, τη συμπεριφορά του υπευθύνου οδοντιάτρου μετά την τέλεση της αδικοπραξίας, την οικονομική και κοινωνική κατάσταση των μερών κ.λπ.¹⁷⁴.

Επιπροσθέτως, σημειωτέα είναι η υπ' αριθμόν 10/2015 απόφαση του Ειρηνοδικείου Ελευσίνας¹⁷⁵, κατά την οποία κρίθηκε ότι η εναγόμενη - οδοντίατρος, απο αμέλεια της, ήτοι από έλλειψη της προσοχής, την οποία όφειλε από τις περιστάσεις και μπορούσε να επιδείξει και την οποία θα επιδείκνυε ο μέσος συνετός ιατρός υπό τις ίδιες συνθήκες, δεν τήρησε τους κοινώς παραδεδεγμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης, αφού κατά την εκτέλεση των οδοντιατρικών καθηκόντων της παραβίασε την υποχρέωση της επιμέλειας να ενεργεί κατά τους θεμελιώδεις κανόνες της επιστήμης της. Ειδικότερα, όσον αφορά την προετοιμασία των υπ' αριθμόν 11, 21 και 22 δοντιών της ενάγουσας - ασθενούς για την τοποθέτηση κεραμικών όψεων, η εναγόμενη - οδοντίατρος τρόχιζε τις επιφάνειες αυτών ως το βάθος της οδοντίνης ουσίας, με αποτέλεσμα να μην είναι πλέον δυνατή η συγκόλληση κεραμικών όψεων και να απαιτείται τοποθέτηση κεραμικών στεφανών για την αποκατάσταση των δοντιών της ενάγουσας - ασθενούς, υπό την έννοια της κακής εφαρμογής της εν λόγω θεραπείας στην τελευταία.

Περαιτέρω, εγκατέλειψε την ασθενή για χρονικό διάστημα πλέον του διμήνου, αφήνοντας, παράλληλα, τα υπό θεραπεία δόντια αυτής εκτεθειμένα στο στοματικό περιβάλλον, κατά παράβαση της αυτονόητης υποχρέωσης, η οποία απορρέει από τη διάταξη του άρθρου 24 του Α.Ν. 1565/1939, το οποίο διατηρήθηκε σε ισχύ κατά το άρθρο 47 ΕισΝΑΚ. Συνεπώς, εκ της ανωτέρω παράνομης και υπαίτιας συμπεριφορά της εν λόγω οδοντιάτρου, η οποία αποτελεί, εν προκειμένω, αδικοπραξία, η ασθενής υπέστη ζημία, που συνίσταται στη βλάβη της υγείας των δοντιών της, για την αποκατάσταση της οποίας χρειάστηκε να προβεί σε δαπανηρή αποκατάσταση. Περαιτέρω, αποδείχθηκε ότι η ασθενής, πέρα από τη βλάβη της υγείας της,

¹⁷⁴Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό, Ι, 2002, σ. 653

¹⁷⁵ΕιρΕλευσ 10/2015 Νόμος

εξαιτίας της προαναφερθείσας συμπεριφοράς, δεν μπορούσε να κυκλοφορήσει, να εμφανισθεί στην εργασία της, στο ταχυφαγείο, το οποίο διατηρούσε στην Ελευσίνα, αλλά και να κάνει θερινές διακοπές, λόγω της εμφάνισης των τριών πρόσθιων δοντιών της άνω γνάθου της, με άμεση απόρροια να της επιδικαστεί από το αρμόδιο δικαστήριο και χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης.

Τέλος, αξίζει να γίνει μνεία της υπ' αριθμόν 1009/24.5.2013 Α.Π. αποφάσεως περί οδοντιατρικού σφάλματος¹⁷⁶, λόγω απώλειας όρασης του ασθενή από έγκαυμα του κερατοειδούς και του επιπεφυκότος αριστερού οφθαλμού του εξ υλικού, το οποίο χρησιμοποίησε ο οδοντίατρος κατά την διάρκεια οδοντιατρικής επέμβασης απονεύρωσης. Ειδικότερα, το Εφετείο δέχθηκε με την προσβαλλομένη απόφασή του ότι ενάγουσα επισκέφθηκε τον εναγόμενο που είναι οδοντίατρος, στο ιατρείο του για να υποβληθεί σε ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση) του δεύτερου αριστερού κοπτήρα της άνω γνάθου. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας απονεύρωσης, ο εναγόμενος έπρεπε να προβεί σε αποστείρωση του δοντιού χρησιμοποιώντας προς τούτο υδροξείδιο του ασβεστίου, το οποίο χρησιμοποιείται στην οδοντιατρική για την απολύμανση του δοντιού και διατίθεται για την χρήση αυτή σε μορφή σκόνης ή σε μορφή πάστας σε ειδικές πλαστικές σύριγγες για εύκολη τοποθέτηση. Επιπλέον, είναι υλικό υδατοδιαλυτό και εξαιρετικά καυστικό για τους ιστούς, ιδιαίτερα σε υγρό περιβάλλον, όπως το στόμα και ο οφθαλμός.

Εν προκειμένω, ο εναγόμενος οδοντίατρος χρησιμοποίησε για άγνωστο λόγο σύριγγα μεταλλική, αντί της ειδικής κατά τα ανωτέρω πλαστικής σύριγγας, στην προσπάθειά του δε να εκχύσει το υλικό αυτό στο δόντι της εναγούσης, η οποία καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης καθόταν σε ημιύπτια θέση στο ειδικό οδοντιατρικό κάθισμα, απέτυχε. Κατόπιν αυτού αναζήτησε άλλη σύριγγα από την βοηθό του και αφού δεν βρέθηκε, επιχείρησε να εκχύσει το υλικό στο δόντι με την ίδια σύριγγα. Παρότι όμως γνώριζε λόγω της ιδιότητάς του, ότι το υλικό αυτό πήζει εύκολα και είναι ιδιαίτερα καυστικό και ότι η μεταλλική σύριγγα που χρησιμοποιούσε δεν ήταν κατάλληλη, εφόσον ο ίδιος είχε αναζητήσει να χρησιμοποιήσει άλλη αντί αυτής, δεν φρόντισε να βεβαιωθεί, πριν προβεί στην δεύτερη προσπάθεια, ότι η σύριγγα λειτουργεί κανονικά και ότι το υλικό ρέει και δεν έχει πήξει, επιχειρώντας χρήση της σε ασφαλές περιβάλλον, μακράν της εναγούσης, όπως θα έπραττε υπό τις ίδιες συνθήκες και με τα ίδια μέσα ο μέσος συνετός και επιμελής οδοντίατρος κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων, ώστε να διαφυλάξει

¹⁷⁶ ΑΠ 1009/2013, Α' ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ Νόμος, Ε7 2014/428

την υγεία της ασθενούς του, όπως είχε υποχρέωση από τον κώδικα ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος (άρθρο 24 Α.Ν. 1565/1939). Αντίθετα, επιχείρησε για δεύτερη φορά την έκχυση, χωρίς να λάβει τα προαναφερόμενα μέτρα και χωρίς έστω να προειδοποιήσει την ενάγουσα να κρατήσει κλειστούς τους οφθαλμούς της, ασκώντας μεγάλη πίεση στην σύριγγα λόγω της προηγούμενης δυσλειτουργίας αυτής, αλλά και της εν τω μεταξύ πήξεως του υλικού, με αποτέλεσμα το υλικό να εκτοξευτεί με δύναμη και να εισέλθει στον αριστερό οφθαλμό της εναγούσης, προκαλώντας της σωματική βλάβη και συγκεκριμένα έγκαυμα του κερατοειδούς και του επιπεφυκότος. Σύμφωνα με τα περιστατικά αυτά το Εφετείο έκρινε ότι αποκλειστικώς υπαίτιος της σωματικής βλάβης της εναγούσης είναι ο εναγόμενος, ο οποίος παρέλειψε από αμέλεια να προβεί στις προαναφερόμενες ενέργειες, στις οποίες αν είχε προβεί δεν θα είχε επέλθει το ζημιογόνο αποτέλεσμα.

Εν συνεχεία, το Α2΄ Πολιτικό Τμήμα του Αρείου Πάγου έκρινε ότι το Εφετείο ορθά ερμήνευσε και εφάρμοσε τις διατάξεις των άρθρων 914 Α.Κ. και 24 Α.Ν. 1565/1939. Πράγματι, το εν λόγω Τμήμα παρατήρησε ότι κατά το άρθρο 931 Α.Κ. «Η αναπηρία ή η παραμόρφωση που προξενήθηκε στον παθόντα λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη κατά την επιδίκαση της αποζημίωσης, αν επιδρά στο μέλλον του». Από την διάταξη αυτήν, σε συνδυασμό με εκείνες των άρθρων 298, 299, 914, 929 και 932 Α.Κ. προκύπτει, ότι η αναπηρία ή η παραμόρφωση που προξενείται στον παθόντα από αδικοπρακτική συμπεριφορά, είναι δυνατόν να θεμελιώσει και αυτοτελή αξίωση αποζημιώσεως, αν επιδρά δυσμενώς στο οικονομικό μέλλον αυτού και του προκαλεί ζημία, η οποία δεν εμπίπτει στις διατάξεις των άρθρων 929 και 932 Α.Κ. Η ζημία δε αυτή, ως εκ της φύσεώς της και του μελλοντικού χαρακτήρος της, δεν είναι δυνατόν και, επομένως, ούτε νομικώς αναγκαίο να συγκεκριμενοποιείται και να καθορίζεται με ακρίβεια, αλλά αρκεί να είναι βεβαία με βάση τα δεδομένα της κοινής πείρας και κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων¹⁷⁷.

Στην προκειμένη περίπτωση, η αναιρεσίβλητη ασθενής εξέθεσε στην ένδικη αγωγή της, σχετικά με το κεφάλαιο της αποζημιώσεώς της κατά την διάταξη του άρθρου 931 Α.Κ., ότι, σύμφωνα με τις προβλέψεις των θεραπόντων ιατρών της, οι ελπίδες αποκαταστάσεως ή έστω βελτιώσεως της καταστάσεως της υγείας της είναι ανύπαρκτες ή τουλάχιστον μηδαμινές, ότι, λόγω της προελθούσης από το ένδικο συμβάν ανωτέρω σοβαρότατης βλάβης της υγείας της, θα παραμείνει ανάπηρη (χωρίς όραση στον αριστερό οφθαλμό) εφόρου ζωής, έχοντας ανάγκη φροντίδας και υποστηρίξεως από τρίτα πρόσωπα, ότι πάσχει από την ημέρα του τραγικού

¹⁷⁷ Α.Π. 1355/2011

συμβάντος από σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ότι μετά δυσκολίας θα δύναται να εξασκήσει το επάγγελμα της κοινωνικής λειτουργού, ότι μειονεκτεί και θα μειονεκτεί εφόρου ζωής στις οικογενειακές, κοινωνικές κ.λ.π. συναναστροφές της, με αποτέλεσμα να δικαιούται χρηματικής αποζημίωσης, η οποία, πράγματι, επιδικάστηκε από το προαναφερθέν Εφετείο Αθηνών με την υπ' αριθμόν 2591/2010 απόφασή του για το ποσό ύψους 30.000 ευρώ (και όχι του αιτηθέντος από την ασθενή ποσού ύψους 200.000 ευρώ). Συνεπώς, το Δικαστήριο του Αρείου Πάγου, απέρριψε την αναίρεση της εν λόγω αποφάσεως, κρίνοντας ως ορθές, σαφείς και επαρκείς τις αιτιολογίες του Δευτεροβάθμιου Δικαστηρίου.

8. ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Κατ' αρχήν, η ευθύνη του οδοντίατρου ρυθμίζεται ως προς ορισμένα ζητήματα και από τη διάταξη του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας των καταναλωτών», όπως τροποποιήθηκε με τη διάταξη του άρθρου 10 του Ν. 3587/2007. Σύμφωνα με την κρατούσα¹⁷⁸ άποψη στη θεωρία¹⁷⁹, το άρθρο 8 του εν λόγω νόμου αποτελεί εξειδίκευση της αδικοπρακτικής ευθύνης του άρθρου 914 ΑΚ, καθώς οι προϋποθέσεις τους ταυτίζονται (παρανομία, υπαιτιότητα, ζημία και αιτιώδης συνάφεια). Ωστόσο, το άρθρο 8 του ανωτέρω νόμου ρυθμίζει ορισμένα ειδικά θέματα αδικοπρακτικής ευθύνης του παρέχοντα οδοντιατρικές υπηρεσίες, με άμεση απόρροια, εφόσον η παροχή υπηρεσιών πραγματοποιείται εντός του με τα ειδικότερα γνωρίσματα πεδίου εφαρμογής της διάταξης, η αδικοπρακτική ευθύνη του παρέχοντα υπηρεσίες οδοντίατρου να υπόκειται στις ειδικές ρυθμίσεις του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994. Μάλιστα, λόγω της προσέγγισης αυτής επιτρέπεται η παράλληλη εφαρμογή των διατάξεων της αδικοπρακτικής ευθύνης (άρθρο 914επ. ΑΚ), εφόσον δεν αντίκεινται στο προαναφερθέν 8 άρθρο.

Ειδικότερα σύμφωνα με το άρθρο 8 παρ. 1 εδ. α' του Ν. 2251/1994 ορίζεται ότι «Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψη του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή» ενώ, παράλληλα, σύμφωνα με το άρθρο 8 παρ. 1 εδ. β' του Ν. 2251/1994 προβλέπεται ότι «Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας, παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο». Περαιτέρω, ουδέποτε αμφισβητήθηκε από την Ελληνική θεωρία η ένταξη της οδοντιατρικής και εν γένει ιατρικής ευθύνης στη ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994, καθώς αποτελεί, ενδεχομένως, τη χαρακτηριστικότερη περίπτωση παροχής υπηρεσιών στο πλαίσιο επαγγελματικής δραστηριότητας με ανεξάρτητο τρόπο. Πράγματι, σύμφωνα με την απολύτως κρατούσα άποψη

¹⁷⁸ Αντίθετη άποψη υποστηρίζει ότι πρόκειται για τον θεμελιώδη ιδρυτικό της ευθύνης κανόνα δικαίου, θέτοντας τα στοιχεία του πραγματικού, ήτοι ότι είναι μια αυτοτελής νόμιμη βάση και όχι μια διάταξη με απλώς καθοδηγητικό χαρακτήρα, μια ευθύνη εκ του νόμου, όπου νόμιμος λόγος είναι η ζημιολόγος παροχή υπηρεσίας καθαυτή. Μάλιστα, υπογραμμίζει ότι δεν απαιτείται ως προϋπόθεση για την εφαρμογή της διάταξης η ύπαρξη συμβατικής σχέσης μεταξύ ζημιώσαντα - οδοντίατρου και ζημιωθέντα - ασθενή αλλά αρκεί η επέλευση της ζημίας να συνδέεται αιτιωδώς με την παροχή υπηρεσιών, ανεξαρτήτως από το εάν αυτή η παροχή αποτελεί περιεχόμενο της μεταξύ τους σύμβασης.

¹⁷⁹ Φουντεδάκη και Δέλλιος

σε Ελληνική και Γερμανική νομολογία, συνάγεται ότι στο πεδίο εφαρμογής του εμπίπτουν και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες, διότι αφενός ο παρέχων αυτές οδοντίατρος ενεργεί κατά τρόπο ανεξάρτητο, ήτοι δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του αποδέκτη των υπηρεσιών, δηλαδή του ασθενούς, αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του¹⁸⁰ αφετέρου η άσκηση της οδοντιατρικής έχει ως αντικείμενο πράξεις που συνιστούν επενέργεια στον ανθρώπινο οργανισμό, οι οποίες δύνανται να βλάψουν τα έννομα αγαθά της σωματικής ακεραιότητας, της προσωπικότητας, της περιουσίας καθώς και της ίδιας της ζωής. Τα ανωτέρω ισχύουν για όλες τις επεμβάσεις, από την απλή εξαγωγή μέχρι τις σύνθετες γναθοχειρουργικές επεμβάσεις, στις οποίες πρέπει να υπαχθεί και η τοποθέτηση εμφυτευμάτων¹⁸¹.

Μάλιστα, σύμφωνα με το άρθρο 1 παρ. 4 του Ν. 2251/1994 ως «καταναλωτής» θεωρείται ο τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών, ήτοι κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο ή ενώσεις προσώπων χωρίς νομική προσωπικότητα για τα οποία προορίζονται τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες που προσφέρονται στην αγορά και τα οποία κάνουν χρήση των προϊόντων ή των υπηρεσιών αυτών, εφόσον αποτελούν τον τελικό αποδέκτη τους, με άμεση απόρροια ο ασθενής, στον οποίον παρέχεται η οδοντιατρική υπηρεσία, να συνιστά καταναλωτή και να εντάσσεται στις ρυθμίσεις του εν λόγω νόμου. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 8 παρ. 2 του Ν. 2251/1994 ορίζεται ότι «Δεν είναι υπηρεσία, με την έννοια αυτού του άρθρου, παροχή η οποία έχει ως άμεσο και αποκλειστικό αντικείμενο την κατασκευή προϊόντων ή τη μεταβίβαση εμπορευμάτων δικαιωμάτων ή δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας».

Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 8 παρ. 3 του Ν. 2251/1994 «Ο ζημιωθείς υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας», ενώ, παράλληλα, σύμφωνα με το άρθρο 8 παρ. 4 του Ν. 2251/1994, ο παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης για την έλλειψη παρανομίας και υπαιτιότητάς του. Συγκεκριμένα, ο νόμος προβλέπει ότι για την έλλειψη υπαιτιότητας λαμβάνονται υπόψη η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και το σύνολο των ειδικών συνθηκών και ιδίως: α) η φύση και το αντικείμενο της υπηρεσίας, ιδίως σε σχέση με το βαθμό επικινδυνότητας της, β) η παρουσίαση και ο τρόπος παροχής της, γ) ο χρόνος παροχής της, δ) η αξία της παρεχόμενης

¹⁸⁰ ΑΠ 687/2013, ΑΠ 1009/2013 Νόμος, ΑΠ 1227/2007 Νόμος

¹⁸¹ Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003 σελ. 308, BGH NJW 1975, 305, OLG Frankfurt VersR 1982, 502, OLG Köln VersR 1986, 300, Laufs/Uhlenbruck, § 39 αρ. 17επ., Deutsch, Medizinrecht, 30

υπηρεσίας, ε) η ελευθερία δράσης που καταλείπεται στον ζημιωθέντα στο πλαίσιο της υπηρεσίας, στ) αν ο ζημιωθείς ανήκει σε κατηγορία μειονεκτούντων ή ευπρόσβλητων προσώπων και ζ) αν η παρεχόμενη υπηρεσία αποτελεί εθελοντική προσφορά του παρέχοντος αυτήν. Μάλιστα, η ύπαρξη ή η δυνατότητα παροχής τελειότερης υπηρεσίας κατά το χρόνο παροχής της συγκεκριμένης υπηρεσίας ή μεταγενέστερα δεν θεμελιώνει χωρίς άλλο λόγο υπαιτιότητα, ενώ, συγχρόνως, οι διατάξεις για τη συνυπευθυνότητα, τη μείωση ή άρση της ευθύνης και την απαγόρευση απαλλακτικών ρητρών των παραγράφων 10, 11 και 12 του άρθρου 6 του εν λόγω νόμου εφαρμόζονται αναλογικά και στην ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες οδοντιάτρου.

Συνεπώς, όπως προαναφέρθηκε, οι προϋποθέσεις διαπίστωσης της αδικοπραξίας εκ μέρους του οδοντιάτρου δεν διαφέρουν από εκείνες, η συνδρομή των οποίων απαιτείται για την εφαρμογή της διάταξης του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας των καταναλωτών», η οποία εφαρμόζεται μεταξύ άλλων περιπτώσεων και επί ιατρικής- οδοντιατρικής ευθύνης λόγω αδικοπραξίας, δεδομένου ότι ο οδοντίατρος παρέχει τις υπηρεσίες του στον ασθενή κατά τρόπο ανεξάρτητο χωρίς να υπακούει σε υποδείξεις ή στις οδηγίες του τελευταίου. Η συγκεκριμένη διάταξη λειτουργεί ως ειδικότερος κανόνας, ο οποίος εντασσόμενος στο γενικότερο σύστημα θεμελίωσης της αστικής ευθύνης διαμορφώνει την ενοχή που καταλαμβάνεται από αυτόν κατά τρόπο, ώστε κύριο χαρακτηριστικό της να είναι η απομάκρυνση από την αρχή της υποκειμενικής ευθύνης με την αντιστροφή του σχετικού βάρους απόδειξης¹⁸². Ειδικότερα, σύμφωνα με τις προβλέψεις του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 καθιερώνεται νόθος αντικειμενική ευθύνη, ήτοι υποκειμενική ευθύνη με αντεστραμμένο το βάρος απόδειξης της υπαιτιότητας και του παρανόμου. Πρόκειται, για μια προωθημένη μορφή νόθου αντικειμενικής ευθύνης με σοβαρή αποδεικτική διευκόλυνση για τον ζημιωθέντα ασθενή, καθώς τεκμαίρεται όχι μόνο η υπαιτιότητα του παρέχοντος υπηρεσίες οδοντιάτρου αλλά και η αντικειμενική πλημμέλεια της συμπεριφοράς του - παρανομία¹⁸³.

