



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**



ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ»**

Υπό

ΑΝΤΙΓΟΝΗΣ Ε. ΡΑΦΤΟΥΛΗ

Δικηγόρου

*Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού
Διπλώματος Ειδίκευσης «Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»*

Λάρισα, 2020

Επιβλέπουσα:

ANNA ΜΑΥΡΟΦΟΡΟΥ, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. **ANNA ΜΑΥΡΟΦΟΡΟΥ**, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2. **ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΙΑΝΝΟΥΚΑΣ**, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3. **ΕΥΤΕΡΠΗ ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ**, Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

**« Medical civil liability of the plastic surgeon and bioethical parameters in the field of
cosmetic surgery»**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε κατά το χειμερινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2020-2021, για τη λήψη του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης «Ηθική και Δεοντολογία στις Βΐοιατρικές Επιστήμες», του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η εργασία εκπονήθηκε υπό την επίβλεψη της κ. Μαυροφόρου Άννας, Καθηγήτριας Δεοντολογίας και Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Στην Τριμελή Επιτροπή Αξιολόγησης συμμετείχαν επίσης και ο κ. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής και η κ. Ευτέρπη Ζαφειρίου, Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας του Τμήματος Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της παρούσης διπλωματικής εργασίας. Συγκεκριμένα, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους καθηγητές μου και ιδιαίτερα στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, την κ. Άννα Μαυροφόρου, που με την αгаστή επιστημονική συνεργασία και καθοδήγηση, στάθηκε πολύτιμη αρωγός στο όλο εγχείρημα.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση, τη βοήθεια και την κατανόηση καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της παρούσης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πλαστική χειρουργική ως ειδικότητα της ιατρικής επιστήμης διακρίνεται στην επανορθωτική και στην αισθητική - κοσμητική πλαστική χειρουργική. Η κοσμητική - χειρουργική στοχεύει αμιγώς στη βελτίωση της εξωτερικής όψης του σώματος ή των χαρακτηριστικών του προσώπου υγιών ατόμων για λόγους αποκλειστικά αισθητικούς. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις εξειδικευμένες ιατρικές απαιτήσεις των αισθητικών επεμβάσεων και τη ραγδαία αύξηση της δημοτικότητάς τους ενισχύουν ακόμη περισσότερο το ενδιαφέρον γύρω από τα ζητήματα της ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση ιατρικής αμέλειας ή αυθαίρετης ιατρικής πράξης. Στο πλαίσιο της παρούσης εργασίας εξετάζεται η ιατρική ευθύνη στις αισθητικές επεμβάσεις ως προς το αστικό της μέρος και αποσαφηνίζονται νομικές έννοιες όπως η «ιατρική αμέλεια», η «αυθαίρετη ιατρική πράξη», η «σύμβαση ιατρικής αγωγής» και η «αδικοπρακτική ευθύνη» με βάση τη θεωρία και την πρόσφατη νομολογία. Ακόμη, παρουσιάζονται οι βιοηθικοί προβληματισμοί των αισθητικών επεμβάσεων, όπως αυτοί εκφράζονται στην παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, με βάση τις αποδεδεγμένες βιοηθικές θεωρήσεις, τη διεθνή αρθρογραφία και τις επίσημες γνωμοδοτήσεις κι εκθέσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής .

ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ: πλαστική χειρουργική, αισθητικές επεμβάσεις, ιατρική ευθύνη, ιατρικό σφάλμα, σύμβαση ιατρικής αγωγής, βιοηθική

ABSTRACT

Plastic surgery as a specialty of medical science is distinguished in reconstructive and aesthetic-cosmetic plastic surgery. Cosmetic surgery aims purely at improving the appearance of the body or the facial features of healthy people for purely aesthetic reasons. This fact in combination with the specialized medical requirements of cosmetic surgeries and the rapid growth of their popularity enhances the interest around the issues of medical liability in case of medical malpractice or arbitrary medical act. In the context of this work, medical liability in cosmetic surgery is examined in relation to its civil part and legal concepts such as "medical negligence", "arbitrary medical act", "medical contract", "tortious liability" are clarified based on the theory and recent jurisprudence. The bioethical concerns of cosmetic surgery, as expressed in the global scientific community, are also presented, based on accepted bioethical views, international articles, and the official opinions and reports of the National Bioethics Committee.

KEYWORDS: plastic surgery, cosmetic surgery, medical liability, medical malpractice, medical contract, bioethics

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΣΚΟΠΟΣ.....	8
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : Η ΠΛΑΣΤΙΚΗ-ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΩΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ.....	9
1.1. Η αισθητική χειρουργική ως τομέας της πλαστικής χειρουργικής.....	9
1.2. Βασικές μέθοδοι και αρχές στο χώρο των πλαστικών-αισθητικών επεμβάσεων.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ	14
2.1. Εισαγωγή.....	14
2.2. Η έννομη σχέση μεταξύ πλαστικού χειρουργού και ασθενούς	15
2.2.1. Η σύμβαση ιατρικής αγωγής στην αισθητική χειρουργική.....	17
2.2.2. Νομική φύση της «σύμβασης ιατρικής αγωγής» και έννομες συνέπειες	18
2.3. Ιατρική ευθύνη από αδικοπραξία (ΑΚ 914 επ.).....	22
2.3.1. Συρροή ενδοσυμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης.....	27
2.4. Αστική ευθύνη του «παρέχοντος υπηρεσίες» ιατρού – άρθρο 8 Ν.2251/1994.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ.....	32
3.1. Εννοιολογική προσέγγιση Βιοηθικής.....	32
3.2. Βασικές ηθικές θεωρίες.....	34
3.3. Βιοηθικοί προβληματισμοί στις αισθητικές επεμβάσεις.....	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Ουκ ένι ιατρικήν ειδέναι, όστις μη οίδεν ότι έστιν άνθρωπος» αναφέρει ο Ιπποκράτης, πατέρας της Ιατρικής, με την έννοια ότι είναι αδύνατο κανείς να «κατακτήσει» την επιστήμη της ιατρικής σε βάθος, από τη στιγμή που δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τι ακριβώς είναι ο άνθρωπος. Στο τελευταίο αυτό ερώτημα δεν υπάρχει συγκεκριμένη απάντηση. Η ανθρώπινη υπόσταση γίνεται αντιληπτή με διαφορετικούς τρόπους ανάμεσα στην ευρεία επιστημονική κοινότητα. Στο σημείο αυτό ακριβώς ερείδεται και η χρόνια «διαμάχη» ανάμεσα στην ιατρική και το Δίκαιο. Συγκεκριμένα, ενώ η ιατρική καλείται να αντιμετωπίσει τον άνθρωπο ως ένα «νοσούντα έμβιο οργανισμό» που χρήζει βοήθειας, το δίκαιο αντιλαμβάνεται τον άνθρωπο ως υποκείμενο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων και προασπίζει τον σεβασμό στην αξιοπρέπεια και την αυτονομία του. [1]

Ένας τομέας της ιατρικής επιστήμης που δημιουργεί ποικίλους προβληματισμούς και αναδεικνύει την έντονη διάσταση μεταξύ νομικών και ιατρών είναι ο τομέας της πλαστικής χειρουργικής και ειδικότερα το ζήτημα των αισθητικών επεμβάσεων. Η ραγδαία αύξηση της δημοτικότητας που έχουν λάβει οι συγκεκριμένες επεμβάσεις τις τελευταίες δεκαετίες σε παγκόσμιο επίπεδο, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας, σε συνδυασμό με την οριστική απομάκρυνση των δυτικών κοινωνιών από τα πατερναλιστικά πρότυπα του παρελθόντος, κατέστησαν το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης και κυρίως της αστικής - αποζημιωτικής της πλευράς, αντικείμενο θεωρητικής μελέτης και νομολογιακής επεξεργασίας.

ΣΚΟΠΟΣ

Βασική επιδίωξη της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη και η καταγραφή των νομικών ζητημάτων που ανακύπτουν στο χώρο της αισθητικής πλαστικής χειρουργικής και συγκεκριμένα τα ζητήματα ιατρικής ευθύνης. Η ιατρική ευθύνη δε θα αναλυθεί διεξοδικά σε όλες τις νομικές εκφάνσεις (αστική, πειθαρχική και ποινική) , αλλά θα περιοριστεί στο αστικό της μέρος και συγκεκριμένα θα εξεταστούν οι προϋποθέσεις της συμβατικής και της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού σύμφωνα με τον Αστικό Κώδικα και τον ΕισΝΑΚ καθώς και του ιατρού ως «παρέχοντος υπηρεσίες» κατά τον Ν.2251/1994. Για το λόγο αυτό, στο πλαίσιο της παρούσας ανάλυσης, οι έννοιες της ιατρικής αμέλειας και της αυθαίρετης ιατρικής πράξης ως νομιμοποιητικές βάσεις της αστικής ευθύνης θεωρούνται ήδη γνωστές. Ακόμη, θα αναλυθούν οι βιοηθικοί παράμετροι και οι ηθικοί προβληματισμοί που είναι άμεσα συνυφασμένοι με την αισθητική χειρουργική.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τη μελέτη της σύγχρονης επιστημονικής αρθρογραφίας σε διεθνές επίπεδο και τη νομική ανάλυση των νομοθετικών διατάξεων επιχειρείται η καταγραφή και αποσαφήνιση των προϋποθέσεων κατάφασης της αστικής ευθύνης του ιατρού. Παράλληλα, εξειδικεύεται η αστική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού κατά τη διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων μέσα από συγκεκριμένα νομολογιακά παραδείγματα. Τέλος, για τη βιοηθική ανάλυση του θέματος, παράλληλα με την επιστημονική βιβλιογραφία και αρθρογραφία, μελετώνται οι Γνώμες και οι Εκθέσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, όπως αυτές έχουν δημοσιευθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΠΛΑΣΤΙΚΗ - ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΩΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

1.1. Η αισθητική χειρουργική ως τομέας της πλαστικής χειρουργικής

Η πλαστική χειρουργική αποτελεί μία από τις αναγνωρισμένες διεθνώς ιατρικές ειδικότητες που ασχολείται με την αποκατάσταση ή τη βελτίωση της εξωτερικής εμφάνισης. Εισηγητής του όρου «πλαστική» χειρουργική στην ιατρική βιβλιογραφία ήταν ο Γερμανός Δρ. Albrecht Graefe, το 1818, στο σύγγραμμά του «Rhinoplastik», ενώ λίγο αργότερα, το 1838, ο όρος καθιερώθηκε από τον Edward Zeiss, στο σύγγραμμα του «Handbuch der plastischen Chirurgie». [25] Το επίθετο «πλαστικός» που προσδιορίζει τη συγκεκριμένη ειδικότητα χειρουργικής, το οποίο έχει υιοθετηθεί και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (plastic surgery, plastische Chirurgie) προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «πλάσσειν» [2] η οποία αρχικά χρησιμοποιήθηκε με τη σημασία του «σχηματίζω», «δίνω μορφή» στην γλυπτική και την τέχνη και αργότερα καθιερώθηκε με τη μεταφορική σημασία της «φαντασίας» και της «δημιουργίας».[3] Αξιοσημείωτο είναι, ότι στη μετέπειτα ανάπτυξη της πλαστικής χειρουργικής συνέβαλαν καθοριστικά οι δύο Παγκόσμιοι Πόλεμοι, κυρίως λόγω των τεράστιων αναγκών που δημιούργησαν για αποκατάσταση των τραυματισμένων από τις κακουχίες του πολέμου, τα βασανιστήρια και του ακρωτηριασμούς ασθενών. Το πρώτο διεθνές Ιατρικό Συνέδριο Πλαστικής Χειρουργικής διοργανώθηκε στη Στοκχόλμη το 1955. Στην ελληνική επικράτεια, πρώτος Έλληνας πλαστικός χειρουργός θεωρείται ο Γ. Πολυκράτης, ενώ η πρώτη Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ιδρύθηκε το 1952 και μια δεκαετία περίπου μετά το 1969 ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Πλαστικής κι Επανορθωτικής Ιατρικής. [25]