Σκοπός καθιέρωσης της νόθου αντικειμενικής ευθύνης αποτελεί η διευκόλυνση του ασθενή ως προς την απόδειξη γεγονότων, τα οποία βρίσκονται εκτός της σφαίρας επιρροής του, καθώς του παρέχεται ένα ισχυρό δικονομικό όπλο, υποχρεώνοντας έμμεσα τους παρέχοντες

¹⁸² ΑΠ 1227/2007, ΠΠΡ ΘΕΣ. 24582/2008, ΤΝΠ Νόμος, ΠΠΡ ΘΕΣΣΑΛ. 24772/2010 ΤΝΠ Νόμος, Γεωργιάδης σ. 655 Ενοχικό Δίκαιο Γενικό Μέρος, εκδ. 1999, ΠΠΡ ΑΘ 1957/2011 ΤΝΠ Νόμος

¹⁸³ Σταθοπούλος Μ., Χιωτέλλης Α., Αυγουστιανάκης Μ., Κοινοτικό Αστικό Δίκαιο Ι, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1995, σ. 161 - 170

οδοντιατρικές υπηρεσίες να επιδεικνύουν μεγαλύτερη επιμέλεια σε οιοδήποτε αφορά την ασφάλεια των υπηρεσιών τους. Βέβαια, ο ζημιωθείς ασθενής υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας, απόδειξη δυσχερής για τον τελευταίο, καθώς ο εκάστοτε οδοντίατρος δύναται να υποστηρίξει στις κατηγορίες εναντίον του ότι η πραγματοποιηθείσα βλάβη ήταν αναπόφευκτη ως φυσική πορεία της ασθένειας. Συγκεκριμένα, ο ζημιωθείς οφείλει να αποδείξει αφενός την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών, χωρίς να είναι αναγκαία η απόδειξη ύπαρξης συμβατικής σχέσης, αφετέρου το γεγονός ότι υπέστη περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη από τις ενέργειες του οδοντιάτρου καθώς και τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ παροχής και ζημίας, ήτοι ότι το είδος των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν είναι γενικώς ικανό να συνδεθεί αιτιωδώς με την πρόκληση ζημιών, όπως αυτή που προκλήθηκε.

Ωστόσο, δεν απαιτείται εκ μέρους του καταναλωτή η απόδειξη συγκεκριμένης ζημιολογίας πράξης ή παράλειψης, ήτοι συγκεκριμένου οδοντιατρικού σφάλματος του παρέχοντος, το οποίο επέφερε τη ζημία. Από την αντίθετη πλευρά, ο παρέχων υπηρεσίες οδοντίατρος, προκειμένου να απαλλαγεί από την ευθύνη, οφείλει να αποδείξει είτε ότι η πράξη του ή η παράλειψή του ήταν σύμνομη, ήτοι σύμφωνη με τους κανόνες του νόμου - επίστημής του, τηρουμένων όλων των απαραίτητων υποχρεώσεων πρόνοιας, και ότι δεν υπέδειξε πταίσμα στην συμπεριφορά του, με αποτέλεσμα η συμπεριφορά του να μην είναι παράνομη κι υπαίτια, είτε ότι δεν υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της ζημίας και της παράνομης και υπαίτιας πράξης του, είτε ότι συντρέχει κάποιος λόγος που αίρει ή περιορίζει την ευθύνη του κατά την παράγραφο 6 του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994.

Η ρύθμιση αυτή για τα αποδεικτέα θέματα και την κατανομή του σχετικού βάρους απόδειξης ισχύει και στην περίπτωση της εις ολόκληρον ευθύνης περισσότερων οδοντιάτρων για την ίδια ζημία, όπως προκύπτει από τις πιο πάνω διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 και από την αναλογικώς, κατά την παρ. 6 του ίδιου άρθρου, εφαρμοζόμενη και στην ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες, διάταξη του άρθρου 6 παρ. 10 του νόμου αυτού, σε συνδυασμό με τις, επίσης αναλογικώς εφαρμοζόμενες, διατάξεις των άρθρων 481 επομ. 926 και 927 ΑΚ¹⁸⁴.

Σημειωτέον το γεγονός ότι υποστηρίζεται¹⁸⁵ σε περιπτώσεις παροχής υπηρεσιών, οι οποίες από τη φύση τους συνδέονται με απρόβλεπτες παραμέτρους, ότι η αντιστροφή του βάρους

¹⁸⁴ ΑΠ 974/2014, ΑΠ 1227/2007

¹⁸⁵ Καράκωστας Ι., Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, Ν.2251/1994

απόδειξης του άρθρου 8 παρ. 4 του Ν. 2251/1994 τείνει πρακτικά να εκμηδενίσει τη σημασία του πταισματικού στοιχείου της παρ. 1 του ιδίου άρθρου και να οδηγήσει σε μία συγκαλυμμένη ευθύνη από διακινδύνευση διότι, με την αντιστροφή αυτή, ο παρέχων τις υπηρεσίες οδοντίατρος καταλήγει να ευθύνεται και για την ασάφεια των ορίων μεταξύ υπαίτιας και τυχαίας ή αναπόφευκτης αποτυχίας των υπηρεσιών του. Ωστόσο, υπάρχει σωρεία οδοντιατρικών πράξεων, οι οποίες συνδέονται με παραμέτρους μη προβλέψιμες σε όλη τους την έκταση, όπως ενδεικτικά αναφέρεται η εξέλιξη μιας χειρουργικής οδοντιατρικής επέμβασης, κατά την οποία είναι δύσκολη η απόδειξη ανυπαρξίας πταίσματος. Στις περιπτώσεις αυτές, στις οποίες η αιτία της ζημίας κινείται στα δυσδιάκριτα όρια ανάμεσα στο προβλέψιμο και το απρόβλεπτο τμήμα των αντιδράσεων του ανθρώπινου οργανισμού, θα είναι δυσχερέστατη για το οδοντίατρο, αν όχι αδύνατη, η απόδειξη της ανυπαρξίας πταίσματός του, με άμεση απόρροια το ενδεχόμενο συνδρομής αποδεικτικών δυσχερειών και από την πλευρά του ζημιωθέντος ασθενούς να μην μπορεί να οδηγεί αυτόματα στην εν αμφιβολία υπαιτιότητα της άλλης πλευράς για κάθε πιθανή ζημία από την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος.

Πράγματι, κατά μία υποστηριχθείσα άποψη, το παράδειγμα της οδοντιατρικής ευθύνης αναδεικνύει χαρακτηριστικά την ανελαστικότητα του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994, καθώς σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις οι οδοντιατρικές πράξεις τελούν πράγματι υπό τον απόλυτο έλεγχο του οδοντίατρου, ώστε να δικαιολογείται το τεκμήριο υπαιτιότητάς του, όπως ενδεικτικά αναφέρονται οι περιπτώσεις ζημίας από ακατάλληλο οδοντιατρικό εξοπλισμό, από μετάγχιση ακατάλληλου αίματος ή από έλλειψη οργάνωσης της οδοντιατρικής μονάδας. Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι ο οδοντίατρος, προκειμένου να αντιμετωπίσει το σε βάρος του τεκμήριο θα κατέληγε στη λύση είτε της αμυντικής οδοντιατρικής είτε της άρνησης ανάληψης περιπτώσεων με ελαττωμένες πιθανότητες επιτυχίας ή εγκατάλειψης ορισμένων ειδικοτήτων από τους οδοντιάτρους, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως υψηλού κινδύνου για αγωγές αποζημίωσης¹⁸⁶ αστικής ευθύνης, όπως ενδεικτικά αναφέρεται η χειρουργική οδοντιατρική. Συμπερασματικά, είναι ορθότερο να περιοριζόταν η εμβέλεια της ρύθμισης αυτής του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 μόνο σε περιπτώσεις ζημιών η εξέλιξη των οποίων τελεί υπό τον πλήρη έλεγχο του οδοντίατρου, ώστε και το τεκμήριο της υπαιτιότητάς του να παρίσταται δικαιολογημένο.

¹⁸⁶ Αγαλλοπούλου – Ζεργιογιάννη Π., Η σημασία της συναίνεσης του τραυματισμένου σε χειρουργική επέμβαση κατά το αστικό δίκαιο, Αφιέρωμα στον Α. Λιτζερόπουλο, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1985, σ. 25 - 37

9. ΒΟΗΘΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗΣ

Κατ' αρχήν, μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία για τον βοηθό ή βοηθούς του οδοντιατρικού επαγγέλματος¹⁸⁷. Μάλιστα, ο ορθός εννοιολογικός όρος δεν είναι αυτός του πολλές φορές χρησιμοποιείται ή/και δυστυχώς υιοθετείται από ορισμένους, οι οποίοι ευλόγως δε δύνανται να διακρίνουν τις δυσδιάκριτες εννοιολογικές γραμμές καθώς και τις επιπτώσεις μιας πλημμελούς απόδοσης του εν λόγω ορισμού. Ειδικότερα, λόγω του γεγονότος ότι ένας ορισμός είναι ορθός όταν μπορεί να περιγράψει επαρκώς τα καθήκοντα, τις υποχρεώσεις και τις ασχολίες του εκάστοτε επαγγελματία, συνάγεται ότι ο γενικός ορισμός του «Βοηθού/οί Οδοντιατρικού Επαγγέλματος», εμπεριέχει τον βοηθό Οδοντιατρείου, τον βοηθό Οδοντιάτρου και τον Οδοντοϋγεινολόγο, επαγγελματιών, οι οποίοι απασχολούνται σε διαφορετικά αντικείμενα.

Ειδικότερα, ο βοηθός Οδοντιατρείου ασχολείται με γενικά καθήκοντα του εν λόγω επαγγέλματος, όπως, ενδεικτικώς, αναφέρεται το κλείσιμο των ραντεβού, την παραγγελία και παραλαβή υλικών, την αποστολή και παραλαβή από τον τεχνίτη των απαιτούμενων μέτρων, την καθοδήγηση των ασθενών και την αποστολή πληροφοριακών έντυπων. Επιπλέον, ο βοηθός Οδοντιάτρου έχει βοηθητικό/υποστηρικτικό ρόλο του Οδοντιάτρου αποκλειστικά στο χώρο του Οδοντιατρείου, αποτελώντας τα «υπόλοιπα δύο χέρια του» στην άσκηση της Οδοντιατρικής. Συνεπώς, απαιτείται να έχει λάβει ειδική εκπαίδευση και να κατέχει γνώσεις των τεχνικών, των εργαλείων, και των υλικών, τα οποία ο οδοντίατρος χρησιμοποιεί, ενώ, παραλλήλως, οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος για τους κανόνες αφενός υγιεινής και αποστείρωσης των εν λόγω εργαλείων και υλικών αφετέρου αντισηψίας χειρουργικού ή μη χειρουργικού πεδίου. Μάλιστα, ως Οδοντοϋγεινολόγος θεωρείται το άτομο, το οποίο γνωρίζει καλά τους στοματικούς ιστούς και έχει λάβει ικανοποιητική ιατρική εκπαίδευση, με αποτέλεσμα να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πράξεις ρουτίνας όπως, ενδεικτικά, αναφέρεται ο καθαρισμός, η παροχή οδηγιών στοματικής υγιεινής, η λήψη ακτινογραφιών, η λήψη ενδοστοματικών καταγραφών, η διενέργεια λεύκανσης, η αφαίρεση ορθοδοντικών αγκυλών και η λήψη συναφών απλών μέτρων.

Ωστόσο, στην πράξη, πολλοί οδοντίατροι και νομικοί συγχέουν τους όρους και την αναγκαιότητα της ειδικής εκπαίδευσης, η οποία πρέπει να υπάρχει για κάθε μια από τις

¹⁸⁷www.osanet.gr/denthelp.asp?action=6

παραπάνω υπευθυνότητες, και ανατίθενται όλες μαζί σε άτομα, τα οποία, συνήθως, στερούνται της ορθής και επαρκούς εκπαίδευσης. Πολλές, μάλιστα, φορές ανατίθεται στα ανωτέρω πρόσωπα έργο, το οποίο μόνο ο οδοντίατρος δύναται και οφείλει να διεκπεραιώσει, αγνοώντας ότι με αυτόν τον τρόπο παρανομούν τόσο ως προς τους ασθενείς τους όσο και ως προς τους συναδέλφους τους. Μάλιστα, έργο τέτοια βαρύτητας μόνο φοιτητές και μάλιστα 4^{ου} ή 5^{ου} έτους θα μπορούσαν να εκτελέσουν, αν και η βασική ευθύνη συνεχίζει να βαραίνει για την τυχόν αμέλεια τον ίδιο τον οδοντίατρο. Η αμέλεια θα πάψει να βαραίνει τον ίδιο τον οδοντίατρο, μόνο στην περίπτωση που οι βοηθοί κατοχυρωθούν επαγγελματικά.

Σημειωτέον το γεγονός ότι η Οδοντιατρική Σχολή της Αθήνας εκπαιδεύει ένα περιορισμένο αριθμό ατόμων ως βοηθούς Οδοντιατρείου, δίνοντας τους όμως αρκετά στοιχεία για την χρησιμοποίηση τους σαν βοηθούς Οδοντιάτρου, στα πλαίσια της λειτουργίας των Δημοσίων Ιδρυμάτων Επαγγελματικής Κατάρτισης, ενώ παράλληλα, ο ίδιος ο Ο.Α.Ε.Δ. επιδοτεί την πρόσληψη τέτοιων ατόμων για κάποιο χρονικό διάστημα και, μάλιστα, παρέχοντας ένα σημαντικό χρηματικό ποσό.

Μάλιστα, αξίζει να γίνει ξεχωριστή μνεία και για τον επαγγελματία Οδοντοτεχνίτη. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 2 παράγραφο 1 του Π.Δ. 83/1989 περί των επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων οδοντοτεχνικής ορίζεται ότι *«Οι πτυχιούχοι του τμήματος Οδοντοτεχνικής της Σχολής Επαγγελματικών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ) των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις τους, απασχολούνται στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα όπως αυτός ορίζεται από τις διατάξεις που κάθε φορά ισχύουν, σε όλο το φάσμα των οδοντοτεχνικών και ορθοδοντικών κατασκευών καθώς και προσθετικών κατασκευών για αποκατάσταση ανωμαλιών της στοματικής κοιλότητας»*, ενώ, παράλληλα, σύμφωνα με το άρθρο 2 παράγραφο 2 του Π.Δ. 83/1989 προβλέπεται ότι *«οι παραπάνω πτυχιούχοι έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη μονάδων είτε ως αυτοαπασχολούμενοι, στα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες: α) Κατασκευή πάσης φύσεως οδοντοπροσθετικών εργασιών και ορθοδοντικών μηχανημάτων, όπως ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες, ένθετα, στεφάνες και γέφυρες, με τα εκάστοτε συγκεκριμένα υλικά, συνδέσμους ακριβείας (Attachments) σε κινητές προσθετικές εργασίες, ορθοδοντικά μηχανήματα και προσθετικές εργασίες για την αποκατάσταση ανωμαλιών της στοματικής κοιλότητας. Οι εργασίες αυτές πραγματοποιούνται αποκλειστικά στο εργαστήριο με βάση τα αποτυπώματα και τις οδηγίες του οδοντιάτρου, ο οποίος δύναται να παρακολουθεί τις εργασίες για να ελέγχει την τήρηση των*

οδηγιών τους και β) Κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται με την εξέλιξη της τεχνολογίας και αποδεδειγμένα καλύπτεται από το γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητάς τους». Μάλιστα, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του ανωτέρω άρθρου, οι προαναφερθέντες πτυχιούχοι μπορούν να ιδρύουν, οργανώνουν και λειτουργούν κατά τρόπο υπεύθυνο και βάσει της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας, οδοντοτεχνικό εργαστήριο.

Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι ο οδοντίατρος, ο βοηθός Οδοντιατρείου, ο βοηθός Οδοντίατρου, ο Οδοντοϋγεινολόγος και ο Οδοντοτεχνίτης αποτελούν επαγγελματίες, οι οποίοι απασχολούνται σε διαφορετικά αντικείμενα¹⁸⁸ και, εφόσον, δεν έχει θεσπιστεί για τους τελευταίους ειδικότερη νομοθετική ρύθμιση ανά περίπτωση, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι θα ισχύουν κατά αναλογική εφαρμογή και σε αυτές της ειδικότητες, οι νομοθετικές προβλέψεις των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, όπως αυτές προκύπτουν αφενός από τον Κ.Ο.Δ. και τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, ήτοι τα άρθρα 648, 652, 676, 681επ., 914επ. καθώς και 57 ΑΚ, αφετέρου από τη ρύθμιση του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας των καταναλωτών».

¹⁸⁸Για τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής υφίσταται ειδική ρύθμιση στη διάταξη του άρθρου 39 του Ν. 3418/2005 («Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» - Κ.Ι.Δ.).

10. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΙΟΥΡΓΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ

Σύμφωνα με ψηφίσματα της Διεθνούς/Παγκόσμιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (F.D.I. - World Dental Federation), τα οποία εγκρίθηκαν στο Παγκόσμιο Οδοντιατρικό Συνέδριο στο Παρίσι¹⁸⁹, με αντικείμενο την μόλυνση από τον ιό της ανθρώπινης επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (H.I.V.) και συναφείς μολύνσεις από το αίμα, στους εν λόγω ασθενείς δε θα πρέπει να αρνείται η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης αποκλειστικά μόνο λόγω της μόλυνσής τους. Ωστόσο, οι υπεύθυνοι για την παροχή της στοματικής περίθαλψης, είναι υποχρεωμένοι να λαμβάνουν επιπρόσθετα μέτρα προκειμένου να προστατέψουν τον εαυτό τους και τους υπόλοιπους ασθενείς τους εναντίον των ανωτέρω μολύνσεων του αίματος κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης.

Επιπλέον, οι ασθενείς με ενδείξεις και συμπτώματα μόλυνσης από τον ιό H.I.V., θα πρέπει να ενθαρρύνονται, με συστάσεις του ανάλογου υποστηρικτικού περιβάλλοντος και με σεβασμό στην ευαισθησία των γνωστοποιηθέντων πληροφοριών, περί της υποβολής τους σε κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες δύναται να είναι υποχρεωτικές για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις. Μάλιστα, όλες οι πληροφορίες¹⁹⁰ με περιεχόμενο το καθεστώς της ασθένειας πρέπει να διατηρούνται ως εμπιστευτικές εντός της εκάστοτε οδοντιατρικής ομάδας, ενώ, παράλληλα, η συγκατάθεση του ασθενούς για την ενδεχόμενη αποκάλυψη της κλινικής εξέτασης του τελευταίου σε οιονδήποτε, συμπεριλαμβανομένων και άλλων επαγγελματιών στο χώρο της στοματικής υγείας είναι απαραίτητη. Επιπροσθέτως, οι οδοντίατροι ή τα μέλη της ομάδας των παρεχόντων οδοντιατρική περίθαλψη, οι οποίοι θεωρούν ότι έχουν προσβληθεί από τον εν λόγω ιό θα πρέπει αφενός να υποβληθούν στις απαραίτητες εξετάσεις και τη συνακόλουθη κατάλληλη παρακολούθηση αφετέρου να λαμβάνουν υπόψιν της ιατρικές παρεχόμενες σε αυτούς οδηγίες, οι οποίες δύναται να συμπεριλαμβάνουν την τροποποίηση του οδοντιατρικού λειτουργήματος καθώς και, εφόσον σε εξαιρετικές περιπτώσεις θεωρηθεί απαραίτητο, τη διακοπή της εν λόγω οδοντιατρικής άσκησης.

¹⁸⁹Κοζυράκης Κ., Πανής Β., Πιπέρη Ε., Τζούτζας Ι., Μέτρα Πρόληψης Διασποράς Λοιμώξεων, έτος 2017, Ζ΄ Έκδοση, σ. 4

¹⁹⁰Σύσταση 3 της Αναθεωρημένης Θέσης της ομάδας εργασίας περί του Κώδικα Ελέγχου Μολύνσεων, εγκριθείσα ομόφωνα από το Συμβούλιο των Οδοντιάτρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (C.E.D. - Council of European Dentists) στις 20 Νοέμβριου 2014. Ειδικότερα, πρόκειται για τη θέση της ομάδας εργασίας περί της απολύμανσης, καθαρισμού, αποστείρωσης, διαχείρισης αποβλήτων και ενός ευρέως φάσματος διαδικασιών υγιεινής, στο πλαίσιο του οδοντιατρικού λειτουργήματος.

Περαιτέρω, σε κάθε περίπτωση, οι οδοντίατροι οφείλουν να αναγνωρίζουν, να τεκμηριώνουν και να αντιμετωπίζουν τις στοματικές εκδηλώσεις της μόλυνσης H.I.V. Ειδικότερα, όσον αφορά τον έλεγχο της μόλυνσης από τον ιό H.I.V. καθώς και συναφών μολύνσεων του αίματος, πρέπει να εφαρμόζονται οι διεθνείς διαδικασίες ελέγχου των μολύνσεων, ανεξαρτήτως της υγείας του ασθενή. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι στο χώρο της οδοντιατρικής περίθαλψης οφείλουν να είναι εξοικειωμένοι με τα πρωτόκολλα για την άμεση αντιμετώπιση της επαγγελματικής έκθεσης σε μολυσμένο αίμα, ενώ, παράλληλα, οι οδοντίατροι οφείλουν να «θεσμοθετούν» και να ανακοινώνουν τις πολιτικές περί διασφάλισης της κατάλληλης αντιμετώπισης ανάλογων περιστατικών. Μάλιστα, τόσο οι οδοντίατροι όσο και οι ιατροί οφείλουν να αναπτύσσουν διεπιστημονικές και συνεργατικές προσεγγίσεις για την περίθαλψη του ασθενούς, ο οποίος έχει προσβληθεί με τον ιό H.I.V. ή άλλες μολύνσεις μεταδιδόμενες μέσω του αίματος, προκειμένου να παρέχεται η τελευταία στον καλύτερο δυνατό βαθμό.

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τη διασπορά λοιμώξεων κατά την παροχή της οδοντιατρικής περίθαλψης, είναι αναγκαία προϋπόθεση η τήρηση εκ του θεράποντος οδοντιάτρου σειράς μέτρων περί της πρόληψης τόσο ανάμεσα στους ασθενείς όσο και ανάμεσα στο προσωπικό του οδοντιατρείου. Βασική παράμετρος κατά την παροχή της οδοντιατρικής περίθαλψης αποτελεί η προστασία της γενικής υγείας των οδοντιατρικών ασθενών καθώς και η υγεία του οδοντιατρικού και βοηθητικού προσωπικού, το οποίο εργάζεται στον εν λόγω χώρο (π.χ. οδοντιατρείο, κλινική, εργαλειοδοσία κ.λπ.). Πράγματι, κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των οδοντιατρικών εργασιών και πράξεων παρουσιάζεται ο κίνδυνος μετάδοσης πληθώρας νοσημάτων, οι οποίοι προκαλούνται από μικροοργανισμούς, όπως οι ιοί του απλού έρπητα (H.S.V. I και H.S.V. II), οι ιοί της ηπατίτιδας A, B, C και D (H.A.V., H.B.V., H.C.V. και H.D.V.), ο μεγαλοκυτταρίος (C.M.V.), το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (T.B.), διάφοροι στρεπτόκοκκοι και σταφυλόκοκκοι, ο μύκητας μονίλια (*candida albicans*) καθώς, όπως προαναφέρθηκε, και διάφορα στελέχη του ιού της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (H.I.V. I και H.I.V. II)¹⁹¹. Η μετάδοση των ανωτέρω νοσημάτων στο χώρο του οδοντιατρείου δύναται να γίνει, κυρίως, μέσω αφενός της άμεσης επαφής με το αίμα, το σάλιο και διάφορες άλλες εκκρίσεις του ανθρώπινου σώματος αφετέρου

¹⁹¹Κοζυράκης Κ., Πανής Β., Πιπέρη Ε., Τζούτζας Ι., Μέτρα Πρόληψης Διασποράς Λοιμώξεων, έτος 2017, Ζ΄ Έκδοση, σ. 5

των μολυσμένων εργαλείων ή των πλημμελώς απολυμανθέντων ή/και αποστειρωθέντων οδοντιατρικών εργαλείων.

Συνεπώς, προκειμένου να προληφεί η μετάδοση οιασδήποτε ασθένειας και να προστατευθεί η υγεία τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού του οδοντιατρείου, ο θεράπων οδοντίατρος οφείλει να λαμβάνει τα αναγκαία βασικά μέτρα, ήτοι να χρησιμοποιεί την κατάλληλη οδοντιατρική περιβολή (π.χ. γάντια μίας χρήσης, μάσκα, προστατευτικά γυαλιά κ.λπ.), καλυπτικά των επιφανειών στον οδοντιατρικό χώρο και εργαλεία μίας χρήσης, να αποστειρώνει τα οδοντιατρικά εργαλεία και να απολυμαίνει της επιφάνειες και τα δάπεδα, να πλένει τα χέρια του, να αποφεύγει τους πιθανούς τραυματισμούς καθώς και να εμβολιάζεται και ανοσοποιείται τόσο ο ίδιος όσο και το οδοντιατρικό προσωπικό του.

11. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΝΟΝΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

11.1. ΑΓΓΛΟΣΑΞΩΝΙΚΗ ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Κατ' αρχήν, όσον αφορά την ευθύνη του οδοντίατρου στο Αγγλοσαξωνικό Δίκαιο, μέσω μιας γενικότερης αίσθησης, την οδοντιατρική αμέλεια συνιστά η «κακή πρακτική», ήτοι αποτυχία του οδοντίατρου να συμμορφωθεί με τα πρότυπα που ορίζει το οδοντιατρικό επάγγελμα αυτό καθαυτό. Ένας ζημιωθείς ασθενής, προκειμένου να δικαιωθεί με μια επιτυχή αγωγή παράνομης συμπεριφοράς εναντίον του θεράποντα οδοντίατρου του, πρέπει να αποδείξει σύμφωνα με τις γενικότερες διατάξεις της αδικοπρακτικής ευθύνης ότι στη διάρκεια της επαγγελματικής του σχέσης με τον τελευταίο πραγματοποιήθηκε η εν λόγω βλάβη/ζημία οφειλόμενη στη μη τήρηση του βαθμού φροντίδας, το οποίο θα έπρεπε, εν προκειμένω, να τηρήσει. Μάλιστα, στο Αγγλοσαξωνικό Δίκαιο¹⁹², εμπειρογνώμονες, συνήθως, παρέχουν τα αποδεικτικά στοιχεία του επαγγελματικού προτύπου και την απόκλιση από το επαγγελματικό πρότυπο, το οποίο πρέπει να τηρείται, ως εγγύτερη αιτία τραυματισμού¹⁹³.

Όσον αφορά την υπόθεση Donobo κατά Rawletgh¹⁹⁴ το δικαστήριο του Κεντάκι επανεξέτασε τον ισχυρισμό του ασθενούς ότι ο οδοντίατρος ήταν αμελής κατά τη διαδικασία αφαίρεσης ενός τραπεζίτη, ως αποτέλεσμα του οποίου έσπασε το σαγόνι του ασθενούς. Ειδικότερα, δεν υπήρχαν αποδείξεις σχετικά με την ανυπαρξία ή την αμέλεια εκ μέρους του οδοντίατρου για την αφαίρεση των πληχθέντων δοντιών του ενάγοντος - ασθενούς. Ο οδοντίατρος υποστήριζε ότι χρησιμοποίησε την κατάλληλη και εγκεκριμένη μέθοδο ή τεχνική για την αφαίρεση του δοντιού, άποψη η οποία υποστηρίχθηκε και από τους άλλους οδοντιάτρους, οι οποίοι παρουσιάστηκαν ως μάρτυρες και οι οποίοι είχαν τα προσόντα να καταθέσουν ως προς το σημείο αυτό. Περαιτέρω, ο ενάγων - ασθενής απέτυχε να αποδείξει τη συνδρομή του όρου της αμέλειας εκτός αν επιτρεπόταν στους ενόρκους να τη συναγάγουν εκ του αποτελέσματος. Ειδικότερα, προκειμένου να αποκατασταθεί η ζημία από έναν ιατρό ή οδοντίατρο για την έλλειψη κατάλληλης φροντίδας ή ικανότητας, ο ενάγων έχει το βάρος να αποδείξει ότι ο εναγόμενος οδοντίατρος παρουσίαζε ανύπαρκτη ικανότητα ή αμέλεια και ότι η

¹⁹²Warren Freedman, Malpractice liability in the helping and healing professions, ;έτος 1995, σ. 45επ.

¹⁹³Carnahan, The Dentist and the Law (1955)

¹⁹⁴18 S.W.2d, 311 (Ky 1929)

πραγματοποιηθείσα ζημία για να αποφευχθεί απαιτούσε την ανάλογη δεξιότητα ή/και φροντίδα. Σε αγωγές κατά των οδοντιάτρων τέτοια απόδειξη δύναται να είναι μόνο αυτή, η οποία διενεργήθηκε με τη μαρτυρία εμπειρογνομόνων ειδικευμένων στο οδοντιατρείο, καθώς οι τελευταίοι είναι οι μόνοι μάρτυρες που έχουν τα προσόντα να καταθέσουν ως προς το αν η βλάβη/ζημία είναι αποτέλεσμα αμέλειας κατά τη μέθοδο θεραπείας¹⁹⁵.

Επιπλέον, όσον αφορά την υπόθεση Wheaton κατά Rubin¹⁹⁶, ο οδοντίατρος συμφώνησε να κατασκευάσει και να τοποθετήσει οδοντοστοιχίες σε μια συμφωνημένη τιμή, η οποία και καταβλήθηκε από τον ασθενή, χωρίς, ωστόσο, οι εν λόγω οδοντοστοιχίες να είναι ικανοποιητικές. Σύμφωνα με το δικαστήριο της Πενσυλβάνια, ο οδοντίατρος δεν αμφισβήτησε ότι η οδοντοστοιχία έφερε ελάττωμα αλλά υποστήριξε ότι το τελευταίο προήλθε λόγω της έλλειψης συνεργασίας του ασθενούς με τον ίδιο. Στο δικαστήριο, υποστήριξε ότι, υπό την ιδιότητα του επαγγελματία, ήταν αναγκαίο να επιδείξει μόνο το βαθμό δεξιοτήτων, ο οποίος τηρείται από το μέσο οδοντίατρο της ειδικότητάς του και ότι η μη τήρηση του εν λόγω καθήκοντος θα μπορούσε να καθοριστεί μόνο από μαρτυρία εμπειρογνώμονα. Η συνεχής και ενεργής συνεργασία του ασθενούς με τον οδοντίατρο του στην κατασκευή και προσαρμογή της οδοντοστοιχίας του ήταν και το πραγματικό ερώτημα, το οποίο έπρεπε και να απαντηθεί από το εν λόγω δικαστήριο. Πράγματι, όπως αναφέρθηκε, κακή πρακτική κατά την έννοια του νόμου, δεν προβλήθηκε, καθώς δεν υποστηρίχθηκε ότι η οδοντοστοιχία προκάλεσε εκδορές των ούλων, πόνο στο στόμα ή άλλη πάθηση αλλά τονίστηκε η ακατάλληλη εφαρμογή της εν λόγω οδοντοστοιχίας για τον σκοπό για τον οποίο προοριζόταν. Οι οδοντίατροι υποστήριξαν, εν προκειμένω, ότι η πλάκα κατασκευάστηκε με τους αναγκαίους χειρισμούς και την άσκηση του βαθμού φροντίδας την οποία τηρεί ο μέσος συνετός οδοντίατρος και δεν αντικρούεται το επιχείρημα αυτό από την ουσιαστική παραδοχή του εκκαλούντος ότι η οδοντοστοιχία δεν πληρούσε τις εύλογες λειτουργικές απαιτήσεις, οι οποίες αναμένονται από ανάλογες κατασκευές.

¹⁹⁵ Αντίστοιχη υπόθεση King κατά Chan, Cal. Rptr (Unreported, Σαν Ντιέγκο, Dkt. 55702, 12 Οκτωβρίου έτους 1992), όπου ο διακανονισμός μιας 25χρονης γυναίκας ήταν ουσιαστικός καθώς ο χειρουργός οδοντίατρος είχε εξαγάγει το λάθος δόντι. Η ενάγουσα με επιτυχία υποστήριξε ότι ο γενικός οδοντίατρος ήταν επίσης υπεύθυνος διότι είχε εξ αμελείας δημιουργήσει μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης στην οποία ήταν πιο πιθανό ότι το λάθος δόντι θα εξαγόταν από τον προφορικό χειρουργό και υπόθεση Ross κατά Sushko, N.W.2d (Mich., Ωκλαντ, Dkt. 91 – 405333 - NH, 3 Νοεμβρίου έτους 1992), όπου μια 34χρονη γυναίκα υπέστη δυσλειτουργία της κροταφογναθικής αρθρώσεως μετά τη διατήρηση ανοιχτής της γνάθου της για παρατεταμένο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της εξαγωγής δοντιού.

¹⁹⁶ 57 A.2d, 589 (Pa. Super 1948)

Επιπροσθέτως, η αποτυχία ενός οδοντίατρου να εξαντλήσει συντηρητικές μεθόδους μη χειρουργικής θεραπείας πριν από τη χειρουργική επέμβαση, εξέδωσε μια ετυμηγορία για τον ενάγοντα - ασθενή στην υπόθεση Frank κατά Lines¹⁹⁷. Ειδικότερα, ο ασθενής έχασε την κανονική λειτουργία της σιαγόνας του, αφού υποβλήθηκε σε χειρουργείο περί κροταφογναθικής άρθρωσης¹⁹⁸, κατόπιν προφορικής προτροπής των χειρουργών. Ωστόσο, ο οδοντίατρος δεν έλαβε το αναγκαίο οδοντιατρικό ιστορικό, το οποίο θα είχε αποκαλύψει τη διενέργεια προηγούμενης επιτυχημένης μη χειρουργικής θεραπείας της πάθησης.

Επιπλέον, στην πρόσφατη υπόθεση της Νέας Υόρκης, ήτοι Bellas κατά Kurpis¹⁹⁹, οι ένορκοι έκριναν ότι ο εναγόμενος – οδοντίατρος Dr. Kurpis έχει 50% ευθύνη, επιδικάζοντας στον ζημιωθέντα ασθενή αφενός αποζημίωση ύψους 12,500\$ για τον πόνο και την ταλαιπωρία αφετέρου 10,000\$ για τα ιατρικά και τα οδοντιατρικά έξοδα. Όπως το εξέφρασε το δικαστήριο μια ανασκόπηση του αρχείου αποδεικνύει ότι υπήρχε μια λογική και έγκυρη γραμμή με την οποία οι ένορκοι θα μπορούσαν να κατηγορήσουν τον εναγόμενο Dr. Kurpis για οδοντιατρικό σφάλμα, και, μάλιστα, ότι αυτή η ατασθαλία/κακή άσκηση του οδοντιατρικού λειτουργήματος αποτέλεσε την κύρια αιτία της ζημίας του ενάγοντος – ασθενή, καθώς ο θεράπωντας οδοντίατρος απέτυχε να εγκαταστήσει την άνω στρογγυλή γέφυρα με τρόπο που να ταιριάζει στην εφαρμογή

¹⁹⁷P.2d (Ariz., Μαρικόπα, Dkt., CV 89 - 12587, Απρίλιος έτους 1991)

¹⁹⁸Η Κροταφογναθική άρθρωση ή διάρθρωση (Κ.Γ.Α. ή Κ.Γ.Δ.) είναι άρθρωση του ανθρώπινου σώματος, βρισκόμενη στην περιοχή του κρανίου. Συνδέει, μέσω του διάρθριου δίσκου της, το οστό της άνω γνάθου με το αντίστοιχο της κάτω γνάθου, εξυπηρετώντας πολλαπλές λειτουργίες του οργανισμού, όπως την ομιλία και τη μάσηση, αλλά και τα αντανακλαστικά της κατάποσης και του χασμουρητού. Εξωτερικά, η Κ.Γ.Α. μπορεί να ανιχνευθεί ακριβώς μπροστά από τον τράγο του ωτός, όπου η κίνησή της γίνεται ιδιαιτέρως αντιληπτή, κατά το ανοιγοκλείσιμο του στόματος. Λειτουργικά, η Κ.Γ.Δ. προσδιορίζεται με την επαφή του κονδύλου (ενός αποστρογγυλεμένου τμήματος της κάτω γνάθου) στην επιφάνεια της κροταφικής γλύνης, η οποία εντοπίζεται στο κροταφικό οστόν της άνω γνάθου. Από τη συνέργεια των δύο αυτών οστικών στοιχείων και σε συνδυασμό με την ύπαρξη του διάρθριου δίσκου, ο οποίος απαλύνει τις πιέσεις που ασκούνται, εξυπηρετείται η λειτουργία της άρθρωσης. Στην περίπτωση αυτή, η άρθρωση λειτουργεί ως υπομόχλιο με μοχλό την κάτω γνάθο, που είναι κινητό οστό.

¹⁹⁹N.Y.S.2d (App. Div., 1st Dept., 23 Απριλίου έτους 1992). Florence κατά Airey, S.W.2d (Unreported, Mo., Platte, Dkt. 191 – 630 - CC, 19 Οκτωβρίου έτους 1992), όπου η ασθενής ισχυρίστηκε ότι το μάσημα της άλλαξε όταν της τοποθετήθηκαν σιδεράκια και στεφάνη, κατόπιν της προτροπής από τον οδοντίατρο της, ο οποίος εξειδικευόταν στην ορθοδοντική, υποστηρίζοντας ότι είχε σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης. Στη μήνυση της εναντίον του οδοντίατρου, υποστήριξε ότι η οδοντιατρική εργασία ήταν περιττή επειδή δεν αισθανόταν πόνο και δεν έπρεπε να έχει αντιμετωπιστεί για προβλήματα εκ του εν λόγω συνδρόμου, με αποτέλεσμα να επιτευχθεί διακανονισμός. Επίσης, στην υπόθεση Walter κατά Smith, S.W.2d (Mo., Τζάκσον, Dkt. 89 - 23467, 26 Οκτωβρίου έτους 1992) κρίθηκε ότι η ακατάλληλη εξαγωγή τριών δοντιών είχε ως αποτέλεσμα τη μούδιασμα της γλώσσας και απώλεια της γεύσης, ώστε η μήνυση να βασιστεί στο γεγονός ότι ο οδοντίατρος είχε εκτελέσει πλημμελώς και με αμέλεια την εν λόγω διαδικασία, ενώ θα έπρεπε να παραπέμψει τον ασθενή σε νευρολόγο.

Μάλιστα, και στην υπόθεση Schuett κατά Hunt, N.W.2d (Mich., Μάσκεγκον, Dkt. 91 - 27347, 10 Αυγούστου έτους 1992), η ασθενής υπέστη ζημιά στο νεύρο του προσώπου καθώς και υπολειμματική κροταφογναθική δυσλειτουργία λόγω εξαγωγής του κάτω δεξιού δοντιού. Για την επίτευξη διακανονισμού, το δικαστήριο στηρίχθηκε στη μαρτυρία

με τη χαμηλή στρογγυλή γέφυρα, η οποία είχε τοποθετηθεί στο στόμα του ενάγοντος²⁰⁰. Μάλιστα, η μαρτυρία των εμπειρογνομόνων των μερών σχετικά με την πηγή του πόνου της γνάθου ανήγειρε ένα πραγματικό ζήτημα το οποίο επιλύθηκε από τους εν λόγω ενόρκους. Εν τέλει, οι ενόρκοι, σε σχέση με τη συντρέχουσα αμέλεια του ενάγοντος - ασθενούς, κατέληξαν ότι ο τελευταίος αρνήθηκε να ακολουθήσει την πλήρη πορεία της θεραπείας, η οποία του είχε προταθεί²⁰¹.

Εν συνεχεία, σε άλλες περιπτώσεις της Νέας Υόρκης, όπως προκύπτει και από την υπόθεση Shepard κατά Ηνωμένων Πολιτειών²⁰², ο ενάγων - ασθενής διαπιστώθηκε ότι υπέστη ένα *prima facie* περιστατικό οδοντιατρικού σφάλματος λόγω αποκοπής γλωσσικού νεύρου κατά την αφαίρεση του φρονιμίτη του ασθενούς. Το δικαστήριο βασίστηκε εν μέρει σε μια στατιστική ανάλυση του απίθανου μίας τέτοιου είδους βλάβης κατά τη διάρκεια της εν λόγω διαδικασίας, της έλλειψης αμέλειας, ακόμη και όταν το γλωσσικό νεύρο είναι με ανωμαλίες τοποθετημένο, και αφενός της έντονης απειρίας του οδοντιάτρου αφετέρου της έλλειψης εξειδικευμένης εποπτείας στο χειρουργείο. Λόγω της αποκοπής του γλωσσικού νεύρου ο ασθενής υπέφερε από παραισθησία, μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χρόνια μούδιασμα και δυσκολίες στην ομιλία. Το γλωσσικό αυτό νεύρο βρισκόταν στην πλευρά της γλώσσας του τρίτου τραπεζίτη, στην περιοχή των ούλων, και πολύ κοντά στο δόντι. Σύμφωνα με το δικαστήριο «αν το γλωσσικό νεύρο βρίσκεται στο ένα τέταρτο έως το μισό του ενός τοις εκατό του πληθυσμού και αν η αποκοπή του γλωσσικού νεύρου δεν μπορεί να αποφεύγεται στις περιπτώσεις αυτές, όπως εμπειρογνώμονας του εναγομένου - οδοντιάτρου κατέθεσε, η προαναφερθείσα μελέτη θα έπρεπε να έχει αποδεχθεί μια βλάβη του γλωσσικού νεύρου σε τουλάχιστον μία από κάθε 400, αν όχι 200 εξαγωγές, αλλά αντ' αυτού ο αριθμός ανερχόταν σε 1,756». Συνεπώς, το δικαστήριο ανέφερε ότι με βάση την «κοινή λογική» μια χειρουργική τεχνική σχεδιαζόμενη προσεκτικά προκειμένου να αποφευχθεί η αποκοπή του γλωσσικού νεύρου είναι πιο πιθανό να μπερδευτεί από έναν υπό εκπαίδευση και χωρίς άμεση και συνεχή επίβλεψη κάτοικο παρά από έναν οδοντίατρο που έχει αποκτήσει την «κυριαρχία» της τεχνικής, η οποία προέρχεται από την συνήθη πρακτική του.

της περί του ότι ο οδοντίατρος είχε ασκήσει υπερβολική δύναμη και είχε κρατήσει το σαγόνι ανοιχτό για μεγάλο χρονικό διάστημα.