Η πλαστική χειρουργική διακρίνεται σε επανορθωτική και αισθητική-κοσμητική πλαστική χειρουργική. Η διάκριση αυτή γίνεται με βάση το σκοπό για τον οποίο πραγματοποιείται η πλαστική εγχείρηση. Στην επανορθωτική χειρουργική στόχος είναι η διόρθωση των συγγενών ανωμαλιών του σώματος που είτε υπάρχουν εκ γενετής είτε είναι επίκτητες, ως αποτέλεσμα τραυματισμών, ατυχημάτων, μολύνσεων, όγκων ή άλλων ασθενειών, ενώ απότερος σκοπός είναι η προσέγγιση φυσιολογικής εμφάνισης και αποκατάσταση των φυσιολογικών λειτουργιών. Αντίθετα, σκοπός των αισθητικών επεμβάσεων είναι αμιγώς η βελτίωση της εμφάνισης και η αισθητική διόρθωση των χαρακτηριστικών του ατόμου. [26]

Η αισθητική χειρουργική, ως κλάδος της πλαστικής χειρουργικής, παρουσιάζει ορισμένες ιδιορρυθμίες σε σχέση με την επανορθωτική χειρουργική και τις άλλες ειδικότητες χειρουργικής, ενόψει βέβαια και του ιδιαίτερου σκοπού της.

Αρχικά, στην αισθητική χειρουργική δεν υφίσταται ασθενής με τη στενή έννοια του όρου, καθ' ότι δεν υπάρχει και ασθένεια. Ελλείπει θεραπευτικού σκοπού, ορθότερη φαίνεται η χρήση του όρου «λήπτης ιατρικών υπηρεσιών», καθ' ότι πρόκειται για άτομο υγίες. Επιπρόσθετα, στην αισθητική χειρουργική καθοριστικό ρόλο σε σχέση με άλλες ειδικότητες χειρουργικής διαδραματίζει η ισχυρή και συγκεκριμένα βούληση του λήπτη. Στις αισθητικές επεμβάσεις, ο λήπτης είναι αυτός που καθορίζει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα που θα επιδιωχθεί από τον ιατρό και η βούλησή του προσδιορίζει και τη μέθοδο που θα ακολουθηθεί. Βέβαια, για το κατά πόσο ο πλαστικός χειρουργός δεσμεύεται για την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος, είναι ένα ζήτημα μεγάλης θεωρητικής συζήτησης, που αναλύεται διεξοδικά στα επόμενα κεφάλαια. Για το λόγο αυτό, η σωστή και ενδεδειγμένη ενημέρωσή του πριν την υποβολή του σε οποιασδήποτε μορφής αισθητική επέμβαση, είναι υψίστης σημασίας, ώστε να οδηγηθεί στην έγκυρη συναίνεση (informed consensus). Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις αισθητικές επεμβάσεις τόσο ως προς ενημέρωση του λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών όσο και ως προς κύρος της ενημερωμένης συναίνεσης και την δικαιοπρακτική ικανότητα του λήπτη. Αφενός η ενημέρωση από τον πλαστικό χειρουργό πρέπει να είναι ιδιαίτερα σχολαστική και ολοκληρωμένη. Σε πρώτο επίπεδο, πρέπει να γίνεται απόλυτα αντιληπτή και σαφής η φύση και ο σκοπός της θεραπείας ή της επέμβασης που θα επιχειρηθεί. Σε δεύτερο στάδιο ο λήπτης θα πρέπει να έχει αντιληφθεί πλήρως το λόγο για τον οποίο θα υποβληθεί στην εκάστοτε αισθητική επέμβαση, έχοντας προηγουμένως ενημερωθεί για όλους τους πιθανούς κινδύνους, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, τις πιθανές επιπλοκές καθώς και το κόστος της όλης διαδικασίας μέχρι την πλήρη μετεγχειρητική του αποκατάσταση. Αφετέρου, ακόμη και αν έχει προηγηθεί η ορθή κι εμπεριστατωμένη ενημέρωση από τον πλαστικό χειρουργό, δεν είναι πάντοτε βέβαιο ότι η συναίνεση που θα ακολουθήσει θα είναι έγκυρη. Αρκετά συχνά, τα άτομα που επιθυμούν να υποβληθούν σε αισθητική επέμβαση υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές, το σύνδρομο δυσμορφικής διαταραχής (Body Dysmorphic Syndrome), διαταραχές διάθεσης και προσωπικότητας. [27] Για το λόγο αυτό προτείνεται ο πλαστικός χειρουργός να είναι πάντοτε ενήμερος για τις ψυχιατρικές παθήσεις ή διαταραχές που μπορούν να σχετίζονται με τις αισθητικές επεμβάσεις καθώς και να συζητούν ενδελεχώς με τον ενδιαφερόμενο να υποβληθεί σε αισθητική

επέμβαση, ώστε σε περίπτωση διάγνωσης πιθανής ψυχιατρικής διαταραχής να τον παραπέμπει σε αρμόδιο ιατρό ψυχίατρο. Ειδάλλως, η συναίνεση ενός ατόμου που πάσχει από τις παραπάνω διαταραχές θεωρείται άκυρη κι ως εκ τούτου η τυχόν διενεργηθείσα αισθητική επέμβαση καθίσταται αυθαίρετη ιατρική πράξη, επισύροντας την αστική, ποινική και πειθαρχική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού. Ακόμη, η μετεγχειρητική περίοδος στις αισθητικές επεμβάσεις είναι πολύ απαιτητική και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Οι πιθανότητες μετεγχειρητικών επιπλοκών (π.χ. μολύνσεων) είναι αυξημένες, ενώ συχνά παρατηρείται έντονος πόνος στους «ασθενείς» που τους αναγκάζει να απομακρυνθούν για μεγάλο διάστημα από την εργασία και την κοινωνική τους ζωή. Σημαντικό είναι επίσης το ζήτημα, ότι ,παρ' όλο που σκοπός της αισθητικής επέμβασης είναι η βελτίωση της εξωτερικής εμφάνισης, στις περισσότερες περιπτώσεις δημιουργούνται ουλές, οι οποίες δεν μπορούν να αποφευχθούν, παρά μόνο να μετριαστούν ή να διορθωθούν μερικώς καθώς και ότι αρκετά συχνά το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα δεν μπορεί να προσεγγιστεί με μία μόνο εγχείρηση και για το λόγο αυτό ο «ασθενής» υποβάλλεται σε επανεπέμβαση. Τέλος, από οικονομικής άποψης, είναι αξιοσημείωτο, ότι οι αισθητικές επεμβάσεις δεν καλύπτονται από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν νόμιμα στα Δημόσια Νοσοκομεία.

1.2. Βασικές μέθοδοι και αρχές στο χώρο των πλαστικών-αισθητικών επεμβάσεων

Οι κοσμητικές- αισθητικές επεμβάσεις, που στοχεύουν αμιγώς στην βελτίωση των εξωτερικών χαρακτηριστικών του ατόμου, παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια αξιοσημείωτη αύξηση σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες. Για κάποιους η αυξανόμενη δημοφιλία τους οφείλεται στη δημιουργία τάσεων μέσα από τα διαφημιστικά πρότυπα και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, για άλλους στη μείωση του οικονομικού κόστους σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες, στην επιστημονική εξέλιξη του κλάδου με την εισαγωγή νέων αναίμακτων μεθόδων, ενώ πολλοί την αποδίδουν σε κοινωνικο-ηθικά αίτια, κάνοντας λόγο για θρησκευτική και κοινωνική «απελευθέρωση».

Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Αισθητικής Πλαστικής Χειρουργικής [28] του 2018, πραγματοποιήθηκαν στον κόσμο 10.607.227 αισθητικές χειρουργικές επεμβάσεις και 12.659.147 μη χειρουργικές. Για να γίνει κατανοητή η συνεχόμενη αύξηση της δημοτικότητας των αισθητικών επεμβάσεων, αξίζει να επισημανθεί

ότι από το 2014 ,δηλ. μόλις σε τέσσερα χρόνια, σημειώθηκε αύξηση 10,4% και 18,8% αντίστοιχα. Με βάση την ίδια έρευνα, στην παγκόσμια κατάταξη με τις πιο δημοφιλείς αισθητικές επεμβάσεις, τις πρώτες πέντε θέσεις κατέχουν η αυξητική στήθους (17,6%), η λιποαναρρόφηση (16,3 %), η βλεφαροπλαστική(10,4 %), η κοιλιοπλαστική (8,4 %) και η ρινοπλαστική (6.9 %).

Οι βασικότερες μέθοδοι της αισθητικής πλαστικής χειρουργικής, σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Πλαστικής Επανορθωτικής κι Αισθητικής Χειρουργικής (Ε.Ε.Π.Ε.Α.Χ.) μπορούν να διακριθούν αρχικά σε αυτές που εφαρμόζονται στο πρόσωπο και σε αυτές που εφαρμόζονται σε διάφορα σημεία του σώματος. Στις πρώτες συγκαταλέγονται η βλεφαροπλαστική, η ρινοπλαστική, η ρυτιδεκτομή (Lifting) και η ωτοπλαστική. Στη δεύτερη κατηγορία οι κλασικές μέθοδοι αισθητικής χειρουργικής είναι η ανόρθωση και η αυξητική στήθους, η αυξητική – ανόρθωση γλουτών, η ανόρθωση μηρών, η βραχιονοπλαστική, η κοιλιοπλαστική, η λιποαναρρόφηση, η μειωτική μαστεκτομή και η επέμβαση για την αντιμετώπιση της γυναικομαστίας. Σαφώς, η παραπάνω απαρίθμηση είναι ενδεικτική και αφορά τις πιο κλασικές κι ευρέως εφαρμοζόμενες τεχνικές. Η ανάπτυξη της πλαστικής χειρουργικής είναι ραγδαία και συνεχώς εισάγονται νέες τεχνικές και μέθοδοι, οι οποίες κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος στις προτιμήσεις του κοινού λόγω του προσιτού κόστους και της αναίμακτης διαδικασίας. Πρόκειται για τις μη επεμβατικές - ενέσιμες θεραπείες, όπως είναι η έγχυση Αλλαντικής Τοξίνης (BOTOX), υαλουρονικού οξέος (fillers), η μεσοθεραπεία καθώς και το lifting με νήματα προσώπου.