²⁰⁰ Αντίστοιχη υπόθεση Cohen κατά Hallmark Cards, 45 N.Y.2d, 493; Και Mortensen κατά Memorial Hospital, 105 A.D.2d, 151

²⁰¹ Αντίστοιχη υπόθεση Nallan κατά Helmsley-Spear, 50 N.Y.2d 507, 516-517

²⁰² 811 F. Supp. 98 (E.D.N.Y., Dkt. 89 - 892, 11 Ιανουαρίου έτους 1993)

Η αντίθετη άποψη παρατηρήθηκε στην περίπτωση της Νέας Υόρκης, Yelin κατά το Αμερικανικό Οδοντιατρικό Κέντρο²⁰³, όπου το δικαστήριο έκρινε ότι ο ενάγων – ασθενής έλαβε εκτεταμένη οδοντιατρική θεραπεία από τους εναγόμενους από τον Μάιο του έτους 1978 μέχρι τον Αύγουστο του έτους 1982. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι εναγόμενοι ασχολήθηκαν με τα τέσσερα και υπ' αριθμόν 7 έως 10 άνω μπροστινά δόντια, ενώ, παράλληλα, τον Ιούνιο του 1979 εγκατέστησαν μία γέφυρα. Εν συνεχεία, οι εναγόμενοι συνέχισαν να εκτελούν οδοντιατρικές εργασίες μέχρι τον Αύγουστο του 1982, ήτοι λιγότερο από τρία χρόνια πριν από την έναρξη του οδοντιατρικού σφάλματος²⁰⁴. Ο εκκαλών χαρακτήρισε ο ίδιος αυτό το τελευταίο διορθωτικό έργο ως επαναλήψεις της θεραπείας για να κάνει μια επισκευή και περαιτέρω σημείωσε ότι ο ενάγων – ασθενής συνέχισε από τον Ιούλιο του 1982, να υποφέρει από προβλήματα ούλων καθώς και πόνους περί του υπ' αριθμόν 10 δοντιού του. Ο ενάγων υπέφερε από μια κύστη, η οποία βρισκόταν επάνω από αυτά τα τέσσερα δόντια, με άμεση απόρροια ότι έπρεπε να αφαιρεθεί χειρουργικά. Επιπλέον, φαίνεται ότι τα εν λόγω τέσσερα δόντια συνέχιζαν να αποσυντίθενται παρά το γεγονός ότι είχαν γεμίσει, καλυφθεί και γεφυρωθεί από τους εναγομένους. Σε αυτή την περίπτωση της παρούσας υποθέσεως, ο εκκαλών δεν απέδειξε νομικά ότι η οδοντιατρική περίθαλψη που παρείχε στον ενάγοντα ήταν για τη θεραπεία μιας ξεχωριστής κατάστασης και διέφερε από την κατάσταση που φέρεται ότι ο τελευταίος υπέστη αμέλεια²⁰⁵. Συνεπώς, το ζήτημα του κατά πόσο μπορεί ή όχι το δόγμα συνεχούς θεραπείας να εφαρμοστεί στην προκειμένη περίπτωση παραμένει πραγματικό ζήτημα για επίλυση από τους αρμόδιους ενόρκους.

Σε άλλες πολιτείες, όπως στο Μίσιγκαν στην υπόθεση Bazzi κατά Hajazi²⁰⁶, το δικαστήριο εντόπισε εύκολα την αποτυχία του οδοντιάτρου να αξιολογήσει την κατάσταση του ασθενούς πριν από την εξαγωγή των εν λόγω δοντιών. Ο ασθενής υπέστη εγκεφαλικό επεισόδιο μετά από την εξαγωγή του δοντιού του. Επίσης, μία διενεργηθείσα πλημμελώς εξαγωγή δοντιού παρατηρήθηκε στην υπόθεση Neal κατά DeFrancesco²⁰⁷. Ειδικότερα, ο ασθενής έχασε την αίσθηση στη δεξιά πλευρά της γλώσσας και υπέστη εμπόδιο στην ομιλία του μετά την εξαγωγή του δοντιού του. Μάλιστα, σημειωτέον το γεγονός ότι το ασφαλιστήριο συμβόλαιο

²⁰³N.Y.S.2d (Unreported, App. Div., 2d Dept., 29 Ιουνίου έτους 1992)

²⁰⁴Αντίστοιχη υπόθεση C.P.L.R. πρώην 214 (6), Cbodos κατά Flanzer, 90 A.D.2d, 838

²⁰⁵Αντίστοιχη υπόθεση Nykorchuck κατά Henriques, 78 N.Y.2d, 255, Staines κατά Nassau Queens Medical Group, A.D.2d, (2d Dept., 7 Οκτωβρίου 1991), Hoch κατά Paloger, 150 A.D.2d, 523

²⁰⁶N. W.2d (Mich., Wayne, Dkt. 90- 023743, 16 Σεπτεμβρίου έτους 1991)

²⁰⁷A.2d (Pa., Ιντιάνα, Dkt. 353 CD., 1988, 25 Οκτωβρίου έτους 1991)

επαγγελματικής ευθύνης ενός οδοντιάτρου στο Αγγλοσαξωνικό Δίκαιο δεν καλύπτει ισχυρισμούς περί ανάρμοστων σεξουαλικών σχέσεων με έναν από αυτούς κατά τη διάρκεια επισκέψεων στο οδοντιατρικό γραφείο²⁰⁸.

Επιπλέον, καίριας σημασίας είναι το γεγονός ότι η χρήση μίας «οδοντιατρικής πάστας» από ένα, σχετικώς, μικρό αριθμό οδοντιάτρων στις διαδικασίες της ενδοδοντικής θεραπείας, γνωστής ευρέως υπό τον όρο της «απονεύρωσης»²⁰⁹, παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο μόνιμων βλαβών/ζημιών στους ασθενείς. Ενδεικτικώς, αναφέρεται η οδοντιατρική πάστα με την ονομασία Sargenti, η οποία περιέχει παραφορμαλδεΐδη, μια τοξική ουσία, η οποία καταστρέφει τον ανθρώπινο ιστό²¹⁰. Ειδικότερα, πολλοί οδοντίατροι ήταν ασυνείδητα θύματα πράξεων οδοντιατρικής αμέλειας, όπως φαίνεται στην υπόθεση Dorton κατά Landmark Dental Care της Τασκαλούζα²¹¹ κατά την οποία το Ανωτάτο Δικαστήριο της Αλαμπάμα αποφάσισε ότι η επιλογή του οδοντιάτρου για τη χρήση της οδοντιατρικής πάστας Sargenti, όταν υπήρχαν μη τοξικές εναλλακτικές λύσεις, και η αποτυχία του να την αφαιρέσει, όταν η ασθενής παραπονέθηκε για επιδείνωση του πόνου και για υπάρχον μούδιασμα στο κάτω χείλος και το πηγούνι της, αποτελούσαν οδοντιατρικό σφάλμα – κακή πρακτική του οδοντιατρικού επαγγέλματος λόγω του ότι η εν λόγω διαδικασία υπολειπόταν αισθητά του αναγνωρισμένου προτύπου οδοντιατρικής περίθαλψης²¹². Σε παρόμοια περίπτωση το Ανώτατο Δικαστήριο της Λουιζιάνα δικαίωσε μια γυναίκα ασθενή, η οποία υπέφερε από πόνο και μούδιασμα στην αριστερή πλευρά του προσώπου της μετά τη χρήση της οδοντιατρικής πάστας με την ονομασία N2, η οποία προκάλεσε βλάβη σε νεύρο του σαγονιού της²¹³.

Εν συνεχεία, το δικαστήριο της Νέας Υόρκης σε πληθώρα υποθέσεων ασχολήθηκε με την ύπαρξη αποδείξεων οδοντιατρικής αμέλειας, όπως στην υπόθεση Berger κατά Διοικητικού Συμβουλίου της Πολιτείας της Νέας Υόρκης²¹⁴. Ειδικότερα, το εν λόγω δικαστήριο παρατήρησε ότι ένας εξειδικευμένος οδοντίατρος κατηγορήθηκε από το Γραφείο Επαγγελματικής Πειθαρχίας (Office of Professional Discipline – O.P.D.) τον Δεκέμβριο του 1986 με εννέα εξειδικεύσεις παραπτώματος, ήτοι 1) κακή άσκηση του επαγγέλματος με δόλο, 2) άσκηση πέραν του

²⁰⁸Roe κατά Federal Insurance Co., 587 N.E.2d, 214 (Mass. 1992)

²⁰⁹Πρόκειται περί οδοντιατρικής πράξης, η οποία διενεργείται, προκειμένου να διατηρηθεί κάποιο δόντι στον οδοντικό φραγμό του ασθενή και να αποφευχθεί η απώλειά του με εξαγωγή.

²¹⁰Sloop, Danger from toxic Dental Material, TRIAL MAGAZINE (Ιούνιος έτους 1992), 12

²¹¹577 So.2d, 425 (Ala έτους 1991)

²¹²Lewis, Dental Malpractice: Sargenti Method Goes on Trial, TRIAL MAGAZINE (Οκτώβριος έτους 1991), 67επ.

²¹³Koslowski κατά Sanchez, 576 So.2d, 470 (La. έτους 1991)

²¹⁴567 N.Y.S.2d, 275 (App. Div., 3η Dept., 12 Δεκεμβρίου έτους 1991)

επιτρεπόμενου πεδίου εφαρμογής της οδοντιατρικής επιστήμης, 3) κακή άσκηση του επαγγέλματος με βαριά αμέλεια, 4) ανικανότητα, 5) αμέλεια σε περισσότερες από μία περιπτώσεις, 6) ανικανότητα σε περισσότερες από μία περιπτώσεις, 7) υπερβολικές δοκιμές/εξετάσεις και αδικαιολόγητη θεραπεία, 8) αδικαιολόγητη επιρροή και εκμετάλλευση καθώς και 9) άσκηση πέραν του πεδίου του οδοντιατρικού επαγγέλματος.

Οι κατηγορίες βασίστηκαν στη θεραπεία της ασθενούς «Α», σε διάστημα αρκετών μηνών και προέκυψε από την αφαίρεση των γεμισμάτων αμαλγάματος της εν λόγω ασθενούς. Περαιτέρω, το δικαστήριο έκρινε ότι λίγο μετά την ολοκλήρωση της εργασίας, η ασθενής «Α» ανέπτυξε αίσθηση καύσης στο στόμα της, με αποτέλεσμα να ενημερώσει τον οδοντίατρο της, ο οποίος την συμβούλεψε να χρησιμοποιεί διάλυμα αποτοξίνωσης, προκειμένου να αποβάλει το σύστημά της τον υπόλοιπο υδράργυρο. Ωστόσο, η αίσθηση συνεχίστηκε και η ασθενής «Α» αφενός επισκέφθηκε έναν αλλεργιολόγο αφετέρου όλα τα γεμίσματα των δοντιών της, τα οποία είχαν τοποθετηθεί από τον εν λόγω οδοντίατρο, αφαιρέθηκαν, αντικαταστάθηκαν και ξανασυμπληρώθηκαν από άλλον οδοντίατρο. Μετά τις σχετικές ακροάσεις, η Ομάδα Ακροάσεων εξέδωσε έκθεση με την οποία πρότειναν να καταδικαστεί ο προαναφερθείς οδοντίατρος ως ένοχος όλων των κατηγοριών καθώς και ανακληθεί η άδειά του περί άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Μετά από την αναθεώρηση του αρχείου, η Επιτροπή Αναθεώρησης άκουσε προφορικά επιχειρήματα εκ μέρους αφενός του οδοντιάτρου αφετέρου του O.P.D., καταλήγοντας στην αποδοχή των ευρημάτων και των συμπερασμάτων της Ομάδας Ακροάσεων. Επίσης, η Επιτροπή Αναθεώρησης πρότεινε ως ποινή την αναστολή της άδειας άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος για δύο έτη για κάθε παράπτωμά του, με τις αναστολές να τρέχουν ταυτόχρονα.

Όσον αφορά τα νομικά ζητήματα, το εν λόγω δικαστήριο αποφάσισε ότι κάθε παράπτωμα έγινε αντιληπτό από την «υπεροχή των αποδεικτικών στοιχείων», ήτοι διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν σημαντικά στοιχεία για να υποστηρίξουν το υπ' αριθμόν 1 παράπτωμα της δόλιας πρακτικής της οδοντιατρικής. Ωστόσο, ορθά ο προαναφερθείς οδοντίατρος υποστήριξε ότι η απόδειξη της «εσκεμμένης ψευδούς δήλωσης ή απόκρυψης ενός γνωστού γεγονότος» είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να υποστηριχθεί η εν λόγω κατηγορία²¹⁵. Βέβαια, αυτή η πρόθεση ή

²¹⁵ Αντίστοιχη υπόθεση Brestin κατά Επιτρόπου της Εκπαίδευσης της Ν.Υ., 116 A.D.2d, 357, 359 και Choudhry κατά Sobol, 170 A.D.2d, 893, 894

η γνώση μπορεί να συναχθεί από τις επικρατούσες επί της εν λόγω υποθέσεως συνθήκες²¹⁶, με άμεση απόρροια τα γεγονότα από τα οποία μπορεί να συναχθεί τέτοια πρόθεση να αποδειχθούν στην εν λόγω περίπτωση. Πράγματι, ο ανωτέρω οδοντίατρος θεμελίωσε τη θεραπεία του σε μία δοκιμή, η οποία, όπως κατέθεσε ο εμπειρογνώμονας μάρτυρας του O.P.D., δεν έφερε οιαδήποτε αποτελέσματα, συμβούλεψε την ασθενή «Α» για τα αποτελέσματα, τα οποία έπρεπε να γνωρίζει ότι ήταν αναξιόπιστα, την ενημέρωσε ότι «ίσως» ή «θα μπορούσε» να αισθανθεί καλύτερα μετά την αφαίρεση των γεμισμάτων της και υπέβαλε την εν λόγω ασθενή σε μια διαδικασία, την οποία δεν ήταν ικανός να καθορίσει, χωρίς οδοντιατρική έγκριση. Συνεπώς, το δικαστήριο, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, έκρινε ότι τα υπ' αριθμόν 5 και 6 παραπτώματα περί αμέλειας και ανικανότητας σε περισσότερες από μία φορά περιπτώσεις συντρέχουν αντιστοίχως, στην εν λόγω περίπτωση. Τα οδοντιατρικά «γεμίσματα» των δοντιών αφαιρέθηκαν και αντικαταστάθηκαν κατά τη διάρκεια ξεχωριστών συναντήσεων σε ξεχωριστές ημέρες για μια χρονική περίοδο.

Μάλιστα, ο εν λόγω οδοντίατρος συμβούλεψε την ασθενή του να πίνει έναν αποτοξινωτικό παράγοντα για να καθαρίσει το σύστημά της από τον υπάρχοντα υδράργυρο, καθώς η τελευταία παραπονέθηκε για μια αίσθηση καψίματος στο στόμα της μετά την αφαίρεση και αντικατάσταση των γεμισμάτων αμαλγάματος. Αυτές οι πράξεις, ενέργειες και παραλείψεις θα μπορούσαν να διαπιστωθούν ότι αποτελούν ξεχωριστές πράξεις αμέλειας²¹⁷. Ωστόσο, το υπ' αριθμόν 8 παράπτωμα για την αδικαιολόγητη επιρροή της ασθενούς δεν υποστηρίχθηκε με ουσιαστικές αποδείξεις για τη διαπίστωση της ενοχής, καθώς τα στοιχεία, τα οποία παρουσιάστηκαν, όσον αφορά την εν λόγω κατηγορία, δεν απέδειξαν το επίπεδο της αδικαιολόγητης επιρροής και, επομένως, κρίθηκε αθώος ως προς το εν λόγω παράπτωμα. Ωστόσο, η επιβληθείσα ποινή, η οποία κρίθηκε εύλογη, δεν θα έπρεπε να τροποποιηθεί περί της ανάκλησης της άδειας άσκησης του οδοντιατρικού του, η οποία διαρκεί για δύο έτη σχετικά με τα παραπτώματα για τα οποία κρίθηκε ένοχος.

Εν συνεχεία, το δικαστήριο της Νέας Υόρκης στην υπόθεση Matter of McBarnette (Feldman)²¹⁸ διέταξε, εκ μέρους του κρατικού υγειονομικού τμήματος, τη διερεύνηση ενδεχόμενης έκθεσης στο ιό του H.I.V. (ασθένεια του AIDS) μέσω των αρχείων, τα οποία

²¹⁶ Αντίστοιχη υπόθεση Sung Ho Kim κατά Διοικητικού Συμβουλίου του Πανεπιστημίου της Ν.Υ., A.D.2d(4 Απριλίου έτους 1991), slip. Opn. P.2, Lv. denied 78 N.Y.2d 856 και Klein κατά Sobol, 167 A. D.2d 625, 628, Lv. denied 77 N.Y.2d 809

²¹⁷ Υπόθεση Orozco κατά Sobol, 162 A.D.2d, 834, 836

διατηρούσε ο εν λόγω οδοντίατρος για τους ασθενείς του. Ειδικότερα, τα οδοντιατρικά αρχεία δεν προστατεύονταν από το προνόμιο ιατρού/ασθενούς ούτε από τις απαιτήσεις απορρήτου του νόμου για τη Δημόσια Υγεία της Νέας Υόρκης. Απο την άλλη πλευρά, η ενέργεια για την συγκεκριμένη ανακάλυψη απέτυχε. Συγκεκριμένα, στην υπόθεση του δικηγορικού συλλόγου, η ενάγουσα δεν απέδειξε ότι οι ισχυρισμοί της είναι τυπικοί, αλλά ισχυρίστηκε ότι έχει εξεταστεί με αρνητικό αποτέλεσμα, ως προς την ύπαρξη του ιού HIV και ότι υποφέρει από φόβο, άγχος και αγωνία, λόγω της ανακάλυψης ότι αυτή και η προτεινόμενη κατηγορία διατρέχουν κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό H.I.V. Ωστόσο, δεν υπήρχε οιοδήποτε στα χαρτιά της στοιχείο για να υποστηριχθεί ότι ο ισχυρισμός της είναι κάτι άλλο πέραν του ατομικού φόβου για τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό H.I.V. και τη συνακόλουθη ασθένεια του AIDS. Ο φόβος της ενάγουσας για τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού του AIDS από τον οδοντίατρό της, Δρ. Feldman, σε αυτήν κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής της θεραπείας ήταν στην πραγματικότητα μία ατομική ανησυχία, η οποία μπορεί να μην ήταν κοινή σε άλλους ασθενείς του Δρ. Feldman.

Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι άλλοι ασθενείς του Δρ. Feldman μπορεί να είχαν επίγνωση ότι ο τελευταίος ήταν φορέας του ιού H.I.V., καθώς και ότι η οδοντιατρική διαδικασία ήταν ήσσονος σημασίας ή μη διεισδυτική ή ότι ο Δρ. Feldman, σε εξατομικευμένες περιπτώσεις, είχε τηρήσει ασφαλείς και αποτελεσματικές τεχνικές ελέγχου των λοιμώξεων που ελαχιστοποίησαν την επίδραση του κινδύνου μετάδοσης. Για πλείονες λόγους η ενάγουσα δεν κατάφερε να ικανοποιήσει το βάρος της απόδειξης ότι οι φόβοι και τα παράπονά της περί της ασθένειας του AIDS καθώς και οι κίνδυνοι μετάδοσης του εν λόγω ιού είναι χαρακτηριστικοί και μοιράζονται από μια ολόκληρη κατηγορία ασθενών του Δρ. Feldman²¹⁹. Μάλιστα, η ενάγουσα έπρεπε να αποδείξει ότι η ενέργεια κατηγορίας είναι ανώτερη από άλλες διαθέσιμες μεθόδους για δίκαιη και αποτελεσματική εκδίκαση της διαμάχης, ήτοι ότι μέσω της εν λόγω κατηγορίας επιτυγχάνεται η βέλτιστη αποκατάσταση των δικαιωμάτων των μελών της²²⁰. Ωστόσο, για τους λόγους, οι οποίοι προαναφέρθηκαν, όσον αφορά το σύνθετο των πραγματικών βάσεων επί των οποίων ζητείται η ευθύνη με τις εγγενείς δυσκολίες και εξατομικευμένες προσεγγίσεις σε θέματα αιτιότητας, αιτιώδους συνάφειας, βλάβης και αποζημίωσης, η ενάγουσα δεν κατάφερε να αποδείξει ή να πείσει το δικαστήριο ότι η εν λόγω ενέργεια είναι η καλύτερη

²¹⁸N.Y.S.2d (Suffolk, 7 Φεβρουαρίου έτους 1992)

²¹⁹Υπόθεση Katz κατά NVF Co., 100 A.D.2d, 470, 473 N.Y.S.2d 786, 789 (1 Δεκεμβρίου έτους 1984) και Gottlieb κατά March Shipping Passenger Services, et al., 67 A.D.2d, 879, 413 N.Y.S.2d, 679 (1 Δεκεμβρίου έτους 1979)

²²⁰Weinstein, Korn, Miller, 901. 19, 9 - 67

μέθοδος αντιμετώπισης της αξίωσης όλης της κατηγορίας ασθενών του Δρ. Feldman, με άμεση απόρροια να μην επιτραπεί εν προκειμένω.

Επιπλέον, στην υπόθεση της Πολιτείας της Μινεσότα κατά Clausen²²¹, ο οδοντίατρος, ο οποίος παρέπεμψε έναν ασθενή, φορέα του ιού του H.I.V., σε μια άλλη οδοντιατρική εγκατάσταση διαπιστώθηκε ότι παραβίασε την Πράξη περί Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Μινεσότα (Minnesota Human Rights Act)²²², η οποία απαγορεύει στους επαγγελματίες να αρνούνται την παροχή υπηρεσιών λόγω οιασδήποτε αναπηρίας. Αρχικά, το δικαστήριο διαπίστωσε ότι ο ιός HIV και η συνακόλουθη μόλυνση του αποτελεί αναπηρία σύμφωνα με το νόμο, διότι τα μολυσμένα άτομα περιορίζονται σε σημαντικές δραστηριότητες της ζωής τους. Συγκεκριμένα, το δικαστήριο παρατήρησε ότι τα άτομα που πάσχουν από τον ιό αφενός έχουν περιορισμένο προσδόκιμο ζωής και είναι αποδέκτες πλειόνων αρνητικών στερεοτύπων αφετέρου συμβουλευονται να τροποποιήσουν τις σεξουαλικές τους πρακτικές και να απέχουν από το να αποκτούν παιδιά. Το δικαστήριο, επίσης, δήλωσε ότι ο εν λόγω οδοντίατρος δεν μπορεί να δικαιολογεί τη συμπεριφορά του παρουσιάζοντας την έλλειψη εξοικείωσης του με τον ιό, καθώς θα μπορούσε να αναζητήσει την κατάλληλη ιατρική συμβουλή και να μάθει ότι οι ασθενείς, οι οποίοι έχουν προσβληθεί από τον ιό H.I.V., μπορούν να θεραπευτούν με ασφάλεια στα εκάστοτε οδοντιατρεία.

Επιπροσθέτως, η οδοντιατρική αμέλεια έχει εντοπιστεί σε αναισθητικές και ανεπιθύμητες συνέπειες της γενικής και της τοπικής αναισθησίας²²³. Ειδικότερα, στην υπόθεση Roberts κατά Parker²²⁴, ο ασθενής ισχυρίστηκε ότι ο οδοντίατρος χρησιμοποίησε Νοβοκαΐνη, προκειμένου να διενεργήσει εξαγωγή, παρουσία μιας φλεγμονώδους κατάστασης των ιστών, χωρίς πρώτα να εξακριβώσει την αιτία της διόγκωσης και της φλεγμονής. Το δικαστήριο της Καλιφόρνια παρατήρησε ότι στην παρούσα περίπτωση υπήρξε αρκετή μαρτυρία εμπειρογνομόνων για να αποδειχθεί ότι η φλεγμονή/οίδημα και πόνος στα ούλα είναι σαφή συμπτώματα μόλυνσης και ότι, όταν υπάρχουν τέτοιες συνθήκες, θεωρείται επικίνδυνο η έγχυση ενός αναισθητικού μέσα στα ούλα με μια βελόνα και εξαγωγή του δοντιού, χωρίς να ληφθεί πρώτα μια ακτινογραφία για να προσδιοριστεί η αιτία και η έκταση της λοίμωξης ή χωρίς να υιοθετηθεί πρώτα κάποια μέσο μέθοδος/τεχνική για τη μείωση της μόλυνσης. Μάλιστα, εφόσον το τοπικό αναισθητικό εγχέεται

²²¹491 N.W.2d, 661 (Minn. App έτους 1992)

²²²Minnesota Statute § 363.03 (3)

²²³Infra note 1/131επ.

²²⁴8 P.2d, 908 (Cal. έτους 1932)

τυφλά στη βάση ενός δοντιού, το οποίο στη συνέχεια αποδεικνύεται ότι έχει μολυνθεί, είναι πιθανό να διασκορπιστεί η μόλυνση, η οποία, αν μεταφερθεί στην κυκλοφορία του αίματος, θα προκαλέσει οστεομυελίτιδα της γνάθου²²⁵. Ως εκ τούτου, ενόψει αφενός των με φλεγμονή πρησμένων ούλων και της εξαιρετικά επώδυνης κατάστασης τους στην περιοχή του εν λόγω δοντιού, κατά το χρόνο της πρώτης επίσκεψης του οδοντιατρικού χώρου, αφετέρου των σοβαρών παρενεργειών μετά την αφαίρεση του δοντιού, ήταν εμφανές στους ενόρκους ότι ο θεράπων οδοντίατρος δεν τήρησε τη συνηθισμένη/λογική επιδεξιότητα και επιμέλεια στην έγχυση του τοπικού αναισθητικού στα τέσσερα διαφορετικά σημεία των ούλων καθώς και στην εξόρυξη του δοντιού και δεν έλαβε προηγουμένως ορισμένα προκαταρκτικά μέτρα για τη μείωση της μόλυνσης. Συνεπώς, η αποτυχία να επιδείξει τέτοια συνηθισμένη/λογική ικανότητα και επιμέλεια ήταν η άμεση αιτία να προκληθεί η συγκεκριμένη οξεία κατάσταση μετά την εξαγωγή του εν λόγω δοντιού.

Επιπλέον, οι ακτίνες Χ έχουν, επίσης, καταλάβει την οδοντιατρική ατασθαλία, είτε στη πλημμελή χρήση τους είτε στην αδυναμία χρήσης τους²²⁶. Η έλλειψη συγκατάθεσης για την οδοντιατρική διαδικασία οδηγεί επίσης σε οδοντιατρικό σφάλμα/κακή άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος, όπως φαίνεται στην υπόθεση McClees κατά Cohen²²⁷, κατά την οποία η ασθενής ισχυρίστηκε ότι είχε καλέσει τον οδοντίατρο να αφαιρέσει τις ρίζες δύο «νεογιλών δοντιών» αλλά ο οδοντίατρος εκ παραδρομής αφαίρεσε δύο μόνιμα δόντια της ασθενούς. Το δικαστήριο του Μέριλαντ παρατήρησε ότι θα ήταν σύμφωνο με τη μαρτυρία του οδοντιάτρου ότι εννοούσε τους δύο κάτω τραπεζίτες όταν είπε ότι «αυτοί οι δύο πρέπει να βγουν», αλλά είναι μια ερώτηση περί του πραγματικού για τους ενόρκους αν η ασθενής πήγε στον οδοντίατρο επειδή υπέφερε από πόνο στα δόντια της, γενικά, και ζήτησε την κρίση του εναγομένου - οδοντιάτρου, ή τον επισκέφθηκε προκειμένου να αφαιρεθούν οι δύο ρίζες, ώστε, κατά παράβαση των οδηγιών της και χωρίς την συγκατάθεση της, έβγαλε δύο διαφορετικά κάτω δόντια. Εν προκειμένω, δεν πρόκειται για περίπτωση όπου επήλθε έκτακτη ανάγκη περί άμεσης δράσης για τη διατήρηση της ζωής ή της υγείας της ασθενούς, με αποτέλεσμα να είναι πρακτικά

²²⁵Η «οστεομυελίτιδα της γνάθου» είναι μια πολύ επικίνδυνη ασθένεια στην οποία αναπτύσσεται η φλεγμονώδης διαδικασία, ήτοι υπάρχει μια ισχυρή λοίμωξη. Η νόσος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του *Staphylococcus aureus*.

²²⁶Infra note 1/142 - 148

²²⁷148 A.124 (Md. έτους 1930). Αντίστοιχη υπόθεση Atkinson κατά Miller, N.E.2d (III., Κουκ, Dkt. 88 L 7336, 30 Απριλίου έτους 1993) στην οποία υπήρξε διακανονισμός για μία γυναίκα που θα χρειαζόταν χειρουργική επέμβαση και πρόσθετη ορθοδοντική φροντίδα μετά από αποτυχία της προηγούμενης ορθοδοντικής θεραπείας για βελτίωση της σοβαρής δυσπλασίας της.

ανεφικτό να αποκτήσει τη συγκατάθεσή της, ή περίπτωση στην οποία, κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ανακαλύφθηκαν ανεπανόρθωτες συνθήκες οι οποίες, εάν δεν αφαιρεθούν, θα έθεταν σε κίνδυνο τη ζωή ή την υγεία της ασθενούς. Συνεπώς, εφόσον δεν υπήρξε τέτοια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, εν προκειμένω, και η ενάγουσα - ασθενής, όπως υποστηρίζει, προσέλαβε τον εναγόμενο για να εξαγάγει τα δόντια, τα οποία η τελευταία υπέδειξε, η συγκατάθεσή της πριν από την εξαγωγή οίωνδηποτε άλλων ήταν απαραίτητη και οι αντίθετες δηλώσεις του οδοντιάτρου και της ασθενούς ως προς αυτό οδήγησε το δικαστήριο στο να υποβάλει την υπόθεση στους ενόρκους.

Τέλος, σημειωτέον είναι το γεγονός ότι, στο πλαίσιο του Αγγλοσαξωνικού Δικαίου, η πολιτική αποζημίωσης ενός οδοντιάτρου, αν είναι σαφής, πρέπει να ερμηνεύεται ορθώς νομικά και ο ασφαλιστής τεκμαίρεται ότι έχει ενεργήσει με πλήρη γνώση της νομικής ισχύος των πράξεων του ασφαλισμένου οδοντιάτρου σύμφωνα με τους νόμους σχετικά με την πρακτική της οδοντιατρικής επιστήμης. Μάλιστα, η Αμερικανική Οδοντιατρική Ένωση, με συμμετοχή πάνω από 148.000 οδοντιάτρους και εκπαιδευόμενους οδοντιάτρους, έχει εκδώσει Πρότυπα Πρακτικής Εφαρμοσμένης Οδοντιατρικής Υγιεινής²²⁸, Αρχές Δεοντολογίας²²⁹ και έναν Κώδικα Επαγγελματικής Συμπεριφοράς²³⁰.

Εν γένει, οι ηθικές δηλώσεις, στις οποίες έχουν προχωρήσει ιστορικά οι εκπρόσωποι του οδοντιατρικού επαγγέλματος, έχουν ως πυρήνα και πρωταρχικό στόχο τους το όφελος του ασθενούς. Η αναγνώριση αυτού του στόχου, καθώς και η εκπαίδευση και η κατάρτιση ενός οδοντιάτρου, οδήγησε στην παροχή ενός επαγγέλματος στην κοινωνία με το προνόμιο και την υποχρέωση της αυτοδιοίκησης. Μάλιστα, η προαναφερθείσα Ένωση απαιτεί από τα μέλη του οδοντιατρικού επαγγέλματος την επίδειξη φροντίδας και δικαιοσύνης στην επαφή τους με τους ασθενείς. Αν και η δομή της κοινωνίας μπορεί να αλλάξει, η επικρατούσα υποχρέωση του οδοντιάτρου περί παροχής ποιοτικής φροντίδας σε ένα ικανό και έγκαιρο επίπεδο θα παραμένει, σε κάθε περίπτωση, «αλώβητη», καθώς όλα τα μέλη του οδοντιατρικού επαγγέλματος πρέπει να προστατεύουν και να διατηρούν υψηλό το πρότυπο περίθαλψης, η οποία παρέχεται στο κοινό. Οι οδοντίατροι, συνεπώς, οφείλουν να βελτιώνουν την παρεχόμενη στους ασθενείς τους φροντίδα μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσής τους, της κατάρτισης, της

²²⁸ American Dental Hygienists' Association, Standards of Applied Dental Hygiene Practise, έτους 1985

²²⁹ American Dental Hygienists' Association, Principles of Ethics

²³⁰ American Dental Hygienists' Association, ADA Principles of Ethics and Code of Professional Conduct

έρευνας και, κυρίως, της τήρησης ενός αυστηρού κώδικα δεοντολογίας, δομημένου για να καλύψει τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς.

11.2. ΣΟΥΗΔΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Κατά τη διάρκεια του 21^{ου} αιώνα, οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, τους οποίους οφείλει να εφαρμόζει ο οδοντίατρος κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, έχουν απασχολήσει τον οδοντιατρικό κλάδο διεθνώς. Ειδικότερα, λόγω των συνεχών μεταβολών αφενός στον επαγγελματικό χώρο αφετέρου στις εν γένει κοινωνικές δομές, πραγματοποιούνται ολοένα και αυξανόμενες συζητήσεις σχετικά με το δεοντολογικό πλαίσιο που αρμόζει σε θέματα περίθαλψης και ιατρικών/οδοντιατρικών παροχών γενικά. Συνεπώς, η ηθική και δεοντολογική θεώρηση της σχέσης ανάμεσα στο οδοντιατρικό προσωπικό και τον ασθενή είναι διαχρονική, ενώ, παράλληλα, η άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος, ως εφαρμογή συγκεκριμένων τρόπων περίθαλψης, επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, ήτοι τις συντρέχουσες υποδομές υγειονομικής περίθαλψης καθώς και τις οικονομικές δυνατότητες - ευχέρειες. Ως εκ τούτου, οι πραγματοποιηθείσες σε αυτούς τους παράγοντες μεταβολές επηρεάζουν τον τρόπο άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος, χωρίς, ωστόσο, να οδηγούν σε σύγκρουση με τις ηθικές αρχές, οι οποίες διέπουν την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα προώθησης των κανόνων ηθικής και της δεοντολογίας κατά την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος αποτελεί η Σουηδική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, η οποία, προσφάτως, διένειμε στα μέλη της μια λίστα με οκτώ θέσεις σχετικής ηθικής και δεοντολογίας, οι οποίες αποτελούν και τα συμπεράσματα των πλειόνων αναλόγων συζητήσεων, στα οποία κατέληξαν οι Σουηδοί οδοντίατροι τα τελευταία χρόνια. Σημειωτέον το γεγονός ότι στη Σουηδία η οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχεται συνιστά μία από τις καλύτερες παγκοσμίως, ενώ η αναλογία αριθμού οδοντιάτρων προς τον πληθυσμό είναι μικρότερη συγκρινόμενη με τα δεδομένα της Ελλάδας.

Περαιτέρω, προκειμένου να ενισχυθούν οι σχέσεις εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον οδοντίατρο, η Σουηδική Οδοντιατρική Ομοσπονδία έχει τυπώσει τις εν λόγω οκτώ θέσεις ηθικής και δεοντολογίας σε ευμέγεθες έντυπο και παροτρύνει τα μέλη της να το αναρτήσουν στα οδοντιατρεία τους. Ειδικότερα, σύμφωνα με τις θέσεις της Σουηδικής

Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας²³¹, ο οδοντίατρος κατά την άσκηση του επαγγέλματός του οφείλει να καθοδηγείται από αίσθημα ειλικρίνειας και αγάπης για τον άνθρωπο, καθώς πρωταρχικός του σκοπός είναι η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας και ευεξίας του ασθενή. Επιπλέον, ο οδοντίατρος είναι υποχρεωμένος αφενός να προτείνει και να εφαρμόζει θεραπευτικές αγωγές και προληπτικά σχήματα, βασισμένα σε επιστημονικά δεδομένα και δοκιμασμένες εμπειρικές πρακτικές, αφετέρου να παρακολουθεί συνεχώς τις εξελίξεις της οδοντιατρικής επιστήμης και να διευρύνει τις γνώσεις του στα ανάλογα πεδία των δραστηριοτήτων του. Επιπροσθέτως, ο οδοντίατρος, σε καμία περίπτωση, δεν θα πρέπει να συμπεριφέρεται με απολυταρχικό τρόπο, οποίος ενέχει τον κίνδυνο της καταπάτησης του δικαιώματος του ασθενή να αποφασίζει ο ίδιος σε θέματα που αφορούν την υγεία του, με βάση την ελεύθερη βούλησή του. Μάλιστα, η σχέση του οδοντίατρου με τον εκάστοτε ασθενή του πρέπει να μην επηρεάζεται από συνθήκες και καταστάσεις, οι οποίες δε σχετίζονται με την εν λόγω περίθαλψη.

Ωστόσο, στην περίπτωση, κατά την οποία κρίνεται απαραίτητο, ο οδοντίατρος υποχρεούται να ζητά τη γνώμη και τη βοήθεια άλλων συναδέλφων με εξειδικευμένες γνώσεις, προκειμένου να μπορέσει να ολοκληρώσει ικανοποιητικά την εξέταση ή/και τη θεραπεία του εκάστοτε ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο οδοντίατρος οφείλει να συμμορφώνεται με τη λογική επιθυμία του ασθενή ή και των πλησιεστέρων συγγενών του περί της λήψεως συμβουλής από άλλον οδοντίατρο, με αναγκαία επέκταση, εφόσον ο ασθενής επισκεφθεί τον τελευταίο ο πρώτος οδοντίατρος να υποχρεούται να ενημερώσει τον δεύτερο συνάδελφο σχετικά με οτιδήποτε παρατήρησε κατά την κλινική εξέταση του ασθενή. Περαιτέρω, ο οδοντίατρος υποχρεούται να τηρεί το οδοντιατρικό απόρρητο και να μη διαδίδει στοιχεία από το ιστορικό του ασθενή του, είτε πρόκειται για δικές του παρατηρήσεις είτε για πληροφορίες, οι οποίες με οιοδήποτε τρόπο του μεταφέρθηκαν. Η οιαδήποτε ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με την υγεία του ασθενή, θα πρέπει να υπαγορεύεται αποκλειστικά από τις συντρέχουσες ανάγκες περίθαλψης και να πραγματοποιείται κατόπιν της λήψεως της νόμιμης συγκατάθεσης του ασθενή.

Επίσης, σύμφωνα με τις διατυπωθείσες θέσεις της Σουηδικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, ο οδοντίατρος οφείλει να προτείνει και να πραγματοποιεί μόνο εκείνες τις εξετάσεις και θεραπευτικές επιλογές, οι οποίες κρίνονται εύλογες στις συγκεκριμένες συνθήκες, περιορίζοντας την άσκοπη ταλαιπωρία και αδικαιολόγητη οικονομική επιβάρυνση του ασθενή. Μάλιστα, όπως

²³¹Κάλφας Σ., Ηθική και Δεοντολογία κατά την Άσκηση της Οδοντιατρικής, http://www.oskarditsas.gr/a_old_site/pages/enthiaferontaKeimena/HellenicStomatologicalReview_v45is1-2.pdf

εκ των ανωτέρω συνάγεται, ο οδοντίατρος υποχρεούται να σέβεται την εργασία των συναδέλφων του και γενικά του προσωπικού του, χωρίς να υποβαθμίζει ή να παραβλέπει τα συμφέροντα και τα δικαιώματα του ασθενή, καθώς η συναδελφική αλληλεγγύη δεν θα πρέπει ευλόγως να οδηγεί σε πράξεις που αποβαίνουν επιζήμιες για τον ασθενή.

Συνεπώς, κατόπιν μίας προσεκτικής ανάγνωσης των ανωτέρων Σουηδικών θέσεων και προτάσεων περί των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας του οδοντιατρικού επαγγέλματος, παρατηρείται ότι δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από αυτές που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από οδοντιάτρους στην Ελλάδα ή οποιαδήποτε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα. Μάλιστα, ανάλογης φύσεως και εκτάσεως κανόνες ηθικής έχουν δημοσιευθεί διεθνώς ακόμη και σε πανεπιστημιακό πλαίσιο, όπως ενδεικτικώς αναφέρεται ο «Κώδικας Ηθικής» (Code Of Ethics) του Πανεπιστημίου King Saud στο τμήμα Οδοντιατρικής²³², ο οποίος αφενός έχει ως αντικείμενο τη δεοντολογία, την οποία οφείλει να τηρεί ο μέσος συνετός οδοντίατρος αφετέρου βασίζεται σε πληθώρα συγγραφικών έργων περί της άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος²³³. Σημειωτέον είναι το γεγονός ότι και στα δύο προαναφερθέντα κείμενα παρατηρείται η παροχή έμφασης τόσο στο σεβασμό της προσωπικότητας όσο και στα συμφέροντα του ασθενή, γεγονός που συχνά προβληματίζει κάθε οδοντίατρο, όταν, χάριν της υποστήριξης των συμφερόντων του ασθενή, τίθεται σε κίνδυνο η συναδελφική αλληλεγγύη.

²³²College of Dentistry, King Saud University, Code Of Ethics, 2011

²³³Ενδεικτικώς αναφέρονται τα έργα του Branson R., The Ethics of Dental Research: An Overview of Basic Principles. J Dent Res, 59: 1214 – 1220 (1980), Shah R.M., Toward Developing a Code of Ethics, J Dent Res, 73: 1783 – 1787 και New York University College of Dentistry, Code of Ethics and Professional Conduct, approved EMC 080405 (2009).

12. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Είναι ευρέως γνωστό ότι η έρευνα, μέσω του στόχου της περί προεκτάσεως της ανθρώπινης γνώσης του φυσικού, βιολογικού και κοινωνικού κόσμου πέρα από τα σημερινά του όρια, συνιστά τον πυρήνα της κάθε φύσεως επιστήμης, με άμεση απόρροια να αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση προόδου των ιατρικών και, ειδικότερα, οδοντιατρικών επιστημών²³⁴. Πράγματι, η χρησιμοποίηση του ανθρώπου ως αντικείμενο έρευνας και πειραματισμού δεν είναι κάτι νέο, αφού ήδη κατά τους Αρχαίους Χρόνους αναφέρεται ότι κάποιος Πέρσης πρίγκιπας απομόνωνε νεογέννητα παιδιά από τους γονείς τους, οι οποίοι μιλούσαν διαφορετικές γλώσσες, προκειμένου να εξετάσει αν η γλώσσα ήταν κάτι το φυσικό, το οποίο μεταβιβαζόταν από τους γονείς στο παιδί ή ήταν κάτι το επίκτητο, ως αποτέλεσμα εκμάθησης. Αντίστοιχη περίπτωση αποτελεί το παράδειγμα της βασίλισσας Καρολίνα της Αγγλίας, η οποία δοκίμασε την αποτελεσματικότητα του εμβολίου του Janner για την ευλογιά στα παιδιά ενός νοσοκομείου πριν το χρησιμοποιήσει στα δικά της παιδιά²³⁵²³⁶.

Ωστόσο, στο παρελθόν η βιοϊατρική έρευνα σε ανθρώπους γινόταν υπό συνθήκες σχετικής και όχι απόλυτης ελευθερίας και χωρίς δυνατότητα επέμβασης ή και ενημέρωσης του ατόμου αλλά και της ίδιας της κοινωνίας. Περαιτέρω, ενώ, είναι δύσκολο να καθοριστεί ο ακριβής χρόνος και τα ακριβή γεγονότα, τα οποία οδήγησαν την κοινωνία να στρέψει το ενδιαφέρον της στην επιστημονική έρευνα με αντικείμενο πειραματισμού τον ίδιο τον άνθρωπο, βέβαιο είναι ότι αφενός η κακοποίηση ανθρώπων και η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο όνομα της επιστήμης και της ιατρικής έρευνας, κατά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, αφετέρου η δίκη των εγκληματιών πολέμου στη Νυρεμβέργη, ευαισθητοποίησαν και έστρεψαν την προσοχή του κοινού σε αυτό το κομβικό σημείο. Πράγματι, άμεση απόρροια των δικών της Νυρεμβέργης ήταν το έτος 1949 η θέσπιση, για πρώτη φορά, ενός γραπτού «Κώδικα Ηθικής Ιατρικής Έρευνας» (Nuremberg Code of Ethics for Medical Research)²³⁷, στον οποίον τονίζεται α) η σημασία της ενημέρωσης και συγκατάθεσης των ατόμων, τα οποία συμμετέχουν στην εκάστοτε βιοϊατρική έρευνα, β) η αναγκαιότητα της μελέτης και η βαρύτητα των πιθανολογούμενων ευρημάτων και γ) η βάση της μελέτης σε προγενέστερα ευρήματα από αντίστοιχες μελέτες σε

²³⁴Βουγιουκλάκης Γ., Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά: Βιοηθική στην Οδοντιατρική έρευνα, έτος 2002, 46, σ. 223 - 225

²³⁵Κουτσελίνης Α., Μιχαλοδημητράκης Μ., Ιατρική Ευθύνη, Εκδ. Gutenberg, 1984

²³⁶Branson R., The ethics of Dental Research: An overview of basic principles. J, Dent. Res. 59 :1214, 1980

²³⁷The Nuremberg Code, <http://ohrp.osophs.dhhs.gov>

πειραματόζωα καθώς και το θεωρητικό υπόβαθρο της εν λόγω μελέτης, η οποία δικαιολογεί τη μελέτη σε ανθρώπους.