Σε κάθε περίπτωση διενέργειας οποιασδήποτε επέμβασης αισθητικής χειρουργικής ή ακόμη και ενέσιμης θεραπείας είναι σκόπιμο να ακολουθούνται ορισμένες αρχές, προκειμένου να εξασφαλίζεται η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της διαδικασίας. Αρχικά, είναι ιδιαίτερα σημαντική η σωστή επιλογή του πλαστικού χειρουργού. Ο ιατρός που θα αναλάβει να διεκπεραιώσει μια αισθητική επέμβαση πρέπει να είναι ειδικευμένος καθώς και να διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση κι εμπειρία. Εξέχουσας σημασίας στην πλαστική χειρουργική είναι η προεγχειρητική εκτίμηση. Κατά το στάδιο, δηλαδή, πριν τη διενέργεια οποιασδήποτε επέμβασης ή θεραπείας, προηγείται η επικοινωνία πλαστικού χειρουργού κι ενδιαφερομένου, όπου μέσω του διαλόγου και με τις κατάλληλες ερωτήσεις, ο ιατρός προσπαθεί να κατανοήσει τα κίνητρα και του λόγους που ώθησαν τον ενδιαφερόμενο στην απόφασή του. Ακόμη, ο ιατρός οφείλει να ακούσει προσεκτικά τις επιθυμίες του ενδιαφερομένου και να του εξηγήσει αναλυτικά και κατανοητά το κατά πόσο αυτές είναι

πραγματοποιήσιμες. Ο πλαστικός χειρουργός οφείλει να ενημερώσει ενδελεχώς κι εμπεριστατωμένα σχετικά με τις ενδεικνυόμενες ιατρικές τεχνικές, μεθόδους και διαδικασίες καθώς και να προτείνει την πιο αποτελεσματική σύμφωνα με τις ανάγκες της εξεταζόμενης περίπτωσης. Οφείλει να ενημερωθεί πλήρως για το ιατρικό ιστορικό του ενδιαφερόμενου, να παρουσιάσει όλες τις εναλλακτικές λύσεις και τρόπους θεραπείας, τις πιθανές συμπληρωματικές εξετάσεις ή επεμβάσεις που θα χρειαστούν, την πιθανή αναισθησία καθώς και τους συνεργαζόμενους ιατρούς. Επιπλέον, θα πρέπει να εξηγήσει εκ των προτέρων τη μετεγχειρητική διαδικασία της ανάρρωσης από την επέμβαση καθώς και τις ενδεχόμενες επιπλοκές και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Ακόμη, δεν πρέπει να παραβλέπει να ενημερώνει τον ενδιαφερόμενο σχετικά με το συνολικό οικονομικό κόστος της επέμβασης, από το προεγχειρητικό έλεγχο μέχρι και την πλήρη αποθεραπεία. Τέλος, υψίστης σημασίας για την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε επέμβασης, είναι η παροχή σωστών οδηγιών κατά το μετεγχειρητικό στάδιο, όπως η προτεινόμενη διατροφή, ενδεχόμενη φαρμακευτική αγωγή και το διάστημα αυτής, καθώς και η χρήση ειδικών μετεγχειρητικών συμπιεστικών ενδυμάτων. Ο ιατρός οφείλει να παράσχει πάντα συγκεκριμένες οδηγίες για την περίθαλψη του χειρουργικού τραύματος, την υγιεινή της εγχειρισμένης περιοχής για να αποφευχθούν πιθανές μολύνσεις καθώς και να ορίσει το διάστημα ανάρρωσης μέχρι την επανέναρξη της εργασίας ή της σωματικής άσκησης.

Τέλος, δεν πρέπει να λησμονείται ότι οι αισθητικές επεμβάσεις σε αντίθεση με τις λοιπές ιατρικές επεμβάσεις απευθύνονται σε υγιή άτομα. Επομένως, στην προσπάθεια να βελτιωθεί η εξωτερική όψη του προσώπου ή του σώματος, ο πλαστικός χειρουργός οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός προκειμένου να μην επηρεάσει τη σωστή λειτουργία των εσωτερικών ιστών και οργάνων. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, ότι ανάμεσα στις συχνότερες επιπλοκές των αισθητικών επεμβάσεων, εκτός των δερματικών μολύνσεων και των ουλών, καταγράφονται σε ορισμένες περιπτώσεις σημαντικές λειτουργικές βλάβες όπως είναι οι βλάβες στα εσωτερικά όργανα της κοιλίας σε περίπτωση λιποαναρρόφησης ενώ έχουν καταγραφεί και σοβαρές βλάβες στα νεύρα σε περιπτώσεις αυξητικής ή ανόρθωσης στήθους.

[17]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ

2.1. Εισαγωγή

Κατά την ενάσκηση των καθηκόντων του και τη διενέργεια ιατρικών πράξεων ο ιατρός υπέχει νομική ευθύνη, η οποία ανάλογα με τον κανόνα δικαίου που παραβιάζεται σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, μπορεί να διακριθεί σε αστική, ποινική και πειθαρχική. Αστική είναι η ευθύνη που υπέχει ο ιατρός απέναντι στον ασθενή, ποινική είναι η ευθύνη του ιατρού απέναντι στην Πολιτεία - με την έννοια της δημόσιας αποδοκιμασίας για την προσβολή του έννομου αγαθού - , ενώ πειθαρχική είναι η ευθύνη που φέρει ο ασκών την ιατρική επιστήμη απέναντι στα επαγγελματικά του όργανα, όπως οι οικείοι ιατρικοί σύλλογοι.

Ειδικότερα, ως αστική ιατρική ευθύνη νοείται το σύστημα των δικαικών κανόνων που καθορίζουν τους γενεσιουργούς λόγους, τη φύση, την έκταση και το περιεχόμενο της υποχρέωσης για αποκατάσταση της ζημίας που προξενεί ο ιατρός κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας στον ασθενή ή σε άλλα πρόσωπα και η οποία συνδέεται αιτιωδώς (σχέση αιτίου-αποτελέσματος) με την ιατρική πράξη λόγω παράβασης των μέτρων επιμέλειας εκ μέρους του [9]. Οι δύο βασικοί λόγοι πρόκλησης ζημίας και ως εκ τούτου ίδρυσης της αστικής ευθύνης του ιατρού είναι αφενός το ιατρικό σφάλμα *stricto sensu*, με την έννοια της ιατρικής πράξης που δεν έγινε *lege artis* και σύμφωνα με τις παραδεδεγμένες αρχές και τα πρότυπα επιμέλειας της ιατρικής επιστήμης, αφετέρου η αυθαίρετη ιατρική πράξη, με την έννοια της έλλειψης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς (άρθρα 12 και 13 ΚΙΔ). Οι πηγές της αστικής ιατρικής ευθύνης είναι καταρχάς οι γενικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα, σε συνδυασμό με επιμέρους νομοθετήματα που ρυθμίζουν απευθείας την ιατρική δεοντολογία, όπως ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005) και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση « Οβιέδο», Ν.2619/1998). Ελλείπει βέβαια ειδικού νομοθετικού πλαισίου για την ιατρική ευθύνη στο σύνολο σχεδόν της ευρωπαϊκής νομοθεσίας, με εξαίρεση τη Γαλλία, η νομολογία φαίνεται να διαδραματίζει τον πρωταγωνιστικό ρόλο στη διαμόρφωση του δικαίου της ιατρικής ευθύνης και στην επίλυση των επιμέρους ζητημάτων.[4,11]

Ιδιαίτερα βοηθητική αποδεικνύεται η νομολογία στην κατάφαση της αστικής ευθύνης του πλαστικού χειρουργού κατά τη διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων, λόγω της ιδιαιτερότητας των συγκεκριμένων επεμβάσεων ως προς τη φύση και το σκοπό τους. Συγκεκριμένα, στις αισθητικές επεμβάσεις δεν υπάρχει «ασθενής» με τη στενή έννοια του όρου, καθότι δεν υπάρχει και «ασθένεια» στη θεραπεία της οποίας να κατατείνει η επέμβαση. Σκοπός της αισθητικής επέμβασης είναι η διαμόρφωση συγκεκριμένων εξωτερικών χαρακτηριστικών του προσώπου ή του σώματος, σύμφωνα με την εκπεφρασμένη βούληση του χειρουργηθέντος. Ο ιατρός οφείλει, επομένως, να έχει ενημερώσει ενδελεχώς και με τρόπο σαφή τον ασθενή για τις ιατρικές πράξεις που θα επιχειρήσει, την αναγκαιότητά τους, τις ενδεχόμενες εναλλακτικές μεθόδους για το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα καθώς και για τους κινδύνους που ελλοχεύει στην υγεία και τη σωματική ακεραιότητά η προτεινόμενη αισθητική επέμβαση. Ακόμη, η επιδίωξη συγκεκριμένου αποτελέσματος, αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο με ποικίλες νομικές προεκτάσεις στην κατάφαση και την έκταση της αστικής ευθύνης του πλαστικού χειρουργού κατά τη διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων.

2.2. Η έννομη σχέση μεταξύ πλαστικού χειρουργού και ασθενούς

Με την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών από τον ιατρό προς ένα πρόσωπο ιδρύεται ανάμεσα τους μία έννομη σχέση, η οποία κατά βάση μπορεί να είναι είτε ιδιωτικού είτε δημοσίου δικαίου. Με βάση την κρατούσα στο ελληνικό δίκαιο θέση, όταν ο παρέχων τις ιατρικές υπηρεσίες είναι το Δημόσιο ή ένα ΝΠΔΔ η έννομη σχέση που ιδρύεται μεταξύ αυτού και του ασθενούς είναι δημοσίου δικαίου και ως εκ τούτου η διαφορές που αναφέρονται από τη σχέση αυτή είναι διαφορές δημοσίου δικαίου, υπαγόμενες στην δικαιοδοσία των διοικητικών δικαστηρίων. Αυτό συμβαίνει ασφαλώς στις περιπτώσεις όπου οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται σε ένα δημόσιο νοσοκομείο ή παρέχονται άμεσα από ένα ΝΠΔΔ, όπως είναι οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης π.χ. το ΙΚΑ καθώς και στις περιπτώσεις που αποτελούν άσκηση δημόσιας εξουσίας με εξαναγκαστικό χαρακτήρα, όπως είναι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός ή η υποχρεωτική εξέταση του πληθυσμού για συγκεκριμένη νόσο. [10] Από την άλλη πλευρά, όταν κανένα από τα συμβαλλόμενα μέρη δεν είναι το Δημόσιο ή ΝΠΔΔ και η έννομη σχέση βασίζεται στο δίπολο «ασθενής- ιατρός ή ομάδα ιατρών», πρόκειται για σχέση αμιγώς ιδιωτικού δικαίου.

Στην περίπτωση της πλαστικής χειρουργικής, ωστόσο, η δημιουργία σχέσης δημοσίου δικαίου δεν αποτελεί τον κανόνα αφενός γιατί τα νοσοκομεία της χώρας που διαθέτουν κλινικές πλαστικής χειρουργικής είναι περιορισμένα, αφετέρου γιατί οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης καλύπτουν μόνο τη διενέργεια επανορθωτικών πλαστικών επεμβάσεων και όχι αισθητικών. Επομένως, όταν πρόκειται για περίπτωση αισθητικής πλαστικής επέμβασης, η υποκείμενη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, είναι κατά κανόνα μια έννομη σχέση ιδιωτικού δικαίου. Μολονότι, σε κανένα νομοθέτημα δεν υπάρχει σαφής και οριοθετημένη ρύθμιση της συγκεκριμένης έννομης σχέσης, τόσο στη θεωρία όσο και στη νομολογία γίνεται αποδεκτή ως «σύμβαση ιατρικής αγωγής».[5]

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί, πως υπάρχουν και εξαιρετικές περιπτώσεις, που εκλείπουν παντελώς οι δηλώσεις βούλησης των μερών κι ως εκ τούτου δεν μπορεί να γίνει λόγος για σύμβαση. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν ο ασθενής είναι δικαιοπρακτικά ανίκανος ή όταν δεν είναι δυνατή η κατάρτιση σύμβασης λ.χ. όταν ο ασθενής είναι αναισθητός. Στην αισθητική πλαστική χειρουργική, δεδομένης της απουσίας θεραπευτικού σκοπού και του κατεπείγοντος χαρακτήρα, οι περιπτώσεις αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες. Η αυτόβουλη επέμβαση του ιατρού χωρίς την προηγούμενη κατάρτιση έγκυρης σύμβασης, συναντάται αποκλειστικά σε περιπτώσεις όπου στο πλαίσιο της διενέργειας μιας αισθητικής επέμβασης, για παράδειγμα μιας πλαστικής κοιλίας, εντοπίζεται μεγάλος κακοήθης όγκος που για κάποιο λόγο π.χ. λόγω λίπους, δεν μπορούσε να διαφανεί στο προεγχειρητικό έλεγχο, οπότε ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να προβεί στην άνευ ετέρου αφαίρεση του όγκου. Στις παραπάνω περιπτώσεις, γίνεται δεκτό ότι τυγχάνουν εφαρμογής οι διατάξεις του Αστικού Κώδικα περί διοίκησης αλλοτρίων, εφόσον ο ιατρός ενεργεί «προς το συμφέρον» του ασθενούς και σύμφωνα με την «εικαζόμενη θέληση του» (ΑΚ 730). [5,11] Ακόμη έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι στις εν λόγω περιπτώσεις, που η κατάρτιση της σύμβασης δεν κατέστη δυνατή, ιδρύεται μια de facto συμβατική σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, απορρέουσα από την νομική υποχρέωση του ιατρού να συνδράμει σύμφωνα με το άρθρο 25 Α.Ν. 1565/1939, Β.Δ. 25.5/6.7.1955.

2.2.1. Η σύμβαση ιατρικής αγωγής στην αισθητική χειρουργική

Ο όρος «σύμβαση ιατρικής αγωγής» δεν αποτυπώνεται σε κανένα νομοθέτημα, αλλά αποτελεί ένα θεωρητικό κατασκευάσμα, το οποίο έχει υιοθετηθεί από τη νομολογία. Στο γερμανικό και γαλλικό δίκαιο απαντώνται αντίστοιχα οι όροι «Arztvertrag» και «contrat médical», οι οποίοι αποδίδονται αυτολεξεί ως «ιατρική σύμβαση». Ως σύμβαση ιατρικής αγωγής ορίζεται γενικά «η ενοχική σύμβαση, με την οποία ο ιατρός υπόσχεται τη διενέργεια ιατρικών πράξεων σε ορισμένο πρόσωπο, έναντι συμφωνημένης αμοιβής». [10]

Συμβαλλόμενα μέρη είναι κατά βάση από τη μία πλευρά ο πλαστικός χειρουργός και από την άλλη ο ασθενής ή ορθότερα στην περίπτωση των αισθητικών επεμβάσεων ο λήπτης των ιατρικών υπηρεσιών, καθώς εκλείπει ο θεραπευτικός σκοπός. Σε περίπτωση που ο λήπτης ιατρικών υπηρεσιών είναι δικαιοπρακτικά ανίκανος, όπως για παράδειγμα, όταν πρόκειται για ανήλικο ή για άτομο που έχει τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση, η σύμβαση ιατρικής αγωγής συνάπτεται έγκυρα με τον ασκούντα την επιμέλεια του ανηλίκου γονέα (ΑΚ 1516 περ.1, 12 ΚΙΔ) ή τον δικαστικό συμπαραστάτη αντίστοιχα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση, όπου η αισθητική επέμβαση διενεργείται από τον πλαστικό χειρουργό σε ένα ΝΠΙΔ, όπως μια ιδιωτική κλινική. Στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να γίνει διάκριση ανάμεσα στην περίπτωση της «τμηματικής σύμβασης νοσοκομειακής περίθαλψης», όπου ο αντισυμβαλλόμενος είναι συγκεκριμένος πλαστικός χειρουργός, επιλεγμένος από τον ίδιο το λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών, που λειτουργεί ως εξωτερικός συνεργάτης της κλινικής και της «σύμβασης ενιαίας ή συνολικής νοσοκομειακής περίθαλψης», όπου ο λήπτης των ιατρικών υπηρεσιών συμβάλλεται απευθείας με την κλινική, οπότε και αυτή επιλέγει τον ιατρό που θα αναλάβει την αισθητική επέμβαση. Η πρώτη περίπτωση αποτελεί την κλασική μορφή της συμβατικής ιατρικής ευθύνης, όπου ο ιατρός υπέχει προσωπική και αποκλειστική ευθύνη για την πλημμελή εκπλήρωση των υποχρεώσεών του. Η κλινική υποχρεούται μόνο να παράσχει τον αναγκαίο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό με βάση την υποκείμενη συμβατική σχέση της με τον ιατρό. Αντίθετα, σε περίπτωση «ενιαίας νοσοκομειακής περίθαλψης», άμεσα αντισυμβαλλόμενη είναι η ίδια η κλινική, η οποία και θα ευθύνεται απέναντι στο λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών, σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος ή αυθαίρετης ιατρικής πράξης του πλαστικού χειρουργού, ο οποίος λειτουργεί εν προκειμένω ως βοηθός εκπλήρωσης. (ΑΚ 334). [4,11]

Ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για «διαρκή» σύμβαση, στο πεδίο των αισθητικών επεμβάσεων μπορεί να χαρακτηριστεί βάσιμα σε κάποιες περιπτώσεις (π.χ. botox, ενέσιμα, υαλουρονικό οξύ) και ως «στιγμιαία». Κατά κύριο λόγο καταρτίζεται άτυπα, με την προσέλευση του λήπτη ιατρικών υπηρεσιών στο ιατρείο (πρόταση για κατάρτιση σύμβασης) και την αποδοχή του πλαστικού χειρουργού να τον εξετάσει (αποδοχή). Ενώ γενικά γίνεται αποδεκτή και η δυνατότητα σιωπηρής κατάρτισης, με την έννοια ότι ο ασθενής αποδέχεται να προχωρήσει στην θεραπευτική μέθοδο που του προτείνει ο ιατρός, στις αισθητικές επεμβάσεις, δεδομένης της έλλειψης θεραπευτικής ανάγκης, δεν εφαρμόζεται στην πράξη, καθώς ο λήπτης των ιατρικών υπηρεσιών είναι αυτός που καλείται να προτείνει πρώτος. Βασικό στοιχείο της σύμβασης αυτής είναι ο αμοιβαίος και επαχθής χαρακτήρας της. Σύμφωνα με το άρθρο 19 παρ. 1 του ΚΙΔ « Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του με αμοιβή...», ενώ το άρθρο 38 του Α. Ν. 1565/1939 ορίζει ότι « η παροχή της ιατρικής συνδρομής τεκμαίρεται γενομένη επί σκοπώ πληρωμής». Φαίνεται , λοιπόν, πως η σύμβαση αυτή δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να υπαχθεί στις ρυθμίσεις των διατάξεων για τη δωρεά ,ακόμη κι αν ο ιατρός δεν απαιτεί αμοιβή. Ακόμη, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ούτε ως σχέση φιλοφροσύνης, καθώς ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει τις ιατρικές του υπηρεσίες ανεξάρτητα από το αν θα λάβει αμοιβή, η οποία αποτελεί ενοχική υποχρέωση του αντισυμβαλλόμενου μέρους. Ως εκ τούτου, ορθότερη φαίνεται η άποψη, ότι σε περίπτωση που ο ιατρός δεν επιθυμεί να λάβει τη νόμιμη αμοιβή , πρόκειται για άφεση χρέους. [1]

Τέλος, μια αξιοσημείωτη ιδιαιτερότητα της σύμβασης ιατρικής αγωγής σε σχέση με τις κλασικές ενοχικές συμβάσεις είναι ,ότι ακόμη και σε περίπτωση ακυρότητάς της π.χ. λόγω αντίθεσης στα χρηστά ήθη (ΑΚ 288), ο ιατρός εξακολουθεί να έχει την ίδια υποχρέωση επιμέλειας απέναντι στον ασθενή ή το λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών. [11, 12].

2.2.2. Νομική φύση της «σύμβασης ιατρικής αγωγής» και έννομες συνέπειες

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον με ποικίλες διατυπωμένες απόψεις στη θεωρία και αποκλίνουσες αποφάσεις στη νομολογία παρουσιάζει το ζήτημα του χαρακτηρισμού της σύμβασης της σύμβασης της ιατρικής αγωγής ως προς τη νομική της φύση, καθώς η επιλογή της ένταξής της σε συγκεκριμένο συμβατικό τύπο επιφέρει και διαφορετικές έννομες συνέπειες για τα συμβαλλόμενα μέρη.

Συγκεκριμένα, η νομολογία και μεγάλο μέρος της θεωρίας προκρίνουν δύο βασικές θέσεις. Η πρώτη κάνει λόγο για σύμβαση μίσθωσης εργασίας και συγκεκριμένα για σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών και μάλιστα στην ειδικότερη μορφή των «εμπιστευτικών» ελευθέρων εργασιών της ΑΚ 676(ΠΠΘεσσαλ 24582/2008, ΕφΛαρ 298/2015), ενώ η δεύτερη χαρακτηρίζει τη σύμβαση της ιατρικής αγωγής ως σύμβαση μίσθωσης έργου (ΕφΑθ 5512/2003). Στο σημείο αυτό, πρέπει να επισημανθεί ότι ο νομικός χαρακτηρισμός της σύμβασης που επιλέγουν τα συμβαλλόμενα μέρη ή ο νομοθέτης δεν έχει καμία δεσμευτικότητα. Αποκλειστικά αρμόδια για τον ορθό νομικό χαρακτηρισμό της σύμβασης, είναι το Δικαστήριο, το οποίο αφού εκτιμήσει ελεύθερα όλα τα πραγματικά περιστατικά, ερμηνεύει αυτεπάγγελτα το περιεχόμενο της σύμβασης σύμφωνα με τα συναλλακτικά ήθη και την καλή πίστη και τέλος προβαίνει στον ορθό νομικό χαρακτηρισμό της ως σύμβαση έργου ή σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών. (ΑΠ 15/2012 , ΑΠ 524/2004).[8].

Η σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, αποτελεί μορφή σύμβασης εργασίας, ρυθμιζόμενη από τις διατάξεις ΑΚ 648-680 (εκτός από αυτές που αφορούν αποκλειστικά της σύμβαση παροχής εξαρτημένης εργασίας), η οποία υφίσταται όταν ο εργαζόμενος παρέχει υπηρεσίες αντί συμφωνημένης αμοιβής, χωρίς όμως να υπόκειται στον έλεγχο και την αυστηρή εποπτεία του εργοδότη και χωρίς την υποχρέωση συμμόρφωση στις εντολές και τις υποδείξεις του αναφορικά με το χρόνο, τον τόπο και τον τρόπο εκπλήρωσης της παροχής υπηρεσιών.[6] Η σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών απαντάται κυρίως στις περιπτώσεις, όπου ο παρέχων τις υπηρεσίες διατηρεί δική του επαγγελματική στέγη και εξυπηρετεί περισσότερους «πελάτες». [9] Αυτός είναι και ο λόγος, που στις περισσότερες περιπτώσεις σύμβασης ιατρικής αγωγής υιοθετείται και από τη νομολογία ο χαρακτηρισμός της ως μίσθωση ανεξάρτητων υπηρεσιών.