Εν γένει ο προαναφερθείς αυτός Κώδικας περιλαμβάνει κανόνες τόσο γενικούς όσο και ειδικούς/συγκεκριμένους, οι οποίοι βοηθούν τους ερευνητές ή και αυτούς που θα αξιολογήσουν τη μελέτη για το κατά πόσο τηρούνται οι απαραίτητες αρχές της βιοηθικής. Ωστόσο, οι εν λόγω κανόνες δε δύνανται να δώσουν λύσεις σε πιο σύνθετα ερωτήματα, τα οποία αφορούν τη βιοϊατρική έρευνα σε ανθρώπους, με άμεση απόρροια να προέβαλε αναγκαία η θέσπιση αυστηρών προϋποθέσεων και κανόνων για την εξασφάλιση την υγείας του ατόμου, προκειμένου να λαμβάνει χώρα νομίμως οισδήποτε πειραματισμός με αντικείμενο τον άνθρωπο. Συνεπώς, τον Κώδικα της Νυρεμβέργης ακολούθησε η Διακήρυξη του Ελσίνκι, το έτος 1964, η οποία έκτοτε αναθεωρήθηκε/τροποποιήθηκε σε μια σειρά επόμενων συνελεύσεων και, συγκεκριμένα, στις συνελεύσεις του Τόκιο (29^η Οκτωβρίου 1975), της Βενετίας (35^η Οκτωβρίου 1983), του Χονγκ Κονγκ (41^η Σεπτεμβρίου 1989), του Σόμερσετ Γουέστ της Δημοκρατίας της Νότιας Αφρικής (48^η Οκτωβρίου 1996), του Εδιμβούργου (52^η Οκτωβρίου 2000), και της Σεούλ Νότιας Κορέας (60^η Οκτωβρίου 2008)²³⁸ και η οποία καλύπτει τις αρχές στις οποίες πρέπει να βασίζεται ο πειραματισμός στον άνθρωπο²³⁹.

Ειδικότερα, η Διακήρυξη του Ελσίνκι περιλαμβάνει 32 ενότητες όπου τα κύρια σημεία τους είναι α) η υποχρέωση του ιατρού να διαφυλάττει την υγεία των ανθρώπων, β) η εν γνώσει του ασθενούς πράξη του ιατρού, όταν ο τελευταίος παρέχει περίθαλψη, η οποία ενδέχεται να έχει σαν αποτέλεσμα την αποδυνάμωση της φυσικής ή νοητικής κατάστασης του ασθενούς, γ) η έρευνα, στην οποία βασίζεται σε μεγάλο μέρος η πρόοδος της ιατρικής, να έχει ως απαραίτητη προϋπόθεση τη βελτίωση της υγείας του ανθρώπου, δ) η ιατρική έρευνα να υπόκειται σε ηθικές αρχές που προάγουν το σεβασμό για την ανθρώπινη ύπαρξη και προστατεύουν την υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα, καθώς ορισμένοι πληθυσμοί έρευνας είναι τρωτοί και χρειάζονται προστασία, ε) η υποχρέωση του ιατρού να είναι η προστασία της ζωής, της υγείας, της ιδιωτικότητας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου, στ) η έρευνα σε ανθρώπους να προϋποθέτει την προσαρμογή της σε γενικά αποδεκτές ιατρικές πρακτικές, σε λεπτομερή γνώση της επιστημονικής βιβλιογραφίας και σε επαρκή πειράματα σε ζώα, ζ) το λεπτομερειακό πρωτόκολλο της έρευνας να υποβάλλεται για σχολιασμό, καθοδήγηση και όπου χρειάζεται

²³⁸ Επιτροπή Εκπαίδευσης και Ερευνών του ΤΕΙ Αθήνας, Κώδικας Ηθικής και Δεοντολογίας, 2013, http://www.teiath.gr/userfiles/khitas/documents/2013/anakoinoseis/kvdikas_ithikis_deontologias_EEE.pdf

²³⁹ Διακήρυξη του Ελσίνκι, WHO Chronicle 30:360, 1976

έγκριση, σε ειδικά καθορισμένη επιτροπή για την άσκηση ηθικής κριτικής, η οποία θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από τον ερευνητή, τον χρηματοδότη ή οποιονδήποτε άλλο άμεσα σχετιζόμενο με την έρευνα, η) η έρευνα σε ανθρώπους να γίνεται μόνο όταν η σημαντικότητα των συμπερασμάτων υπερτερεί των πιθανών κινδύνων, ιδιαίτερα σημαντική επισήμανση όσον αφορά τους υγιείς εθελοντές, θ) οι εθελοντές, οι οποίοι συμμετέχουν στην έρευνα να έχουν ολοκληρωμένη πληροφόρηση σχετικά με τους στόχους της μελέτης, τη μεθοδολογία, τις πηγές χρηματοδότησης, τα οιαδήποτε αντικρουόμενα συμφέροντα, τα αντικειμενικά οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους και προβλήματα, τα οποία ενδέχεται να δημιουργηθούν, γνωρίζοντας, επιπλέον, ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και, ως εκ τούτου, να δύνανται να διακόψουν τη συμμετοχή τους οιαδήποτε στιγμή χωρίς την επιβολή κυρώσεων. Μάλιστα, η εθελοντική συμμετοχή πρέπει να είναι γραπτή, ενώ στην αντίθετη περίπτωση πρέπει να γίνεται με παρουσία μάρτυρα, ι) η υποχρέωση του ερευνητή λήψης της συγκατάθεσης, κατόπιν ενημέρωσης, του νομικά εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου, όταν στην έρευνα συμμετέχει ένα άτομο νομικά ανίκανο, ήτοι σωματικά ή πνευματικά ανίκανο, να παράσχει τη συγκατάθεση του, ή νομικά «αναρμόδιο» λόγω της μικρής του ηλικίας. Ωστόσο, τέτοιες ομάδες εθελοντών δεν θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην έρευνα εκτός και αν από την έρευνα προκύπτει όφελος για τον πληθυσμό που αυτά εκπροσωπούν και κ) η ελευθερία του ιατρού, μετά από την κατάλληλη ενημέρωση και συμφωνία του ασθενούς, να χρησιμοποιήσει νέες θεραπευτικές μεθόδους, εάν κρίνει ότι αυτές δύνανται να προσφέρουν ελπίδα για να σωθεί η ζωή, να επανέλθει η υγεία ή να εξαλειφθεί ο πόνος και η κακουχία του ασθενούς, εφόσον στο στάδιο θεραπείας του, οι αποδεδειγμένες θεραπευτικές μέθοδοι φαίνεται να μην είναι αποτελεσματικές.

Η διακήρυξη του Ελσίνκι είναι ένα κείμενο οδηγίων, το οποίο πραγματοποιήθηκε από ιατρούς και απευθύνεται σε ιατρούς, οι οποίοι εμπλέκονται στη βιοϊατρική έρευνα σε ανθρώπους, με σκοπό τη διατήρηση της σχέσης εμπιστοσύνης²⁴⁰²⁴¹, η οποία, σε κάθε περίπτωση, πρέπει να χαρακτηρίζει τη σχέση ιατρικού κόσμου - κοινωνίας. Ωστόσο, η σχέση αυτή εμπιστοσύνης έχει διαταραχθεί αρκετές φορές την τελευταία 50ετία, όπως αποδείχθηκε μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο από τις ακρότητες, οι οποίες συνέβησαν σε Γερμανικά αλλά και Ιαπωνικά στρατόπεδα συγκέντρωσης καθώς και από την κοινότητα σε καιρό ειρήνης. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα από τη μακρόχρονη μελέτη σε συφιλιδικούς κρατούμενους στην

²⁴⁰ Gillett G. R., Ethics and dental research. J. Dent. Res. 73:1766, 1994

²⁴¹ Yeager A. L.: Where will the genome lead us? JADA 132:801, 2001

πολιτειακή φυλακή του Tuskegee της Αλαμπάμα των Η.Π.Α., η οποία κράτησε από το 1932 μέχρι το 1972, καθώς, επίσης, και τα αποτελέσματα της μελέτης των Sloane – Katlering, κατά την οποία εθελοντές, χωρίς να το γνωρίζουν, εμβολιάστηκαν με καρκινικά κύτταρα πάλι στις Η.Π.Α.^{242,243}. Εκ των ανωτέρω γεγονότων, τα τελευταία χρόνια η ευαισθησία της κοινωνίας σε τέτοια γεγονότα είναι αρκετά αυξημένη στο σημείο που ο πρόεδρος Clinton το 1997 απελογήθη και ζήτησε συγγνώμη για τους ακούσιους «εθελοντές» της μελέτης του Tuskegee, με άμεση, μάλιστα, απόρροια να έρχεται η ίδια η πολιτεία, ορίζοντας τους κανόνες, οι οποίοι θα πρέπει να τηρούνται, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν άνθρωποι στη βιοϊατρική έρευνα. Πράγματι, τον Ιούλιο του 1974 στις Η.Π.Α. η Εθνική Ερευνητική Πράξη²⁴⁴ έγινε νόμος που προέβλεπε τη δημιουργία της Εθνικής Επιτροπής για την Προστασία των Ανθρώπων κατά τη διεξαγωγή Βιοϊατρικής Έρευνας και Έρευνας της Συμπεριφοράς. Εν συνεχεία, η Επιτροπή αυτή, μετά από τέσσερα περίπου χρόνια, υπέβαλε στο Υπουργείο Υγείας, Παιδείας και Κοινωνικής πρόνοιας την «Αναφορά του Μπέλμοντ»²⁴⁵, η οποία περιγράφει αφενός βασικές ηθικές αρχές και οδηγίες προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα ηθικά προβλήματα, τα οποία προκύπτουν στην βιοϊατρική έρευνα σε ανθρώπους αφετέρου θέσπισε κατευθυντήριες οδηγίες για ειδικότερες περιπτώσεις, όπως, ενδεικτικώς, αναφέρεται η έρευνα σε έμβρυα, παιδιά, τροφίμους φυλακών και αναμορφωτηρίων. Η εν λόγω Αναφορά έχει στις Η.Π.Α. σε μεγάλο βαθμό ισχύ νόμου.

Αντίστοιχα, στην Ευρώπη για πολλά χρόνια υπήρξε προβληματισμός σχετικά με τις προϋποθέσεις διεξαγωγής κλινικών μελετών σε ανθρώπους, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο οποίο από το έτος 1967 είχαν συσταθεί στους διάφορους κρατικούς φορείς ιατρικών υπηρεσιών επιτροπές δεοντολογίας της έρευνας, χωρίς, ωστόσο, να υπάρχει μία ενιαία στρατηγική για όλους τους φορείς. Εν γένει, η Ευρωπαϊκή Ένωση το έτος 1965 με την οδηγία 65/65 του Συμβουλίου και όλες τις μεταγενέστερες τροποποιήσεις της καθόρισε τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες θα πρέπει να γίνονται κλινικές μελέτες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εκάστοτε φαρμάκων.

Ειδικότερα, όσον αφορά τις κλινικές μελέτες στο χώρο της Οδοντιατρικής Επιστήμης, ό,τι αφορά τις κλινικές μελέτες στο χώρο της ιατρικής αφορά και τις αντίστοιχες κλινικές μελέτες στο χώρο της τελευταίας. Συνεπώς, εφόσον σε μια μελέτη θα χρησιμοποιηθούν άνθρωποι θα

²⁴²Miller R.: Regulations Concerning research. J. Dent. Res. 59: 1235, 1980

²⁴³Leske G. S., Ripa L. W.: Ethical and legal considerations associated with clinical field trials. J. Dent. Res. 59: 1243, 1980

²⁴⁴Pub.L. 93 - 348

πρέπει να ακολουθηθεί μία διαδικασία που θα εξασφαλίσει την τήρηση των ίδιων κανόνων δεοντολογίας που αφορούν την ιατρική μελέτη σε ανθρώπους. Συγκεκριμένα οι μελέτες οι οποίες αφορούν ανθρώπινο υλικό χωρίζονται σε δύο βασικές ομάδες στις α) Επιδημιολογικές και στις β) Κλινικές. Οι Επιδημιολογικές Μελέτες θα μπορούσαν να ταξινομηθούν βασικά σε δύο κατηγορίες, ήτοι στις Επιδημιολογικές Μελέτες οι οποίες αφορούν απλή παρατήρηση και καταγραφή στοιχείων και στις Επιδημιολογικές Μελέτες στις οποίες, προκειμένου να συλλεγούν στοιχεία, απαιτούνται κάποιες μέθοδοι οι οποίες υποβάλλουν το άτομο σε ελάχιστο κίνδυνο (π.χ. συλλογή τριχών, νυχιών, ακτινογραφία, λήψη αίματος, λήψη οδοντικής πλάκας, βιοψία κ.λπ.) Αντίστοιχα οι Κλινικές Μελέτες θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τέσσερις κατηγορίες, ήτοι Κλινικές Μελέτες που αφορούν τη μελέτη διαφόρων προληπτικών παραγόντων, Κλινικές Μελέτες που αφορούν τη μελέτη διαφόρων παραγόντων με θεραπευτική δράση (π.χ. φαρμακευτικούς παράγοντες), Κλινικές Μελέτες που απαιτούν την εφαρμογή κάποιων θεραπευτικών ή άλλων τεχνικών και Κλινικές Μελέτες που αφορούν την αξιολόγηση της συμπεριφοράς. Εν προκειμένω, η διεξαγωγή όλων των ανωτέρω μελετών βασίζεται στις τρεις βασικές ηθικές αρχές του σεβασμού στο άτομο, του αναμενομένου οφέλους και της δικαιοσύνης, οι οποίες, με τη σειρά τους δύνανται να μεταφραστούν σε ενημέρωση του ατόμου, το οποίο θα συμμετάσχει στην έρευνα, σε αξιολόγηση του κινδύνου/οφέλους και σε δίκαιη επιλογή των εν λόγω ατόμων.

Μάλιστα, προκειμένου να υλοποιηθούν οι ανωτέρω αρχές στην έρευνα που γίνεται σε ανθρώπους, στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, δημιουργήθηκε η Επιτροπή Δεοντολογίας Έρευνας, με σκοπό να ορίζει τη διαδικασία, η οποία θα πρέπει να ακολουθηθεί, προκειμένου να διεξαχθεί έρευνα σε ανθρώπους, και η οποία έχει διαμορφώσει τρία έντυπα, αναρτημένα στο διαδίκτυο και, συγκεκριμένα, στην ιστοσελίδα της Οδοντιατρικής Σχολής (μαζί με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι και συναφείς πηγές), από τα οποία το πρώτο αφορά την περιγραφή της όλης διαδικασίας, το δεύτερο αφορά ένα υπόδειγμα ενημερωτικού εντύπου, το οποίο θα πρέπει να δίνεται σε όσους θα συμμετάσχουν εθελοντικά στην έρευνα και, τέλος, το τρίτο έντυπο είναι ένα υπόδειγμα γραπτής συγκατάθεσης το οποίο υπογράφεται τόσο από τον εθελοντή όσο από τον εν λόγω ερευνητή.

²⁴⁵The Belmont Report, <http://ohrp.osophs.dhhs.gov>

13. ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ευθύνη του οδοντίατρου διακρίνεται εν γένει στις εξής τρεις κατηγορίες²⁴⁶ την πειθαρχική ευθύνη απέναντι σε επαγγελματικά όργανα (π.χ. έναντι των Οδοντιατρικών Συλλόγων της χώρας) για παραβιάσεις των καθηκόντων και υποχρεώσεων, που επιβάλλονται από τον Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας – Κ.Ο.Δ., την ποινική ευθύνη, στη βάση της οποίας η πολιτεία τιμωρεί τον οδοντίατρο για την προσβολή των εννόμων αγαθών του ασθενή, όπως π.χ. για την εκ δόλου ή εξ αμελείας πρόκληση ελαφράς ή βαριάς σωματικής βλάβης ή ακόμη και θανάτου του ασθενούς, και την αστική ευθύνη, με την οποία δημιουργείται υποχρέωση του οδοντίατρου για καταβολή χρηματικής αποζημίωσης, όταν κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας προκαλείται οιαδήποτε βλάβη/ζημία του ασθενούς.

Όσον αφορά την πειθαρχική ευθύνη των οδοντιάτρων, αυτή θεμελιώνεται στον Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ 39/2009) και ιδίως στο προαναφερόμενο άρθρο 1 αυτού σε συνδυασμό με το άρθρο 52 του Ν. 1026/80, όπου προσδιορίζονται οι παραβάσεις που συνιστούν πειθαρχικό παράπτωμα. Το πειθαρχικό παράπτωμα κρίνεται και τιμωρείται από το αρμόδιο Πειθαρχικό Συμβούλιο με πειθαρχική ποινή ανεξάρτητα κάθε ποινικής ευθύνης ή άλλης κύρωσης, κατά τις κείμενες διατάξεις. Μάλιστα, οι επιβαλλόμενες από το Πειθαρχικό Συμβούλιο ποινές είναι: α) έγγραφη επίπληξη, β) πρόστιμο, γ) προσωρινή παύση εξασκήσεως του οδοντιατρικού επαγγέλματος από δέκα πέντε ημέρες έως έξι μήνες και δ) οριστική παύση εξασκήσεως του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Περαιτέρω, η ποινή της οριστικής παύσης μπορεί να επιβληθεί εάν ο οδοντίατρος: α) τιμωρηθεί, εντός τριετίας, από το Πειθαρχικό Συμβούλιο με δύο τουλάχιστον πειθαρχικές ποινές προσωρινής παύσης εξάσκησης οδοντιατρικού επαγγέλματος, β) καταδικάσθηκε με αμετάκλητη απόφαση ποινικού δικαστηρίου για κακούργημα, γ) καταδικάσθηκε με δύο τουλάχιστον αμετάκλητες αποφάσεις ποινικού δικαστηρίου για πλημμέλημα κατά την άσκηση ή με αφορμή την άσκηση του επαγγέλματος του. Συνεπώς, ο οδοντίατρος είναι μπροστά σε μία νέα πραγματικότητα, την οποία καλείται να αντιμετωπίσει, καθώς το κλίμα εμπιστοσύνης, το οποίο περιέβαλε τη θεραπευτική δραστηριότητα έχει υποχωρήσει, με άμεση απόρροια ο τελευταίος να μη βρίσκεται πλέον στο απυρόβλητο αλλά αντίθετα να του καταλογίζεται ευθύνη από τους εκάστοτε ασθενείς του με,

²⁴⁶ Ζουπούδη Λ., Αστική Ευθύνη του Οδοντίατρου, <http://www.osth.gr/wp-content/uploads/2014/12/AST.pdf>

σχετικώς, μεγαλύτερη πλέον ευκολία. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο πλέον να γνωρίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του και να πράττει αναλόγως.

Όσον αφορά την ποινική ευθύνη των οδοντιάτρων, αυτή απορρέει από πράξεις ή παραλείψεις, που συνιστούν παράβαση των ποινικών διατάξεων. Συνήθης περίπτωση ποινικής ευθύνης του οδοντιάτρου είναι η πρόκληση σωματικής βλάβης από αμέλεια. Ειδικότερα, το άρθρο 314 Π.Κ. προβλέπει ότι όποιος από αμέλεια προκαλεί σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας άλλου τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τριών ετών και, αν η σωματική βλάβη που προκλήθηκε είναι εντελώς ελαφρά, επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι τριών μηνών ή χρηματική ποινή. Ως βλάβη δεν νοείται οποιαδήποτε μεταβολή αλλά εκείνη που δημιουργεί χειρότερη κατάσταση από την υφισταμένη. Συγκεκριμένα, ως σωματική κάκωση νοείται η ανάρμοστη κακομεταχείριση του σώματος, που βλάπτει την σωματική ακεραιότητα και την ευεξία - εξωτερική εμφάνιση του ασθενούς, ενώ, παράλληλα, ως βλάβη της υγείας νοείται οποιαδήποτε πάθηση της σωματικής ή διανοητικής υγείας ή επίταση υπάρχουσας ήδη παθολογικής κατάστασης. Μάλιστα ως εντελώς ελαφρά σωματική βλάβη νοείται αυτή, η οποία, χωρίς να είναι επουσιώδης, έχει όλως επιπόλαιες συνέπειες. Σημειώνεται ότι στην περίπτωση που ο υπαίτιος της σωματικής βλάβης από αμέλεια ήταν υπόχρεος λόγω της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματος του να καταβάλει ιδιαίτερη επιμέλεια ή προσοχή, η ποινική δίωξη ασκείται αυτεπάγγελα - χωρίς έγκληση.

Όσον αφορά την αστική ευθύνη των οδοντιάτρων, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν συντρέχει περίπτωση αστικής ευθύνης ενός οδοντιάτρου για κάποια βλάβη που υπέστη ένας ασθενής, κρίσιμη είναι η συνδρομή των προϋποθέσεων του νόμου, η οποία διερευνείται και δικαστικώς. Ειδικότερα, η αστική ευθύνη του οδοντιάτρου, ανάλογα με τη νομική θεμελίωση της (και πέραν του άρθρου 57 ΑΚ περί της παράνομης προσβολής της προσωπικότητας), διακρίνεται αφενός σε ενδοσυμβατική, ως συνέπεια της σύναψης σύμβασης μεταξύ του οδοντιάτρου και του ασθενούς για την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών και της μη εκτέλεσης ή της πλημμελούς εκτέλεσης της σύμβασης αυτής αφετέρου σε αδικοπρακτική²⁴⁷ (ή συρροή των εν λόγω νόμιμων βάσεων) καθώς και σε ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες, σύμφωνα με το άρθρο 8 Ν. 2251/1994, κατά την άποψη με την οποία καθιερώνεται ως αυτοτελής εκ του νόμου λόγος ευθύνης, αποβλέποντας στην αποκατάσταση της ζημίας του ασθενούς.