Από την άλλη πλευρά, η σύμβαση έργου, η οποία ρυθμίζεται από τα άρθρα 681 επ. του Αστικού Κώδικα, είναι μία ενοχική, υποσχετική και αμφοτεροβαρής σύμβαση, παροδικού κατά βάση χαρακτήρα, με την οποία ο ένας συμβαλλόμενος (εργολάβος) αναλαμβάνει την υποχρέωση να εκτελέσει ορισμένο έργο ενώ ο άλλος (εργοδότης) αναλαμβάνει να καταβάλλει στον εργολάβο τη συμφωνημένη αμοιβή. [9] Για το λόγο αυτό, σε αντίθεση με ότι ισχύει στις συμβάσεις παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, όπου ο υποσχόμενος να παράσχει τις υπηρεσίες του δεν ευθύνεται αν χωρίς ίδια υπαιτιότητα, οι υπηρεσίες του δεν απέφεραν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, στη σύμβαση έργου τον κίνδυνο αυτό από την ανάληψη της υποχρέωσης ως την παράδοση του έργου τον φέρει ο εργολάβος (ΑΚ 698).[7]

Το αντικείμενο της σύμβασης έργου είναι, επομένως, η επίτευξη ορισμένου αποτελέσματος, με την πραγμάτωση του οποίου επέρχεται αυτοδίκαια και η λύση της.

Μολονότι, η θεωρητική διάκριση των δύο συμβάσεων φαίνεται σχετικά απλή και κατανοητή, στην πράξη καταλήγει συχνά δυσχερής. Αφενός γιατί τα στοιχεία της σχετικής ανεξαρτησίας του εργαζομένου από τον εργοδότη, της ελεύθερης ανάπτυξης πρωτοβουλίας, της ευθύνης οργάνωσης προσιδιάζουν και στις δύο μορφές συμβάσεων, αφετέρου γιατί αποδεικνύεται σε πολλές περιπτώσεις, όπως και στις αισθητικές επεμβάσεις, αρκετά δύσκολο να αποσυνδεθεί η παρεχόμενη εργασία με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.[7] Συγκεκριμένα, στις αισθητικές χειρουργικές επεμβάσεις, το γεγονός ακριβώς της επιδίωξης συγκεκριμένου αισθητικού αποτελέσματος από τον ιατρό, αποτελεί τη νομιμοποιητική βάση του χαρακτηρισμού της σχέσης του πλαστικού χειρουργού με των λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών ως σύμβαση έργου. Η θέση αυτή ερείδεται στη λογική ο ιατρός αναλαμβάνει να επιφέρει συγκεκριμένο αισθητικό αποτέλεσμα στον ενδιαφερόμενο να υποβληθεί σε αισθητική επέμβαση (π.χ. συγκεκριμένο σχήμα και μέγεθος μύτης, χειλιών, στήθους, γλουτών) αρκετά συχνά έχοντας επιδείξει προηγουμένως συγκεκριμένη φωτογραφία άλλου προσώπου και αντίστοιχα ο ενδιαφερόμενος αναλαμβάνει να καταβάλλει στον ιατρό τη συμφωνημένη αμοιβή εφόσον με την επέμβαση επιτευχθεί το επιδιωκόμενο αισθητικό αποτέλεσμα.

Παρόλο που φαινομενικά, στις παραπάνω περιπτώσεις, πληρούνται οι εξωτερικές προϋποθέσεις της σύμβασης έργου, η άποψη αυτή έχει επικριθεί από μεγάλη μερίδα της θεωρίας. Βασικότερος λόγος είναι ότι αντιτίθεται στην παγιωμένη αντίληψη ότι ο ιατρός έχει υποχρέωση παροχής μέσων (*obligation des moyens*) και όχι αποτελέσματος (*obligation de resultat*). Ο ιατρός, δηλαδή, κατά τη σύμβαση της ιατρικής αγωγής, δεν υπόσχεται την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος, αλλά υπόσχεται να παράσχει όλα τα μέσα που διαθέτει, όπως οι επιστημονικές του γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες, ο ιατρικό-τεχνολογικός εξοπλισμός και οτιδήποτε άλλο δύναται να χρειαστεί για τη *de lege artis* διενέργεια της ιατρικής πράξης προς επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος.[10] Ακόμη, γίνεται αντιληπτό, ότι οποιαδήποτε ιατρική πράξη και δη ιατρική επέμβαση, ακόμη κι αν αυτή είναι αναίμακτη όπως στις περιπτώσεις ορισμένων αισθητικών επεμβάσεων, αποτελεί μια επενέργεια στον ανθρώπινο οργανισμό που ενέχει σημαντικό βαθμό επικινδυνότητας κι αβεβαιότητας και η έκβαση της οποίας μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλους παράγοντες, μη δυνάμενους να προσδιοριστούν εκ των προτέρων. Για τους λόγους αυτούς η μεγαλύτερη μερίδα της θεωρίας, αλλά και της νομολογίας έχει απομακρυνθεί από

το χαρακτηρισμό ως σύμβασης έργου και τείνει να υιοθετηθεί η άποψη περί παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Βέβαια, έχει διατυπωθεί και η άποψη, ότι και οι δύο αυτοί συμβατικοί τύποι δεν μπορούν να τύχουν εφαρμογής στις ιατρικές πράξεις και δη στις χειρουργικές επεμβάσεις, διότι αποδυναμώνουν τον επιστημονικό χαρακτήρα των παρεχόμενων στον ασθενή υπηρεσιών. Επί τοις πράγμασι, η σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν έγκειται σε κοινή παροχή υπηρεσιών ή έργο, αλλά σε «προσφορά ιατρικών γνώσεων με σκοπό τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας -ψυχικής ή σωματικής- του προσώπου που προστρέχει στον ιατρό και με αντικείμενο ιατρική πράξη, της οποίας η διενέργεια και το αναμενόμενο άμεσο υλικό αποτέλεσμα συνιστούν επενέργεια στον ανθρώπινο οργανισμό».

[10]

Τέλος, στην προσπάθεια να υπερκεραστούν οι οποιοδήποτε προβληματισμοί, έχει διατυπωθεί στη γαλλική θεωρία η θέση περί «*sui generis*» σύμβαση, δηλαδή η σύμβαση ιατρικής αγωγής αποτελεί μια ιδιόρρυθμη μορφή σύμβασης, μη δυνάμενη να ενταχθεί στους ήδη ρυθμισμένους συμβατικούς τύπους, και η οποία ενέχει ταυτόχρονα χαρακτηριστικά της σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών και της σύμβασης έργου. Αντικειμενικά, ο ιατρός στο πλαίσιο της επαγγελματικής κι επιστημονικής του ελευθερίας δεν υπόκειται σε οδηγίες κι εντολές αναφορικά με τις ιατρικές του υπηρεσίες από την κλινική, το νοσοκομείο ή τον ασθενή του, γεγονός που προσιδιάζει στη σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Από την άλλη, αναμφίβολα, κάθε ιατρική πράξη κατατείνει σε παραγωγή ορισμένου αποτελέσματος, είτε θεραπευτικού, είτε αισθητικού, στοιχείο που χαρακτηρίζει τη σύμβαση έργου. [12]

Ανεξάρτητα από τη νομική της φύση, η αποδοχή του ενοχικού- συμβατικού της χαρακτήρα της, συνεπάγεται τη δυνατότητα καταγγελίας από τα μέρη κατά τα οριζόμενα στα άρθρα 676επ. ΑΚ, καθώς και τη δυνατότητα έγερσης αγωγής αποζημίωσης σε περίπτωση ανώμαλης εξέλιξης της ενοχής. Το ιατρικό σφάλμα ή η αυθαίρετη ιατρική πράξη που θα συνιστούν το «πραγματικό» της αγωγής αποζημίωσης, είναι στην πραγματικότητα δύσκολο να ενταχθούν σε μία από τις κλασικές μορφές ανώμαλης εξέλιξης της ενοχής, ήτοι στην αδυναμία εκπλήρωσης της παροχής, την υπερημερία και την πλημμελή εκπλήρωση. Κατά κανόνα, αντιμετωπίζεται ως πλημμελής εκπλήρωση της κύριας υποχρέωσης του γιατρού, αλλά υπάρχουν περιπτώσεις όπως οι αισθητικές επεμβάσεις, όπου έχουν ως περιεχόμενο μια και μοναδική πράξη κι ως εκ τούτου μπορούν να αντιμετωπιστούν και ως ολική αδυναμία παροχής. Λόγω της δυσχέρειας αυτής, στο γερμανικό δίκαιο, με τον νόμο για «τον

εκσυγχρονισμό του ενοχικού δικαίου» του 2002, αναγνωρίστηκε ως νόμιμος λόγος ευθύνης γενικά «οποιαδήποτε υπαίτια παράβαση της σύμβασης ιατρικής αγωγής» χωρίς επιμέρους κατηγοριοποίηση. [10]

2.3. Ιατρική ευθύνη από αδικοπραξία (ΑΚ 914 επ.)

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής, όπως έχει ήδη αναλυθεί, αποτελεί τη νομική βάση για την ίδρυση αστικής ευθύνης του ιατρού σε περίπτωση ανώμαλης εξέλιξης της ενοχής, δηλ. σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος ή αυθαίρετης ιατρικής πράξης. Παράλληλα, γίνεται δεκτό, ότι ο ιατρός ενέχει στις παραπάνω περιπτώσεις και αδικοπρακτική ευθύνη. Πρόκειται για πρωτογενή, δηλ. εκ του νόμου αξίωση σε αποζημίωση, η οποία θεμελιώνεται στις διατάξεις 914επ. του Αστικού Κώδικα. Συγκεκριμένα, το ΑΚ 914 ορίζει ότι «Όποιος ζημιώσει άλλον υπαίτια και παράνομα έχει υποχρέωση να τον αποζημιώσει». Ο ελληνικός Αστικός Κώδικας στο πρότυπο του γαλλικού (αρ. 1382,1383) και του Ελβετικού Αστικού Κώδικα Ενοχών (αρ. 41) επιλέγει να ρυθμίσει την αδικοπρακτική ευθύνη με γενικές ρήτρες , δηλαδή με κανόνες περιέχοντες αόριστες νομικές έννοιες, με σκοπό να καλύψει το μέγιστο δυνατό βαθμό των περιπτώσεων.[9] Από τη γραμματική ερμηνεία της διάταξης προκύπτει, ότι για την κατάφαση αδικοπρακτικής ευθύνης και τη δημιουργία παρεπόμενης υποχρέωσης του ιατρού προς αποζημίωση πρέπει να πληρούνται οι επιμέρους προϋποθέσεις της α)παρανομίας β)της υπαιτιότητας γ) της «ζημίας» και δ) της «αιτιώδους συνάφειας» μεταξύ νόμιμου λόγου ευθύνης (δηλ. της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς) και ζημίας.

Όπως γίνεται αντιληπτό και σύμφωνα με την κρατούσα άποψη στη θεωρία, η ΑΚ 914 συνιστά ένα «λευκό κανόνα» [9] καθότι δεν εξειδικεύει τις περιπτώσεις παρανομίας αλλά παραπέμπει στο σύνολο των κανόνων δικαίου, γραπτών ή άγραφων. Θεωρία και νομολογία συγκλίνουν στην άποψη ότι παράνομη συμπεριφορά δεν υπάρχει μόνο όταν παραβιάζεται απαγορευτική διάταξη νόμου ή «προστατευτικός νόμος», αλλά και όταν η συμπεριφορά αντιτίθεται στα «χρηστά ήθη και στην καλή πίστη» σύμφωνα με το ΑΚ288 ή παραβιάζονται «άγραφοι κανόνες επιμέλειας» όπως αυτοί επιβάλλονται από τα συναλλακτικά ήθη καθώς και όταν υπάρχει παράλειψη νομικής υποχρέωσης, απορρέουσα είτε από ειδική διάταξη νόμου, είτε από τη γενική αρχή της καλής πίστης είτε από προηγούμενη κινδυνώδη δράση (296/2018 ΕφΑθ,8447/2017 ΠολΠρΘεσσαλ). Στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης, νόμιμους λόγους ευθύνης κατά τη ΑΚ 914, συνιστούν σύμφωνα με την πάγια νομολογία το ιατρικό σφάλμα (ιατρική αμέλεια) και η αυθαίρετη ιατρική πράξη. Ιατρικό σφάλμα υπάρχει σε κάθε περίπτωση που η ιατρική πράξη δε διενεργείται *lege artis*, δηλ. σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της

ιατρικής επιστήμης και πείρας, τα διεθνή ιατρικά standards (διεθνή ιατρικά πρότυπα ποιότητας) και προς το συμφέρον του ασθενούς και όταν δεν καταβάλλεται την απαιτούμενη από το νόμο (άρ. 24 AN 1565/1939), την καλή πίστη και τα συναλλακτικά ήθη επιμέλεια από τον γιατρό. Μεγάλη δογματική συζήτηση έχει ανακύψει γύρω από το ζήτημα του μέτρου της οφειλόμενης από τον ιατρό επιμέλειας. Σύμφωνα με την πάγια νομολογία, τόσο στην Ελλάδα όσο και στη Γαλλία, το μέτρο της επιμέλειας του ιατρού δεν προσδιορίζεται με τα υποκειμενικά κριτήρια του δικαστή, αλλά κρίνεται με βάση το μέσο συνετό ιατρό της συγκεκριμένης ειδικότητας (bonus medicus). Ο δικαστής, δηλαδή, καλείται να προσδιορίσει μέσω του θεσμού της πραγματογνωμοσύνης και με την μελέτη ιατρικών μελετών, την προσοχή και την επιμέλεια που θα επιδείκνυε υπό ανάλογες συνθήκες ο μέσος, επιμελής, ειδικευμένος ιατρός, εάν βρισκόταν υπό ανάλογες συνθήκες.[14] Σημειωτέο είναι, ότι σε περιπτώσεις ιατρών εγνωσμένου κύρους με μεγάλη εξειδίκευση, ακαδημαϊκούς τίτλους, εμπειρία, ειδική τεχνογνωσία το πρότυπο επιμέλειας δεν διατηρείται στο επίπεδο του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητας αλλά αυξάνεται σε αντιστοιχία με τις επαγγελματικές και προσωπικές ικανότητες.[16] Όσον αφορά, βέβαια, τον πλαστικό χειρουργό και τις αισθητικές επεμβάσεις, έχει δημιουργηθεί ένας έντονος προβληματισμός στην ακαδημαϊκή κοινότητα σε σχέση με το bonus medicus και το πρότυπο επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητάς του. Στις αισθητικές επεμβάσεις ο πλαστικός χειρουργός μπορεί να επέμβει σχεδόν σε όλα τα μέρη και τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Στην πράξη, συχνά τα όρια μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων καθίστανται λεπτά και το μέτρο επιμέλειας του πλαστικού χειρουργού ασαφές. Όπως έχει διαπιστωθεί μέσα από τις ιατρικές μελέτες και τα νομολογιακά παραδείγματα, οι συχνότερες επιπλοκές στις αισθητικές επεμβάσεις συνδέονται με βλάβες των νεύρων, των αρτηριών, των εσωτερικών οργάνων, πρόκληση ορθοπεδικών προβλημάτων και δυσλειτουργιών καθώς αρκετές συχνές είναι και οι περιπτώσεις μετεγχειρητικών λοιμώξεων.[19] Σε περιπτώσεις αμφιβολίας, όπως οι παραπάνω, έχει προταθεί στη σύγχρονη θεωρία η απαγκίστρωση από το bonus medicus και το μέσο συνετό ιατρό της ειδικότητας ως πρότυπο επιμέλειας και προκρίνεται η αναγωγή στα διεθνή ιατρικά standards, δηλαδή στα αναγνωρισμένα πρότυπα ποιότητας παροχής ιατρικών υπηρεσιών, τα οποία σαφώς δύνανται να διαφοροποιούνται ανά χρονική περίοδο, ανά κράτος, ανά γεωγραφική περιοχή κι εν γένει ανά εργασιακό περιβάλλον και για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.[10]

Ακόμη, ο νόμιμος λόγος ευθύνης εκτός από παράνομος οφείλει να είναι και υπαίτιος. Όπως συμβαίνει σχεδόν με όλες τις διατάξεις στο ελληνικό δίκαιο της αποζημίωσης, έτσι και η ΑΚ 914 ακολουθεί την αρχή της υποκειμενικής ή πταισματικής ευθύνης. Σύμφωνα με αυτή, για να καταφαθεί η αδικοπρακτική ευθύνη δεν αρκεί το αντικειμενικό (εξωτερικό) στοιχείο της παράνομης πράξης ή παράλειψης εκ μέρους του ζημιώσαντος, αλλά απαιτείται και το υποκειμενικό - εσωτερικό στοιχείο της υπαιτιότητας. Υπαιτιότητα στο δίκαιο ονομάζεται η επιλήψιμη ψυχική στάση ενός προσώπου απέναντι στην παράνομη εξωτερική συμπεριφορά του ενόψει και του προβλεπόμενου ή δυνάμενου να προβλεφθεί «παράνομου» αποτελέσματός της.[9] Η υπαιτιότητα διακρίνεται σε δόλο και αμέλεια. Σε αντίθεση με το ποινικό δίκαιο, στο αστικό δίκαιο και συγκεκριμένα όσον αφορά την υποχρέωση αποζημίωσης, η διάκριση αυτή δεν έχει μεγάλη πρακτική αξία, καθώς αρκεί γενική υπαιτιότητα. Ειδικότερα, το άρθρο ΑΚ 330, το οποίο αποτελεί και το νομοθετικό έρεισμα της αρχής της πταισματικής ευθύνης, στο εδάφιο β' ορίζει ότι «αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές». Στο πλαίσιο του Αστικού Κώδικα, επομένως, η αμέλεια αποτελεί αόριστη νομική έννοια και ο δικαστής είναι αρμόδιος για την επιμέρους εξειδίκευσή της σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση με βάση τα διδάγματα της κοινής πείρας και την αποδεικτική διαδικασία στο δικαστήριο. [9]. Μεγάλη μερίδα της νομολογίας έχει υιοθετήσει και την άποψη περί «διπλής λειτουργίας της αμέλειας». Σύμφωνα με αυτή, η αμέλεια αποτελεί ταυτόχρονα μορφή παρανομίας και μορφή πταίσματος, κι ως εκ τούτου και οι δύο προϋποθέσεις της ΑΚ 914 (παρανομία και υπαιτιότητα) συντρέχουν ταυτοχρόνως (ΠΠρΑθ 1227/2018, 296/2018 ΕφΑθ, 5352/2020 ΠολΠρωτΘεσσαλ, 1771/2013 Μον.Πρωτ.Αθ.). [13] Στις αποφάσεις των ελληνικών δικαστηρίων, δεν αποσαφηνίζεται πάντα αν η ιατρική αμέλεια *lato sensu*, ως νόμιμος λόγος ευθύνης, πληροί την προϋπόθεση της παρανομίας ή της υπαιτιότητας, σύμφωνα με το ΑΚ914. Στην πλειοψηφία της νομολογίας, έχει υιοθετηθεί η άποψη της «διπλής λειτουργίας της αμέλειας», σύμφωνα με την οποία η παράβαση των μέτρων επιμέλειας του ιατρού, η οποία εκδηλώνεται συνήθως ως ιατρικό σφάλμα ή αυθαίρετη ιατρική πράξη, συνιστά ταυτόχρονα συμπεριφορά παράνομη και υπαίτια.[15] Η τοποθέτηση αυτή δεν επιχειρεί να ταυτίσει τις δύο έννοιες της παρανομίας και της υπαιτιότητας, οι οποίες εξακολουθούν να είναι σαφώς διακριτές, με την πρώτη να αφορά την εξωτερική συμπεριφορά του ιατρού (παρανομία) και τη δεύτερη τον ψυχισμό του (υπαιτιότητα). Κατ'ουσίαν, η θεωρία αυτή υποστηρίζει, ότι ειδικά στο ζήτημα της ιατρικής ευθύνης, παρανομία και υπαιτιότητα

συνιστούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, καθώς κάθε παράνομη συμπεριφορά του ιατρού καλύπτεται κατά τεκμήριο σχεδόν πάντα από μια επιλήψιμη ψυχική στάση. [10] Συγκεκριμένα, στις αισθητικές επεμβάσεις έχει δημιουργηθεί μια μεγάλη δογματική συζήτηση, σχετικά με τη θεμελίωση της παρανομίας και του πταίσματος κατά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης. Μοναδικός αρμόδιος για διενέργεια κοσμητικών επεμβάσεων είναι σύμφωνα με το νόμο ο ιατρός αναγνωρισμένης ειδικότητας και όχι οι επαγγελματίες αισθητικής (άρ.112 ΑΝ 1565/1939, αρ. 5 ΝΔ 361/1969). Ωστόσο, η ιατρική ιδιότητα του ατόμου που διενεργεί την κοσμητική επέμβαση και εν γένει την ιατρική πράξη δεν την καθιστά αυτόματα και νόμιμη. Το στοιχείο που διαφοροποιεί τις αισθητικές επεμβάσεις, είτε διενεργούνται με τεχνικά είτε με χημικά μέσα, ως προς τη νομική τους αντιμετώπιση στα ζητήματα αστικής αδιοπρακτικής ευθύνης είναι η έλλειψη θεραπευτικού σκοπού. Σύμφωνα με την κρατούσα στη θεωρία άποψη, κάθε χειρουργική επέμβαση συνιστά μια αρχικά άδικη πράξη, μια προσβολή της σωματικής ακεραιότητας του ατόμου. Ο θεραπευτικός σκοπός που θα μπορούσε να λειτουργήσει ως λόγος άρσης του αδικού, στην προκειμένη περίπτωση των κοσμητικών επεμβάσεων εκλείπει. Βέβαια, έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι οι αισθητικές επεμβάσεις, δεδομένης της επίδρασης που ασκεί η εξωτερική εμφάνιση στην ψυχική υγεία, έχουν άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν τυγχάνει ευρείας αποδοχής ούτε από τους επιστήμονες της ιατρικής κοινότητας, ούτε από τους θεωρητικούς του δικαίου. Ως εκ τούτου, μόνη η συναίνεση του λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών του πλαστικού χειρουργού ή του υποβαλλόμενου σε αισθητική επέμβαση μπορεί εν τέλει να άρει και το παράνομο της πράξης. Προϋπόθεση νομιμότητας της πράξης και της συναίνεσης σε αυτή, είναι σε κάθε περίπτωση η μη αντίθεση της στα χρηστά ήθη και στις επιταγές της δημόσιας τάξης, στοιχεία που κρίνονται από το δικαστήριο ad hoc. Απόψεις που έχουν διατυπωθεί στο παρελθόν και απορρίπτουν τη συναίνεση ως λόγο άρσης του παρανόμου στις αισθητικές επεμβάσεις με το επιχείρημα, ότι η προσδοκώμενη βελτίωση της εξωτερικής εμφάνισης δεν είναι τόσο ουσιώδης για να νομιμοποιήσει οποιαδήποτε προσβολή στη σωματική ακεραιότητα και την υγεία (ΠΠρΑθ4010/1965), δε συνάδουν με τη σύγχρονη κοινωνική αντίληψη και ηθική και για το λόγο αυτό τις απορρίπτει τόσο η σύγχρονη θεωρία όσο και η νομολογία.[10]