²⁴⁷914 ΑΚ «Οποιος ζημιώσει άλλον παράνομα και υπαίτια έχει υποχρέωση να τον αποζημιώσει».

Ωστόσο, συνηθέστερη νομική βάση αποτελεί η αδικοπρακτική ευθύνη, λαμβανομένου υπόψη ότι μπορεί να προβληθεί μέσω αυτής και ξεχωριστό αίτημα χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης, εφόσον συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις. Κατ'αρχάς απαιτείται παράνομη πράξη ή παράλειψη του οδοντιάτρου, ήτοι συμπεριφορά η οποία αντίκειται σε απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου, ο οποίος απονέμει δικαίωμα ή προστατεύει συγκεκριμένο συμφέρον του ζημιωθέντος, ενώ, παράλληλα, αρκεί η αντίθεση της συμπεριφοράς στο γενικότερο πνεύμα του δικαίου ή στις επιταγές της έννομης τάξης. Επίσης, απαιτείται αφενός υπαιτιότητα του οδοντιάτρου, η οποία υπάρχει και στην περίπτωση της αμέλειας του παρανόμως πράξαντος ή παραλείψαντος αφετέρου επέλευση ζημίας και αιτιώδης σύνδεσμος/συνάφεια μεταξύ της εν λόγω πράξης ή παράλειψης και της συγκεκριμένης ζημίας, που υπάρχει όταν η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά είναι, σύμφωνα με τα διδάγματα της κοινής πείρας, ικανή, κατά τη συνηθισμένη και κανονική πορεία των πραγμάτων, να επιφέρει τη ζημία που επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση. Σημειωτέον το γεγονός ότι το κύριο περιεχόμενο της αδικοπρακτικής ευθύνης είναι η υποχρέωση για την αποκατάσταση της ζημίας που προξενήθηκε και η οποία επανορθώνεται σε όση έκταση συνδέεται με πρόσφορη αιτιώδη συνάφεια προς το ζημιόγono γεγονός, ήτοι η αποζημίωση θα υπολογισθεί με βάση τι θα είχε ο ζημιωθείς αν δεν παρεμβαλόταν το εν λόγω ζημιόγono γεγονός. Σε κάθε περίπτωση, εκτός από την υλική ζημία δύναται να αποκατασταθεί και η ηθική βλάβη του παθόντος, ήτοι η μη αποτιμητή σε χρήμα ζημία που υφίσταται το πρόσωπο από την προσβολή μη περιουσιακών αγαθών του (π.χ. υγείας). Συνεπώς, εφόσον υπάρχει οδοντιατρικό σφάλμα, το οποίο οφείλεται σε υπαιτιότητα (δόλο ή αμέλεια) του οδοντιάτρου και το σφάλμα αυτό προκάλεσε αιτιωδώς ζημία στον ασθενή, ο εν λόγω οδοντίατρος ευθύνεται αφενός σε αποζημίωση του ασθενή του, προκειμένου να τον επαναφέρει στην οικονομική θέση, στην οποία ο τελευταίος θα βρισκόταν, αν δεν είχε μεσολαβήσει το υπαίτιο σφάλμα του οδοντιάτρου, αφετέρου σε αποκατάσταση της ηθικής του βλάβης ή, στην περίπτωση του θανάτου, της ψυχικής οδύνης των συγγενών του.

Περαιτέρω, όπως προαναφέρθηκε η αδικοπρακτική ευθύνη του οδοντιάτρου για ζημία, την οποία προκάλεσε στον ασθενή του κατά την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών του, εμπίπτει και στη ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 του Ν. 2251/94, περί της προστασίας των καταναλωτών, αφού ο οδοντίατρος παρέχει τις υπηρεσίες του κατά τρόπο ανεξάρτητο, δηλαδή δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του ασθενούς αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει ο ίδιος τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του. Εκ των

ανωτέρω, ενώ κατά κανόνα, κάθε διάδικος οφείλει να αποδείξει τα πραγματικά γεγονότα, που είναι αναγκαία προκειμένου να υποστηρίξει την αυτοτελή αίτηση ή ανταίτησή του, με την εφαρμογή της προαναφερόμενης διάταξης υπάρχει αντιστροφή του βάρους απόδειξης με δυσμενείς συνέπειες για τον οδοντίατρο, ήτοι με μόνη την επέλευση της ζημίας τεκμαίρεται ότι ο οδοντίατρος επέδειξε παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά και φέρει το βάρος απόδειξης του αντιθέτου. Στο πλαίσιο αυτό, ο ασθενής οφείλει να αποδεικνύει τη ζημία, την παροχή προς αυτόν των οδοντιατρικών υπηρεσιών και τον υφιστάμενο μεταξύ τους αιτιώδη σύνδεσμο, όχι όμως και την συγκεκριμένη πράξη ή παράλειψη που επέφερε το ζημιογόνο αποτέλεσμα, ενώ ο οδοντίατρος την εκ μέρους του έλλειψη εκδήλωσης παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς, την έλλειψη συνδρομής αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της συμπεριφοράς και της ζημίας ή την εμφάνιση κάποιου λόγου άρσης ή μείωσης της ευθύνης του.

Σε κάθε περίπτωση, η απόδειξη του οδοντιατρικού λάθους και του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ συμπεριφοράς και ζημίας μπορεί να ενέχει ιδιαίτερες δυσκολίες, ανάλογα με την περίπτωση, με άμεση απόρροια ο δικαστής να οφείλει να αναζητήσει σε κάθε περίπτωση τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της διάγνωσης ή θεραπείας ως αιτίου και της βλάβης του ασθενούς ως αιτιατού και, επειδή δεν μπορεί, με βάση τις γνώσεις του και κατά κοινή πείρα, να κρίνει το αποδεικτικό υλικό, να είναι αναγκασμένος να καταφύγει σε διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, η οποία με το περιεχόμενο της σχετικής έκθεσης ασκεί, συνήθως, καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της υπόθεσης.

Ειδικότερα, στην περίπτωση της αστικής οδοντιατρικής ευθύνης, εξετάζεται εάν αφενός ο οδοντίατρος ενήργησε σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες και τα σύγχρονα δεδομένα της οδοντιατρικής επιστήμης και πράξης του (*lege artis*) αφετέρου εάν επέδειξε την επιβαλλόμενη, σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλεια, ήτοι ως οδοντιατρικό σφάλμα ορίζεται η ενέργεια ή η παράλειψη του οδοντιάτρου, κατ' απόκλιση των γενικά παραδεκτών κανόνων της οδοντιατρικής επιστήμης ή της αντικειμενικής επιμέλειας, την οποία οφείλει να επιδείξει ο μέσος συνετός οδοντίατρος της οικείας ειδικότητας (π.χ. χειρουργός οδοντίατρος). Συνεπώς, μέτρο σύγκρισης δεν είναι η συμπεριφορά που μπορούσε να επιδείξει ο ίδιος ο οδοντίατρος αλλά η συμπεριφορά που μπορούσε να επιδείξει υπό τις ίδιες συνθήκες και μέσα ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου του. Στην περίπτωση ύπαρξης ειδικότητας ή ειδικευμένης αντικειμενικά μετρήσιμης γνώσης, το «πρότυπο» της επιμέλειας πρέπει να αναζητείται στον στενότερο αυτό κύκλο π.χ. του χειρουργού οδοντιάτρου, καθώς είναι σύνηθες ο ασθενής να

γνωρίζει και να αποβλέπει στα αυξημένα προσόντα του οδοντιάτρου, στα οποία και ο ίδιος ο οδοντίατρος βασίζει την επαγγελματική και οικονομική του πρόοδο, συμφωνώντας αντίστοιχα την καταβολή υψηλότερης αμοιβής του.

Σε κάθε περίπτωση, οι υποχρεώσεις του οδοντιάτρου δε δύνανται να φτάνουν μέχρι το σημείο επίρριψης ευθύνης για την αποτυχία της θεραπείας ή της όποιας ιατρικής ενδεδειγμένης ενέργειάς του. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, ο οδοντίατρος με το έργο του δεν αναλαμβάνει και δεν μπορεί να αναλάβει με βεβαιότητα 100% την επιτυχή αποθεραπεία του ασθενούς, παρά μόνο την εφαρμογή των ενδεδειγμένων επιστημονικών μεθόδων, καθώς ο οδοντίατρος έχει υποχρέωση επιμέλειας και όχι υποχρέωση συγκεκριμένου αποτελέσματος και, σε κάθε περίπτωση, η ιατρική/οδοντιατρική επιστήμη δεν έχει εξασφαλίσει βεβαία πρόγνωση ή ακρίβεια των αποτελεσμάτων θεραπείας²⁴⁸. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλη άποψη, υποστηριχθείσα και διεθνώς, ο οδοντίατρος έχει ευθύνη για την μη επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος, για ορισμένες οδοντιατρικές πράξεις, ήτοι προσθετικές ή απλές οδοντιατρικές εργασίες, είτε επειδή ο ασθενής αποβλέπει στο εν λόγω αποτέλεσμα είτε επειδή οι εργασίες αυτές έχουν, σχετικώς, άμεσο και βέβαιο αποτέλεσμα, με άμεση απόρροια ο οδοντίατρος, στην περίπτωση αυτή, να είναι υποχρεωμένος να διορθώσει το δημιουργηθέν πρόβλημα ή να μειώσει την αμοιβή του. Σημειωτέον το γεγονός ότι οιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται, σύμφωνα με το άρθρο 4 Κ.Ι.Δ., αναλογικά εφαρμοζόμενο και στην άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος, μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο, το οποίο διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

Επιπλέον, η οδοντιατρική αμέλεια μπορεί να εμφανίζεται με πλείονες μορφές, Κατ' αρχάς, οδοντιατρική αμέλεια συνιστά η εσφαλμένη διάγνωση ή μη διάγνωση μίας οδοντιατρικής νόσου, η οποία οφείλεται σε μη συμμόρφωση με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας. Η ορθή διάγνωση αποτελεί την βάση για την επιτυχημένη αντιμετώπιση ενός περιστατικού και προϋποθέτει ιδίως τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς, την κλινική και ακτινογραφική εξέταση του, τη σωστή εκτίμηση και αξιολόγηση, τη συμβουλή ειδικού οδοντιάτρου και τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Επίσης η εσφαλμένη επιλογή της εκάστοτε θεραπευτικής αγωγής συνιστά οδοντιατρική αμέλεια.

²⁴⁸ Αντωνίου Λ., Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ για πράξεις ή παραλείψεις κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, <http://slideplayer.gr/slides>

Συγκεκριμένα, η επιλογή της εν λόγω θεραπείας πρέπει να βασίζεται ιδίως στη σωστή διάγνωση, στην αντικειμενική εκτίμηση της συνολικής υγείας του ασθενούς, στις υφιστάμενες δυνατότητες εφαρμογής της, στη σοβαρή προσδοκία ουσιαστικού οφέλους, και στους τυχόν κινδύνους, οι οποίοι πρέπει να αντιρροπούνται με το προσδοκώμενο όφελος του ασθενούς. Μάλιστα, και η εσφαλμένη/πλημμελής εκτέλεση της θεραπευτικής αγωγής αποτελεί περίπτωση οδοντιατρικής αμέλειας, ενώ, παράλληλα, ο οδοντίατρος έχει υποχρέωση τήρησης αρχείου και διατήρησης του, και, συγχρόνως, ο ασθενής έχει δικαίωμα αφενός πρόσβασης στο εν λόγω αρχείο αφετέρου λήψης αντιγράφων του φακέλου του, για τις οποίες υποχρεώσεις, σε κάθε περίπτωση, ο εκάστοτε οδοντίατρος ευθύνεται.

Περαιτέρω, καίριας σημασίας, για τη θεμελίωση αστικής ευθύνης, είναι η συναίνεση του ασθενούς. Η οδοντιατρική πράξη, η οποία πραγματοποιείται χωρίς τη λήψη της νόμιμης συναίνεσης του ασθενούς χαρακτηρίζεται ως «αυθαίρετη», με άμεση απόρροια ο ασθενής να έχει αξίωση κατά του εν λόγω οδοντιάτρου προς αποκατάσταση της ζημίας του για κάθε βλάβη στο σώμα και στην υγεία του, η οποία προέρχεται αιτιωδώς από τη διενεργηθείσα αυθαίρετη πράξη. Μάλιστα, εν προκειμένω, το γεγονός ότι η πράξη εκτελέστηκε σύμφωνα με τους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης δεν αποτελεί λόγο άρσεως της οδοντιατρικής ευθύνης.

Ειδικότερα, συναίνεση είναι η συγκατάθεση του ασθενούς να προβεί ο οδοντίατρος σε ορισμένες οδοντιατρικές ενέργειες, η οποία πρέπει να δίδεται με πλήρη επίγνωση της πραγματικής κατάστασης και να είναι συνειδητή. Η έλλειψη συναίνεσης του ασθενούς είναι έλλειψη νομιμοποίησης του οδοντιάτρου προς θεραπεία ή επέμβαση, οπότε η έλλειψη αυτή αποτελεί επέμβαση στην ελευθερία της βούλησης του ασθενούς και οδηγεί σε ευθύνη του οδοντιάτρου. Επίσης, σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν υπερβεί το 16^ο έτος της ηλικίας τους είναι απαραίτητη η συναίνεση του γονέα ή κηδεμόνα του, ενώ, σε κατεπείγουσες περιπτώσεις και, εφόσον η συναίνεση του ασθενούς δεν είναι δυνατή, λόγω της κατάστασης της υγείας του, ο οδοντίατρος αναλαμβάνει κάθε επείγουσα οδοντιατρική πράξη για την πρόληψη, προστασία και αποκατάσταση της στοματικής υγείας του ασθενούς. Μάλιστα, σε μη επείγουσες περιπτώσεις και, εφόσον η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς δεν του επιτρέπει να δώσει πλήρη ενημερωμένη συναίνεση, ο οδοντίατρος υποχρεούται να τη λάβει από τον κατά νόμο αρμόδιο αρμόδιο, ρυθμίσεις οι οποίες έχουν αναλυθεί ως προς την προβληματική τους στο κύριο κείμενο της παρούσας εργασίας.

Ωστόσο, όπως έχει προαναφερθεί στην παρούσα εργασία, προϋπόθεση της νόμιμης συναίνεσης του ασθενούς και της μη θεμελίωσης αστικής ευθύνης του οδοντίατρου, είναι η πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωσή του (informed consent) από τον οδοντίατρό του. Ειδικότερα, ο τελευταίος, πλην επειγουσών περιπτώσεων, υποχρεούται εκ του νόμου, σύμφωνα με το άρθρο 6 Κ.Ο.Δ. αλλά και τα άρθρα 5 και 10 της Σύμβασης Οβιέδο²⁴⁹, να ενημερώνει τον ασθενή του, σχετικά με τον σκοπό και τη φύση της προτεινόμενης επέμβασης, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις συνέπειες της προτεινόμενης ή ενδεδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής, καθώς και τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας, τους τυχόν κινδύνους, τα διάφορα προληπτικά και μεταθεραπευτικά μέτρα, τα οποία πρέπει να ληφθούν, και το συνολικό κόστος της εν λόγω θεραπείας. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται με αντικειμενικό τρόπο έτσι ώστε να αποδίδεται η πραγματικότητα και να μην οδηγεί σε ενθάρρυνση ή αποθάρρυνση του ασθενούς, με δυνατότητα, μάλιστα, ο οδοντίατρος να αποκρύψει μέρος της αλήθειας για την νόσο, εφόσον διαβλέπει ότι η ενημέρωση αυτή είναι δυνατόν να προκαλέσει σοβαρή ψυχοσωματική διαταραχή στον ασθενή (θεραπευτικό προνόμιο του οδοντίατρου). Ωστόσο, σε αυτή την περίπτωση υποχρεούται να ενημερώσει τους πλησιέστερους συγγενείς του.

Μάλιστα, όσον αφορά το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς με αντικείμενο τους κινδύνους, τους οποίους συνεπάγεται η προτεινόμενη οδοντιατρική πράξη, δεν υφίστανται αποκρυσταλλωμένοι κανόνες. Η κρατούσα άποψη υποστηρίζει ότι ο οδοντίατρος οφείλει να ενημερώνει αφενός για τους «τυπικούς» κινδύνους ορισμένης οδοντιατρικής ενέργειας, οι οποίοι να εμφανίζονται σε ποσοστό άνω του 3% ή σύμφωνα με άλλους άνω του 1 %, αφετέρου για τον κίνδυνο θανάτου ή σοβαρής αναπηρίας, ακόμη και αν παρουσιάζονται ως σπάνιες επιλοκές της συγκεκριμένης οδοντιατρικής πράξης επέμβασης, λόγω της σοβαρότητάς τους. Μάλιστα, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων ενημέρωσης, συνιστάται, ιδίως, ενόψει σύνθετων ενεργειών με υψηλό κόστος (π.χ. εκτεταμένες προσθετικές αποκαταστάσεις), να υπογράφεται έγγραφο τόσο από τον οδοντίατρο όσο και τον εκάστοτε ασθενή, στο οποίο να περιέχεται αφενός η αναλυτική περιγραφή της οδοντιατρικής πράξεως αφετέρου η πλήρης αναφορά των τυπικών της κινδύνων.

Ωστόσο, εξάγοντας συμπεράσματα από το 23^ο πανελλήνιο οδοντιατρικό συνέδριο, διαπιστώνεται και επιβεβαιώνεται ότι η άσκηση της γενικής οδοντιατρικής αποτελεί τη

²⁴⁹Κανελλοπούλου - Μπότη, Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή, 1999

δυσκολότερη πτυχή του οδοντιατρικού επαγγέλματος²⁵⁰. Ο οδοντίατρος οφείλει να ακολουθεί συνειδητά τον απαιτητικό δρόμο της συνεχούς επιμόρφωσης, αναζητώντας την οδοντιατρική γνώση και παρακολουθώντας τις ραγδαίες εξελίξεις της, λαμβάνοντας έναν τεράστιο όγκο πληροφοριών, τις οποίες πρέπει να κατανοήσει, και αποκτώντας μία ποικιλία δεξιοτήτων, τις οποίες πρέπει συνεχώς να επιδεικνύει. Είναι ευρέως γνωστό ότι η οδοντιατρική αποτελεί ένα κομμάτι των επιστημών υγείας, το οποίο αναζητά λύσεις και ανανεώνεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς σε επίπεδο υλικών, θεραπευτικής γνώσης και θεραπευτικών δεξιοτήτων, με άμεση απόρροια τόσο η διάγνωση όσο και η αξιολόγηση του περιστατικού με την παροχή της θεραπείας συνεχώς να αναθεωρούνται και, συγχρόνως, οι απαιτήσεις των ασθενών να γίνονται περισσότερο σύνθετες. Ειδικότερα, η πολυπλοκότητα του ρόλου του γενικού οδοντίατρου αρχίζει από την πρώτη στιγμή, κατά την οποία ο ασθενής θα τον επισκεφθεί, καθώς το ιστορικό, η κλινική εξέταση, ο ακτινογραφικός έλεγχος, η αξιολόγηση των πραγματικών αναγκών και απαιτήσεων του ασθενούς, η διάγνωση, η κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας και η συζήτηση μαζί του αποτελούν από μόνα τους σημαντικά μέρη της συνολικής οδοντιατρικής αντιμετώπισης, πριν ακόμα αρχίσει η θεραπεία, η οποία, τελικά, θα αποφασισθεί. Όμως, και μετά τη θεραπεία, πρέπει να ακολουθεί η συντήρηση του οδοντιατρικού αποτελέσματος και η πρόληψη. Ο οδοντίατρος, εκτιμώντας τις δυνατότητες του και αξιολογώντας ορθά κάθε περιστατικό, οφείλει να παρέχει την εκάστοτε θεραπεία, σύμφωνα με τις δυνατότητες, τις οποίες του παρέχει το σύνολο της οδοντιατρικής επιστήμης, έχοντας τη δυνατότητα και την υποχρέωση να εμβαθύνει σε διάφορα πεδία, ανάλογα με την επιθυμία του και το ταλέντο του, ώστε να βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων από αυτών υπηρεσιών. Μάλιστα, όταν ο εκάστοτε οδοντίατρος θεωρεί ότι δεν μπορεί να προσφέρει την καλύτερη δυνατή οδοντιατρική φροντίδα τότε οφείλει να παραπέμπει τον ασθενή του σε άλλον ειδικό.

Περαιτέρω, με την πάροδο του χρόνου το προσδόκιμο εύρος ζωής θα αυξηθεί και οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους ασθενείς θα διατηρούν τα δόντια τους, εξαιτίας των καλών οδοντιατρικών υπηρεσιών, τις οποίες απόλαυσαν τις προηγούμενες δεκαετίες, με άμεση απόρροια να συνεχίσουν να απαιτούν καλής ποιότητας οδοντιατρικές υπηρεσίες και να προσβλέπουν στη διατήρηση των φυσικών τους δοντιών ταυτόχρονα με την αισθητική τους πληρότητα²⁵¹. Ωστόσο, οι εν λόγω ασθενείς, λόγω της ηλικίας τους, θα αντιμετωπίζουν σύνθετα

²⁵⁰Καραγεώργου Ηρακλής, Γενική Οδοντιατρική: Η Δυσκολότερη «Ειδικότητα», Dental Forum, Τεύχος 77, έτος 2003, σ. 8

²⁵¹Καραγεώργου Ηρακλής, Οδοντιατρική προσδοκία για το 2020, Dental Forum, Τεύχος 78, έτος 2004, σ. 8

προβλήματα υγείας, τα οποία ο οδοντίατρος θα υποχρεούται να λαμβάνει υπόψη του. Ειδικότερα, ορισμένοι εξ αυτών θα λαμβάνουν φάρμακα, τα οποία θα επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των δοντιών και των ούλων, ενώ άλλοι εξ αυτών θα αντιμετωπίζουν διαφόρων ειδών στοματικούς καρκίνους, με την ανάγκη παροχής υψηλής ποιότητας οδοντιατρικής τους φροντίδας τόσο από το γενικό τους οδοντίατρο όσο και από τους ειδικούς, κατά περίπτωση, οδοντιάτρους.