Ακόμη, η ΑΚ914 απαιτεί την ύπαρξη ζημίας. Ζημία σύμφωνα με το νόμο είναι κάθε δυσάρεστη μεταβολή στα έννομα αγαθά ενός προσώπου, περιουσιακά ή μη, ως αποτέλεσμα ενός γεγονότος. Περιουσιακή είναι η ζημία που αφορά αγαθά αποτιμητά σε χρήμα, όπως

είναι συνήθως τα υλικά αγαθά. Αντίθετα, όταν η ζημία αφορά τα ηθικά αγαθά του ατόμου, τα αγαθά δηλαδή που δεν είναι αποτιμητά σε χρήμα, όπως αυτά που συνδέονται στενά με την προσωπικότητά του (υγεία, σωματική ακεραιότητα, τιμή) ονομάζεται ηθική βλάβη. [18] Βέβαια, αρκετά συχνά η προσβολή αυτών των αγαθών έχει άμεσες οικονομικές συνέπειες, απομιμητές σε χρήμα. Για παράδειγμα, ο τραυματισμός ενός προσώπου, παρότι η άμεση ζημία του είναι ηθική και εντοπίζεται στην προσβολή του εννόμου αγαθού της σωματικής ακεραιότητας επιφέρει και περιουσιακή ζημία η οποία έγκειται στα έξοδα της νοσηλείας του και στην αδυναμία να εργαστεί. Ειδικά στο πεδίο της αστικής ιατρικής ευθύνης, προστατευόμενο αγαθό είναι το δικαίωμα στην προσωπικότητα, όπως αυτό θεμελιώνεται στο άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα και οι ειδικότερες εκφάνσεις του, όπως το δικαίωμα στη ζωή, τη σωματική ακεραιότητα, τη σωματική και ψυχική υγεία, το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού και της αυτοδιάθεσης και κατά περίπτωση το δικαίωμα στην τιμή και την περιουσία.

Τέλος, απαιτείται αιτιώδης συνάφεια μεταξύ του νόμιμου λόγου ευθύνης (δηλ. της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς) και της ζημίας. Η ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της πράξης ή παράλειψης και του ζημιογόνου αποτελέσματος κρίνεται κατά τις διατάξεις των ΑΚ 297, 298 και κρίνεται σε δύο στάδια. Αρχικά, με βάση το αν η πράξη ή παράλειψη αποτέλεσε έναν από τους αναγκαίους όρους (*condicio sine qua non*), που αν αυτός εξέλειπε, το αποτέλεσμα δε θα επερχόταν (θεωρία του ισοδύναμου των όρων), και σε δεύτερη φάση με βάση την κρατούσα στη θεωρία και νομολογία άποψη της πρόσφορης αιτιότητας (*causa adaequata*), όπου από όλους τους αναγκαίους (*sine qua non*) όρους, τελικά υπεύθυνος είναι αυτός που κρίνεται ο πιο «πρόσφορος» να επιφέρει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα.[18,14] Όπως και η υπαιτιότητα, έτσι και η αιτιώδης συνάφεια συνιστά αόριστη νομική έννοια της οποίας η εξειδίκευση και η κρίση περί συνδρομής ή μη υπόκειται στην κρίση του αρμόδιου δικαστηρίου. Εν προκειμένω, θα πρέπει η αμελής συμπεριφορά του ιατρού να είναι η αιτία που προκάλεσε την ζημία στον λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών και όχι κάποιος τρίτος, εξωγενής παράγοντας, εκτός της σφαίρας επιρροής του πλαστικού χειρουργού, όπως μια απρόβλεπτη λοίμωξη, μια επιπλοκή ή μια βλάβη στον εξοπλισμό της κλινικής ή του νοσοκομείου. Συνεπώς, ακόμη και αν επήλθε το ζημιογόνο αποτέλεσμα (π.χ. θάνατος, βλάβη υγείας, σωματικής ακεραιότητας), ο ιατρός δεν υπέχει προσωπική ευθύνη εφόσον ενήργησε *lege artis* (δηλ. σύμφωνα με τους κανόνες και τις αρχές της ιατρικής επιστήμης) και σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας (ιατρικά standards). Σε περίπτωση που η ιατρική αμέλεια δεν έγκειται σε πράξη, αλλά σε παράλειψη οφειλόμενης ενέργειας, όπως έχει

κριθεί νομολογιακά, αιτιώδης συνάφεια καταφάσκειται σε περίπτωση που εφόσον πραγματώνονταν η οφειλόμενη ενέργεια (η οποία παραλείφθηκε), το ζημιογόνο αποτέλεσμα με σχετική βεβαιότητα δε θα επερχόταν (ΑΠ 230/2015, ΑΠ 809/2015, ΑΠ1034/2013).

2.3.1. Συρροή ενδοσυμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης

Όπως προκύπτει από την ανάλυση που προηγήθηκε, χαρακτηριστικό τόσο της αστικής ευθύνης, είτε αυτή θεμελιώνεται στην αθέτησης προηγούμενης ενοχής, είτε στην αδικοπραξία, είναι ότι έχει σκοπό την αποκατάσταση της ζημίας και στην προστασία του προσώπου που ζημιώθηκε και όχι - όπως συμβαίνει με άλλους τομείς του δικαίου - την αποδοκιμασία και την επιβολή κυρώσεων στον ζημιώσαντα. Είναι αρκετά σύνηθες, ένα ζημιογόνο γεγονός (πράξη ή παράλειψη) να μπορεί να θεμελιώσει ταυτόχρονα δικαιοπρακτική και αδικοπρακτική ευθύνη. Συγκεκριμένα στις περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας, η δυνατότητα αυτή αποτελεί και τον κανόνα, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που δεν υφίσταται καθόλου συμβατική σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών, όπως είναι η περίπτωση που εκλείπουν παντελώς οι σχετικές δηλώσεις βούλησης, η περίπτωση που συμβάλλεται απευθείας με την ιδιωτική κλινική (σύμβαση πλήρους νοσοκομειακής κάλυψης) και σαφώς όταν οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από το Δημόσιο ή ΝΠΔΔ, όπου και τυγχάνουν εφαρμογής οι διατάξεις 105-106 ΕισΝΑΚ.

Μολονότι κατατείνουν στον ίδιο σκοπό, διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση τους και τις επιμέρους έννομες συνέπειες. Αφενός, η αδικοπρακτική ευθύνη είναι πρωτογενής ευθύνη, με την έννοια ότι ιδρύεται απευθείας εκ του νόμου (ΑΚ 914επ.), σε αντίθεση με την δικαιοπρακτική ευθύνη, που είναι δευτερογενής, καθώς ο νόμιμος λόγο ευθύνης δεν πηγάζει από το νόμο, αλλά από προϋφιστάμενη ενοχή (σύμβαση ιατρικής αγωγής). Επιπλέον, σημαντική διαφορά είναι η δυνατότητα αποκατάστασης της ηθικής βλάβης, η οποία παρέχεται μόνο στο πλαίσιο αδικοπρακτικής ευθύνης (ΑΚ 932). Η δυνατότητα αυτή παίζει καθοριστικό ρόλο, στην έκταση της αποζημίωσης, η οποία άλλωστε αποτελεί και το ζητούμενο του προσφεύγοντος στη δικαστική προστασία μέσω της άσκησης αγωγής. Εξίσου σημαντικό είναι και το ζήτημα της παραγραφής, καθώς η αξίωση αποζημίωσης αν προέρχεται από αδικοπραξία (ΑΚ 914) υπόκειται σε πενταετή παραγραφή (ΑΚ 937), ενώ αν πηγάζει από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής υπόκειται στη συνήθη εικοσαετή παραγραφή (ΑΚ 249). Τέλος, διαφοροποιείται και το βάρος απόδειξης, αφού στην αδικοπραξία ο ζημιωθείς (λήπτης

ιατρικών υπηρεσιών, ασθενής) είναι αυτός που καλείται να αποδείξει τα πραγματικά περιστατικά που συνιστούν το πταίσμα του ζημιώσαντος (ιατρού), ενώ στην αθέτηση υφιστάμενης υποχρέωσης από ενοχή (σύμβαση ιατρικής αγωγής), το βάρος απόδειξης ότι δεν υπάρχει πταίσμα εκ μέρους του φέρει ο οφειλέτης (εν προκειμένω ο ιατρός). [18]

Σύμφωνα με την κρατούσα στη νομολογία άποψη περί «ελεύθερης συρροής αξιώσεων» (ΠολΠρΘες3808/2010, ολΑΠ 967/1973, ΑΠ 5872005), στις περιπτώσεις αυτές, όπου ένα ζημιογόνο γεγονός μπορεί να θεμελιώσει και ενδοσυμβατική και αδικοπρακτική ευθύνη, γεννιούνται δύο αυτοτελείς αξιώσεις, οι οποίες λειτουργούν παράλληλα, καθεμία υποκείμενη στις δικές της ρυθμίσεις. Μπορούν να εκχωρηθούν, να ασκηθούν ξεχωριστά δικαστικά και η ικανοποίηση της μίας επιφέρει, στο ίδιο μέτρο, την απόσβεση της άλλης, εκτός αν η άλλη έχει ευρύτερο περιεχόμενο, όπως η χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης, οπότε «σώζεται το επιπλέον».[9] Σύμφωνα με τη «θεωρία της επενεργούσης συρροής» (ΑΠ 384/1973, ΑΠ 444/1971), γίνεται δεκτή η ύπαρξη δύο ξεχωριστών αξιώσεων, οι οποίες βέβαια αλληλοεπιδρούν έντονα μεταξύ τους. Η θεωρία αυτή δεν τυγχάνει ευρείας αποδοχής με επίκεντρο της αρνητικής κριτικής το γεγονός ότι επιτρέπει την εκχώρηση της μία μόνο αξίωσης ξεχωριστά. Τέλος, έχει υποστηριχθεί και η άποψη, με κύριους εκφραστές τους Απ. Γεωργιάδη και Σταθόπουλο, ότι στην ουσία πρόκειται για μια ενιαία αξίωση, η οποία θεμελιώνεται σε δύο διαφορετικές νομικές βάσεις (σύμβαση και αδικοπραξία). Η άποψη αυτή επιρρωνύεται και από το δικονομικό αξίωμα του «ενιαίου» αντικειμένου της δίκης, το οποίο προσδιορίζεται από το αγωγικό αίτημα (εν προκειμένω την καταδίκη του ιατρού στην αποκατάσταση της ζημίας του λήπτη των ιατρικών υπηρεσιών).[19,20]

2.4.Αστική ευθύνη του «παρέχοντος υπηρεσίες» ιατρού – άρθρο 8 Ν.2251/1994

Όπως δέχεται παγία η νομολογία, η ιατρική ευθύνη, που ιδρύεται με την παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του ιατρού, υπάγεται και στη ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 του Ν.2251/1994 «Περί της ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες». Το άρθρο 8 του ν. 2251/1994 βασίζεται στην από 9/11/1990 Πρόταση της Επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς το Συμβούλιο για την έκδοση Οδηγίας σχετική με την ευθύνη από την πλημμελή παροχή υπηρεσιών κατά την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας. Παρ' όλο που η Πρόταση Οδηγίας εν τέλει εγκαταλείφθηκε από την Επιτροπή, αυτά, ο εθνικός νομοθέτης έσπευσε να υιοθετήσει στο εσωτερικό δίκαιο (άρθρο 8 Ν.2251/1994) και μάλιστα με διευρυμένο πεδίο

εφαρμογής, καταλαμβάνοντας όλες τις μορφές ζημίας (ακόμη και της αμιγώς περιουσιακής) που προξενούνται κατά την πλημμελή παροχή υπηρεσιών, ενώ αρχικός στόχος του κοινοτικού νομοθέτη, ήταν να ρυθμίσει την ευθύνη από την παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται αποκλειστικά με την υγεία, τη σωματική ακεραιότητα και τα ενσώματα αγαθά του λήπτη. [18]

Σύμφωνα με το άρθρο παρ.1 «Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψή του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή. Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας, παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο».