Συνεπώς, ο οδοντίατρος θα πρέπει να διαθέτει γνώσεις και εμπειρία για να διαχειριστεί με επιτυχία αυτές τις οδοντιατρικά πολύπλοκες περιπτώσεις. Μάλιστα, είναι θέμα χρόνου να ανακαλυφθούν περισσότερο επαναστατικές μέθοδοι θεραπείας, όπως, ενδεικτικώς, αναφέρονται ένα φάρμακο που θα θεραπεύει την περιοδοντική νόσο, θεραπείες γενετικά προσχεδιασμένες με βάση το γενετικό κώδικα του κάθε ασθενούς, προσθετικές αποκαταστάσεις, οι οποίες θα κατασκευάζονται επιτόπου και δίπλα στον ασθενή ή κάποιος μαγνητικός σαρωτής, ο οποίος θα καταργεί τις πολλαπλές ακτινογραφίες.

Είναι αξιοσημείωτο ότι το οδοντιατρικό λειτούργημα χαρακτηρίζεται από εξόχως ανθρωποκεντρικές και κοινωνιολογικές προεκτάσεις. Ο οδοντίατρος και ο εκάστοτε ασθενής του βρίσκονται στην ίδια μεριά του στρατοπέδου και μάχονται τον ίδιο εχθρό, τον εχθρό της ασθένειας. Σε αυτή, συνεπώς, την κοινή τους προσπάθεια οφείλουν να σεβαστούν ο ένας τον άλλον, να επικοινωνήσουν και να συνεργαστούν με αμοιβαία εμπιστοσύνη. Ο ιατρός William Osler ανέφερε επί αυτού του ζητήματος: «Το να γνωρίζεις τον άρρωστο, που έχει τη νόσο, είναι πιο σημαντικό από το να γνωρίζεις τη νόσο, που έχει ο άρρωστος». Ωστόσο, προς αυτήν την κατεύθυνση χρειάζεται να συνδράμει και η Πολιτεία, η οποία οφείλει να οργανώσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το σύστημα υγείας για την ορθή και αποτελεσματική παροχή ιατρικών υπηρεσιών, παρέχοντας κατάλληλες υποδομές και εξασφαλίζοντας κατάλληλες συνθήκες εργασίας.

Τέλος, είναι αναγκαίο αφενός οι ίδιοι ασθενείς, συνειδητοποιώντας ότι οι οδοντίατροι δεν είναι παντοδύναμοι και ότι η οδοντιατρική επιστήμη δεν είναι σε θέση να κατανικά πάντοτε τις ασθένειες και το θάνατο, να κατανοήσουν την προσπάθεια των οδοντιάτρων, οι οποίοι καθημερινά πασχίζουν για τη σωτηρία των συνανθρώπων τους, αφιερώνοντας την ίδια τη ζωή τους στο λειτούργημά τους, αφετέρου οι ίδιοι οι οδοντίατροι να μην τίθενται στο απυρόβλητο, καθώς μπορεί «ο ήλιος να φωτίζει τις επιτυχίες τους αλλά δεν πρέπει η γη να σκεπάζει τα σφάλματά τους».

14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

14.1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αγαλλοπούλου – Ζεργογιάννη Π., Η σημασία της συναίνεσης του τραυματισμένου σε χειρουργική επέμβαση κατά το αστικό δίκαιο, Αφιέρωμα στον Α. Λιτζερόπουλο, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1985

Αιτιολογική Έκθεση του Κ.Ι.Δ. (Ν. 3418/2005), ΚΝοΒ 2005

Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1993

Αυλογιάρη Ευπραξία, Ζησιού Ιωάννα, Σιβένα Ελπίδα, Τανισκίδου Άννα - Μαρία, Νομική διάσταση του Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Μελέτη, ΑΡΜ 2012, 2005

Βιδάλης Κ.Τ. - Παπαχρίστου Θ. Κ., Ιατρική Δεοντολογία, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2013

Βιδάλης Κ. Τ., Ο έλεγχος της ιατρικής πράξης από τον ασθενή: Προς τη διευρυμένη έννοια του ιατρικού σφάλματος, ΧρΙΔ 5/2010

Βουγιουκλάκης Γ., Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά: Βιοηθική στην Οδοντιατρική έρευνα, έτος 2002, 46, σ. 223 – 225

Γεωργιάδης ., σε ΣΕΑΚ Γεωργιάδη, 2010

Γεωργιάδης, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2^η εκδ., 2015

Γεωργιάδης, Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο ΙΙ, 2007

Γεωργιάδης, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδ. 1999

Διακήρυξη του Ελσίνκι, WHO Chronicle 30:360, 1976

Ζέπος Π, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 21, 1

Ζουπούδη Λ., Αστική Ευθύνη του Οδοντιάτρου, 2014

Καιάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., «Ο νέος ΚΙΔ: Βασικές ρυθμίσεις, Νομική, Ιατρική και Κοινωνιολογική Προσέγγιση», Δημοσιεύματα ιατρικού δικαίου και βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2006

Κανελλοπούλου - Μπότη, Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή, 1999

Καραγεώργου Ηρακλής, Γενική Οδοντιατρική: Η Δυσκολότερη «Ειδικότητα», Dental Forum, Τεύχος 77, 2003

Καραγεώργου Ηρακλής, Οδοντιατρική προσδοκία για το 2020, Dental Forum, Τεύχος 78, 2004

Καράκωστας Ι., Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, Ν.2251/1994, 2016

Καράκωστας Ι, Ιατρική ευθύνη - Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, 2008

Καράκωστας Ι, Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ 1994, σ. 15 επ

Καράκωστας Ι., Το δίκαιο της προσωπικότητας, 2012

Κοζυράκης Κ., Πανής Β., Πιπέρη Ε., Τζούτζας Ι., Μέτρα Πρόληψης Διασποράς Λοιμώξεων, Ζ΄ Έκδοση, 2017

Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό, Ι, 2002

Κορνηλάκης Π., Επίτομο Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, 2013

Κότσιανος Σ., Ιατρική ευθύνη αστική και ποινική ,Θεσ/νική 1977

Κουκούλης Α - Ν., Η επιμέλεια του ανήλικου ασθενούς, σε ΕφΑΔ 2014, σ. 995 επ

Κουμάντος Γ, Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ, 1989, σ. 207

Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Οικογενειακό Δίκαιο, ΙΙ, 2012, σ. 329

Κουτσελίνης Α., Μιχαλοδημητράκης Μ., Ιατρική Ευθύνη, Εκδ. Gutenberg, 1984

Κουτσουράδης, Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρική και Νομικής, σε: τιμ.τ. Γ.Δ. Καλλιμοπούλου, 2010

Λαδογιάννης Γ., σε ΣΕΑΚ Γεωργιάδη, 1518, αρ. 15

Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013

Λασκαρίδης, Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου, Digesta 2005, σ. 294- 311

Μαργαρίτης Μ – Μαργαρίτη Α., Επίτομη Ερμηνεία Αστικού Κώδικα και ΕισΝΑΚ, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2016

Μαυροφόρου – Γιαννούκα Α., Παρατηρήσεις στην ΑΠ 76/2004 ΠοινΔικ 2004, 792

Νικολόπουλος Π. «Ζητήματα από την άρνηση του γιατρού για λόγους συνείδησης και από τη συναίνεση του ανήλικου σε ιατρικές πράξεις κατά το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», σε τιμ. Τόμο Μ. Σταθόπουλου, 2010, σ. 1851 - 1869

Ομπέση Φ., Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο. Επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ. 1993, 47: 401 - 408

Παπαδήμα Σοφία, Νομοθετικό Πλαίσιο Άσκησης Οδοντιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα και Ευθύνη Οδοντιάτρου, 2012

Παπαχρίστου Θ., Οικογενειακό Δίκαιο, Δίκαιο και Οικονομία 2014

Παπαχρίστου Θ./Παπαδοπούλου – Κλαμαρή Δ., Ιατρικό απόρρητο, ιατρικό αρχείο, προσωπικά δεδομένα υγείας, σε: Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006

Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Η Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν.Σάκκουλα Ε.Ε., 2016

Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, σ. 2311

Πελλένη – Παπαγεωργίου Α. Η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων στον συμπαραστατούμενο, σε τιμητ. τ. Ν. Κλαμαρή, 2016, σ. 903

Πραγιάννη Ε. Συναίνεση Δικαιοπρακτικά Ανίκανου Ασθενούς σε Ιατρική Πράξη, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε, 2014, σ. 70

Σακελλαροπούλου Β. , Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' έκδ., 2011, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Σπυριδάκης Ι., Οικογενειακό Δίκαιο, 2006, σ. 630

Σταθόπουλος Μ., σε «Αστικός Κώδιξ – Κατ' άρθρον ερμηνεία- Ι ΓΕΝΙΚΑΙ ΑΡΧΑΙ», Γεωργιάδη - Σταθόπουλου, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 1979

Σταθόπουλος Μ., σε «ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ, ΚΑΤ'ΑΡΘΡΟ ΕΡΜΗΝΕΙΑ», Τόμος Ιβ, Γενικές Αρχές, Γεωργιάδη – Σταθόπουλου, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2016

Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004

Σταθόπουλος Μ., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, 2012

Σταθοπούλος Μ., Χιωτέλλης Α., Αυγουστιανάκης Μ., Κοινοτικό Αστικό Δίκαιο Ι, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1995

Σύσταση 3 της Αναθεωρημένης Θέσης της ομάδας εργασίας περί του Κώδικα Ελέγχου Μολύνσεων, εγκριθείσα ομόφωνα από το Συμβούλιο των Οδοντιάτρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (C.E.D. - Council of European Dentists). 20 Νοέμβριου 2014.

Τρανταλίδης Γ., Ιατρικό Σφάλμα: Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, 2012

Τσαλαπότης Α., Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε: Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική - ποινική), 2013, σ. 3

Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003

Φουντεδάκη Κ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007

Φουντεδάκη Κ., Χατζηκυριάκος Α., Η αστική ευθύνη του οδοντιάτρου στο Ελληνικό Δίκαιο, Στοματολογία, 1998, 55 (3), σ. 108 – 115

Φουντεδάκη Κ., Το πρόβλημα του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική ευθύνη, ΕλλΔνη 1994, 35, σ. 1231 - 1239

Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σύμφωνα με το νέο Κ.Ι.Δ. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006

Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010

14.2. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

ΟλΑΠ 18/2008, ΤΠΝ Νόμος

Α.Π. 853/2017, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 209/2017, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 158/2016 ΤΝΠ Νόμος

ΑΠ 405/2015, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 427/2015, ΤΝΠ Νόμος

ΑΠ 150/2015, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 150/2014, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος

ΑΠ 210/2013, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 687/2013, ΤΝΠ ΔΣΑ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΤΝΠ Νόμος

ΑΠ 1105/2013, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 1622/2013, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 1627/2013, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 135/2013, ΤΠΝ Νόμος

ΑΠ 1009/24.5.2013, Α΄ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ, Νόμος, Ε7 2014, σ. 428

ΑΠ 1741/2013, ΤΝΠ Νόμος
ΑΠ 1011/2012, ΤΠΝ Νόμος
ΑΠ 424/2012, ΧρΙΔ 2012, σ. 587, ΤΝΠ Νόμος,
ΑΠ 72/2012, ΤΝΠ Νόμος
ΑΠ 181/2011, ΤΝΠ Νόμος,
ΑΠ 321/2011, ΤΠΝ Νόμος
Α.Π. 1355/2011, ΤΠΝ Νόμος
ΑΠ 120/2010, ΤΠΝ Νόμος
ΑΠ 1634/2008, ΤΠΝ Νόμος
ΑΠ 1227/2007, ΤΝΠ Νόμος
ΑΠ 1362/2007 ΕφΑΔ 2008, 62, ΤΝΠ Νόμος
ΑΠ 612/2006, ΧρΙΔ 2006, σ. 691
ΔΕφαΘ 5/2009, ΤΝΠ Νόμος,
ΔΕφΠειρ 1048/1994 ΔιΔικ 1994, σ. 906
ΕφαΘ 4495/2002, ΤΝΠ Νόμος
ΕφαΘ 4964/2008, ΤΝΠ Νόμος
ΕφαΘ 5343/2010, ΕδικΠολ 2010, σ. 377
ΕφεΘ 5512/2003, ΕλλΔνη 45, σ. 198
Εφθεσ 1021/1992, Αρμ 1992/598, ΤΝΠ Νόμος
ΕφΘεσ 2296/1996, Αρμεν. Ν'/1996, σ. 972,
Εφθεσ 2384/2005, ΤΝΠ Νόμος
ΕφΘεσ 670/1995, Αρμεν. ΜΘ'/1995, σ. 469,
ΕφΘεσ 1905/2006, Αρμ 2008, σ. 386
ΜΠΡ ΚΩ 824/2011, ΕΦΑΔ 2012, σ. 933,
ΜΠΡ ΛΑΡ 56/2014, ΝΟΒ 2014/1377
ΠΠΛαρ 191/2016, ΤΝΠ Νόμος
ΠΠΡ ΑΘ 1957/2011, ΤΝΠ Νόμος
ΠΠΡ Θεσ. 24582/2008, ΧρΙΔ 2009, σ. 431, ΤΝΠ Νόμος,
ΠΠΡ Θεσ. 24772/2010, ΤΝΠ Νόμος
ΤρΔΠρΑΘ 2326/1999 ΔιΔικ 2003, σ. 8037
ΕιρΕλευσ 10/2015, ΤΠΝ Νόμος

14.3. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

148 A.124 (Md. έτους 1930)

491 N.W.2d, 661 (Minn. App έτους 1992)

567 N.Y.S.2d, 275 (App. Div., 3η Dept., 12 Δεκεμβρίου έτους 1991)

57 A.2d, 589 (Pa. Super 1948)

577 So.2d, 425 (Ala έτους 1991)

8 P.2d, 908 (Cal. έτους 1932)

811 F. Supp. 98 (E.D.N.Y., Dkt. 89 - 892, 11 Ιανουαρίου έτους 1993)

A.2d (Pa., Ιντιάνα, Dkt. 353 CD., 1988, 25 Οκτωβρίου έτους 1991)

American Dental Hygienists' Association, ADA Principles of Ethics and Code of Professional Conduct

American Dental Hygienists' Association, Principles of Ethics

American Dental Hygienists' Association, Standards of Applied Dental Hygiene Practise, 1985

Atkinson κατά Miller, N.E.2d (III., Κουκ, Dkt. 88 L 7336, 30 Απριλίου έτους 1993) 18 S.W.2d, 311 (Ky 1929)

BGH NJW 1975, 305

BGH NJW 1991, 2349

Branson R., The Ethics of Dental Research: An Overview of Basic Principles. J Dent Res, 59: 1214 – 1220 (1980)

Brestin κατά Επιτρόπου της Εκπαίδευσης της Ν.Υ., 116 A.D.2d, 357, 359

C.P.L.R. πρώην 214 (6)

Carnahan, The Dentist and the Law (1955)

Cohen κατά Hallmark Cards, 45 N.Y.2d, 493

College of Dentistry, King Saud University, Code Of Ethics, 2011

Choudhry κατά Sobol, 170 A.D.2d, 893, 894

Cbodos κατά Flanzer, 90 A.D.2d, 838

Deutsch, Medizinrecht, 30

Florence κατά Airey, S.W.2d (Unreported, Mo., Platte, Dkt. 191 – 630 - CC, 19 Οκτωβρίου έτους 1992)

Gillett G. R., Ethics and dental research. J. Dent. Res. 73:1766, 1994

Gottlieb κατά March Shipping Passenger Services, et al., 67 A.D.2d, 879, 413 N.Y.S.2d, 679 (1 Δεκεμβρίου έτους 1979)

Herring, Medical Law and Ethics, 4η Έκδοση, 2012, σελ. 103

Hoch κατά Paloger, 150 A.D.2d, 523

Infra note 1/131επ.

Infra note 1/142 - 148

Katz κατά NVF Co., 100 A.D.2d, 470, 473 N.Y.S.2d 786, 789 (1 Δεκεμβρίου έτους 1984)

King κατά Chan, Cal. Rptr (Unreported, Σαν Ντιέγκο, Dkt. 55702, 12 Οκτωβρίου έτους 1992)

Klein κατά. Sobol, 167 A. D.2d 625, 628, Lv. denied77 N.Y.2d 809

Koslowski κατά Sanchez, 576 So.2d, 470 (La. έτους 1991)

Laufs A., Uhlenbruck W., Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck, Munchen, 1992

Leske G. S., Ripa L. W.: Ethical and legal considerations associated with clinical field trials. J. Dent. Res. 59: 1243, 1980

Lewis, Dental Malpractice: Sargenti Method Goes on Trial, TRIAL MAGAZINE (Οκτώβριος έτους 1991)

Mich., Ωκλαντ, Dkt. 91 – 405333 - NH, 3 Νοεμβρίου έτους 1992)

Miller R.: Regulations Concerning research. J. Dent. Res. 59: 1235, 1980

Minnesota Statute § 363.03 (3)

Mortensen κατά Memorial Hospital, 105 A.D.2d, 151

N.Y.S.2d (App. Div., 1st Dept., 23 Απριλίου έτους 1992)

N.Y.S.2d (Suffolk, 7 Φεβρουαρίου έτους 1992)

N.Y.S.2d (Unreported, App. Div., 2d Dept., 29 Ιουνίου έτους 1992)

Nallan κατά Helmsley-Spear, 50 N.Y.2d 507, 516-517

New York University College of Dentistry, Code of Ethics and Professional Conduct, approved EMC 080405 (2009)

Nykorchuck κατά Henriques, 78 N.Y.2d, 255,

OLG Frakfurt VersR 1982, 502,

OLG Koln VersR 1986, 300,

Orozco κατά Sobol, 162 A.D.2d, 834, 836

P.2d (Ariz., County Μαρικόπα, Dkt., CV 89 - 12587, Απρίλιος έτους 1991)

Palandt/Weidenkaff BGB, 2014, παρ.630 αρ. 5

Pub.L. 93 - 348

Roe κατά Federal Insurance Co., 587 N.E.2d, 214 (Mass. 1992)

Ross κατά Sushko, N.W.2d

Schuett κατά Hunt, N.W.2d (Mich., Μάσκεγκον, Dkt. 91 - 27347, 10 Αυγούστου έτους 1992)

Shah R.M., Toward Developing a Code of Ethics, J Dent Res, 73: 1783 – 1787

Sloop, Danger from toxic Dental Material, TRIAL MAGAZINE (Ιούνιος έτους 1992)

Staines κατά Nassau Queens Medical Group, A.D.2d, (2d Dept., 7 Οκτωβρίου 1991)

Sung Ho Kim κατά Διοικητικού Συμβουλίου του Πανεπιστημίου της Ν.Υ., A.D.2d (4 Απριλίου έτους 1991), slip. Opn. P.2, Lv. denied 78 N.Y.2d 856

Walter κατά Smith, S.W.2d (Mo., Τζάκσον, Dkt. 89 - 23467, 26 Οκτωβρίου έτους 1992)

Warren Freedman, Malpractice liability in the helping and healing professions, 1995

Weinstein, Korn, Miller, 901. 19, 9 - 67

Yeager A. L.: Where will the genome lead us? JADA 132:801, 2001

N. W.2d (Mich., Wayne, Dkt. 90- 023743, 16 Σεπτεμβρίου έτους 1991)

14.4. ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

http://www.teiath.gr/userfiles/khitas/documents/2013/anakoinoseis/kvdikas_ithikis__deontologias_EEE.pdf

<http://www.osanet.gr/denthelp.asp?action=6>

<http://ohrp.osophs.dhhs.gov> (The Nuremberg Code)

<http://ohrp.osophs.dhhs.gov> (The Belmont Report)

http://www.teiath.gr/userfiles/khitas/documents/2013/anakoinoseis/kvdikas_ithikis__deontologias_EEE.pdf (Επιτροπή Εκπαίδευσης και Ερευνών του ΤΕΙ Αθήνας, Κώδικας Ηθικής και Δεοντολογίας, 2013)

http://www.oskarditsas.gr/a_old_site/pages/enthiaferontaKeimena/HellenicStomatologicalReview_v45is1-2.pdf (Κάλφας Σ., Ηθική και Δεοντολογία κατά την Άσκηση της Οδοντιατρικής)

<http://www.osth.gr/wp-content/uploads/2014/12/AST.pdf>

<http://slideplayer.gr/slides/11111111> (Αντωνίου Λ., Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ για πράξεις ή παραλείψεις κατά την άσκηση του επαγγέλματός του)

<http://www.eoo.gr/el/nea/diethni-themata/135-seo-kodikas-deontologias-odontiatron-ee>

http://www.oskarditsas.gr/a_old_site/pages/enthiaferontaKeimenaPageTable/enthiaferontaPageTable.htm

<http://slideplayer.gr/slide/601730> (Παπαδήμα Σοφία, Νομοθετικό Πλαίσιο Άσκησης Οδοντιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα και Ευθύνη Οδοντιάτρου, έτος 2012)

<http://www.bioethics.gr/index.php/gnomes/88-sumainesi-sxesi-iatroy-asthenous> [EEB (Γνώμη), Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς, 2010]