Κατά κοινή παραδοχή, ο ιατρός εντάσσεται στην έννοια του «παρέχοντος υπηρεσίες, κατά τρόπο ανεξάρτητο», δεδομένης και της ανάλυσης που προηγήθηκε σχετική με τη νομική φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής, η οποία κατά κανόνα αποτελεί σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Αμφισβήτηση έχει διατυπωθεί, ωστόσο, αναφορικά με τις περιπτώσεις των ιατρών που εργάζονται με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας, όπως είναι εν προκειμένω οι ιατροί που εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές. Κατά την κρατούσα άποψη, ο ιατρός λειτουργεί πάντα με ανεξαρτησία κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας χωρίς να υπόκειται, δηλαδή, στις δεσμευτικές υποδείξεις και οδηγίες του εργοδότη ή του ασθενή του ή εν γένει του λήπτη των ιατρικών του υπηρεσιών (ΠΠρΛαρ 191/2012, ΠΠρΑθ 4527/2010, ΑΠ 1227/2007).[21] Η σύμβαση εξαρτημένης εργασίας που πιθανώς τον συνδέει με την ιδιωτική κλινική, δεν δημιουργεί «εξάρτηση» ως προς την άσκηση της ιατρικής, αλλά ως προς την ασφαλιστική του κάλυψη κι ενδεχομένως ως προς μια γενική οδηγία - πρόγραμμα σχετικά με το χώρο, το χρόνο και τις συνθήκες της παροχής υπηρεσιών. Άλλωστε, όπως έχει εύστοχα διατυπωθεί, ο ιατρός οφείλει να ασκεί την ιατρική πάντοτε με σεβασμό την επιστημονική του ελευθεριότητα και ανεξαρτησία, ανεξάρτητα αν είναι ο ίδιος επιφορτισμένος με τον «επιχειρηματικό κίνδυνο» της επαγγελματικής του δραστηριότητας. [18].

Ακόμη, έχει δημιουργηθεί μεγάλη συζήτηση γύρω από τις ειδικότερες προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 8 ν.2251/1994 και τη σχέση του προς τις άλλες μορφές ευθύνης (αδικοπρακτική και δικαιοπρακτική). Σύμφωνα με μία άποψη, η διάταξη του άρθρου 8 Ν.2251/94 εισάγει μια εκ του νόμου «επιχειρηματική ευθύνη [10,21,22]. Η διάταξη του άρθρου 8 εφαρμόζεται, δηλαδή, με τη μέθοδο της «εις άτοπον απαγωγής», όταν δεν υπάρχει

περιθώριο για τις διατάξεις της δικαιοπρακτικής και της αδικοπρακτικής ευθύνης. Συγκεκριμένα, όταν αφενός δεν υπάρχει σύμβαση μεταξύ ιατρού- λήπτη ιατρικών υπηρεσιών και αφετέρου δεν υφίσταται «παρανομία» με την έννοια της ΑΚ 914. Η άποψη αυτή, περιορίζει υπέρμετρα τις περιπτώσεις εφαρμογής του άρθρου 8 κι ως εκ τούτου απορρίπτεται από την πλειοψηφία της θεωρίας και της νομολογίας.

Κατά μία άλλη άποψη, η οποία φαίνεται να είναι και η κρατούσα, το άρθρο 8 Ν.2251/94 εισάγει έναν αυτοτελή νόμιμο λόγο ευθύνης, μία πρόσθετη νομική βάση για την έγερση αγωγής αποζημίωσης, η οποία λειτουργεί «συμπληρωματικά» προς την ενδοσυμβατική και την αδικοπρακτική ευθύνη.[18] Βέβαια, για να έχει πραγματικό νόημα, θα πρέπει να προηγηθεί η παραδοχή, ότι οι προϋποθέσεις του άρθρου 8 δεν ταυτίζονται με τις προϋποθέσεις της ενδοσυμβατικής ευθύνης ή της ευθύνης κατά άρθρον ΑΚ914. Κατ' αρχάς οι βασικές προϋποθέσεις της αδικοπραξίας, ήτοι ο νόμιμος λόγος ευθύνης που πρέπει να είναι παράνομος και υπαίτιος, η ζημία και ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ νόμιμου λόγου ευθύνης και ζημίας, τίθενται και στο άρθρο 8 Ν.2251/1994. Επιπλέον, γίνεται δεκτό, ότι όπως και η αδικοπραξία, έτσι και το άρθρο 8 εφαρμόζεται ανεξάρτητα με την ύπαρξη ή μη σύμβασης ιατρικής αγωγής (ΑΠ 589 /2001). Αξιοσημείωτο είναι βέβαια επ' αυτού, ότι σε περίπτωση ύπαρξης σύμβασης ιατρικής αγωγής, όπου η συμβατική παράβαση συνίσταται σε ολική ή μερική αδυναμία παροχής, δεν μπορεί να τύχει εφαρμογής η διάταξη του άρθρου 8, καθώς απαιτεί πραγματική και τετελεσμένη «παροχή υπηρεσιών». Εκ του αντιθέτου, συνάγεται, ότι σε περίπτωση παράλληλης ύπαρξης σύμβασης ιατρικής αγωγής, μόνο η πλημμελής εκπλήρωση μπορεί να δημιουργήσει παράλληλη ευθύνη με το άρθρο 8 Ν.2251/1994. [10] Για παράδειγμα, αν ένας ιατρός παραλείψει να περιθάλψει γενικά έναν ασθενή και ο τελευταίος υποστεί βλάβη της υγείας ή της σωματικής του ακεραιότητας, η ευθύνη του ιατρού ρυθμίζεται από τις διατάξεις ΑΚ 914 επ. (δεν έχει προηγηθεί πραγματική παροχή υπηρεσιών). Σε περίπτωση, όμως, που ο ιατρός αναλάβει την περίθαλψη του ασθενούς (εν τοις πράγμασι ανάληψη ανεξάρτητα από την ύπαρξη σύμβασης) και παραλείψει να προβεί σε μια οφειλόμενη ενέργεια (π.χ. εξετάσεις) με αποτέλεσμα τη βλάβη της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς, η ευθύνη του ιατρού υπάγεται στην ρυθμιστική εμβέλεια του αρ. 8 Ν.2251/1994.

Ειδοποιός διαφορά μεταξύ των δύο διατάξεων (ΑΚ 914 και αρ.8 Ν.2251/1994) συνιστά το βάρος απόδειξης, όπου στην ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες αντιστρέφεται και βαραίνει τον εναγόμενο ιατρό. Πρόκειται, δηλαδή, για νόθο αντικειμενική ευθύνη, όπου εξακολουθεί η

υπαιτιότητα να υφίσταται ως αυτοτελής προϋπόθεση κατάφασης ευθύνης, ο εναγόμενος όμως (εν προκειμένω ο ιατρός) οφείλει να αποδείξει την απουσία ύπαρξης της ή της συνδρομής κάποιου λόγου που επιφέρει την άρση ή μείωση της ευθύνης του ή ακόμη την έλλειψη αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της συμπεριφοράς του και της επελθούσης ζημίας (ΑΠ 1227/2007). Από την άλλη πλευρά, ο ζημιωθείς λήπτης των ιατρικών υπηρεσιών, για να τελεσφορήσει η αγωγή του, αρκεί να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια της ζημίας του με την παροχή υπηρεσιών εκ μέρους του ιατρού χωρίς να απαιτείται να εξειδικεύσει και να αποδείξει τη συγκεκριμένη πράξη ή παράλειψη οδήγησε στη ζημία του.[18] Η νόθος αντικειμενική ευθύνη που εισάγει το συγκεκριμένο άρθρο στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης έχει προκαλέσει έντονες αντιδράσεις και αμφισβητήσεις στην επιστημονική κοινότητα με τις περισσότερες αντιρρήσεις να επικεντρώνονται στο επιχείρημα, ότι η αυστηρή ρύθμιση του αρ.8 λειτουργεί εκφοβιστικά προς την ιατρική κοινότητα, περιορίζει την επιστημονική ελευθερία των επαγγελματιών της υγείας και εντείνει αν μη τι άλλο το φαινόμενο της «αμυντικής ιατρικής», με την υπερεξέταση του ασθενούς, την σωματική και ψυχολογική του εξάντληση, την υπέρμετρη οικονομική του επιβάρυνση και τη δημιουργία αδικαιολόγητου φόρτου εργασίας. [23]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΧΕΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

3.1. Εννοιολογική προσέγγιση Βιοηθικής

Ο όρος Βιοηθική ή Bioethics, όπως απαντάται στη διεθνή βιβλιογραφία, έχει σαφώς ελληνική προέλευση και ετυμολογικά προέρχεται από τη σύνθεση των λέξεων «Βίος» και «Ηθική». Η ετυμολογική ανάλυση δίνει μια πρώτη σαφή εικόνα για το περιεχόμενο του όρου, καθώς το πρώτο συνθετικό «βίος -bio» αντιπροσωπεύει τη βιολογική γνώση και την επιστήμη ενώ το δεύτερο συνθετικό «ηθική - ethics» αποδίδει τους ηθικούς κανόνες και αξίες. Ο όρος δεν αφορά την αφηρημένη, φιλοσοφική αντίληψη περί κοινωνικής «ηθικής», αλλά αναφέρεται στον συντεταγμένο διεπιστημονικό κλάδο που ασχολείται με τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από τις εφαρμογές της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας. [29] Ο όρος «Βιοηθική» είναι σχετικά πρόσφατος και ήρθε να αντικαταστήσει τον προγενέστερο όρο «Ιατρική Ηθική» ή «Medical Ethics». Ο ερευνητής ογκολόγος του Πανεπιστημίου Madison του Wisconsin και ο Andre Hellegers, μαιευτήρας, ογκολόγος και ιδρυτής του Ινστιτούτου Βιοηθικής Kennedy του Πανεπιστημίου της Georgetown, φαίνεται να είναι αυτοί που εισήγαγαν και καθιέρωσαν στην διεθνή ακαδημαϊκή κοινότητα την έννοια της «Βιοηθικής». [30]

Στο δυτικό κόσμο η πρώτη επίσημη προσπάθεια βιοηθικής προσέγγισης και ανάλυσης ανιχνεύεται στη Δίκη της Νυρεμβέργης (Νοέμβριος 1946- Οκτώβριος 1946) , με την καταδίκη των ναζιστικών πρακτικών ευγονικής και τη θέσπιση Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας σχετικά με τις ιατρικές έρευνες και τις παρεμβάσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Ωστόσο, ως επίσημος τομέας της γνώσης και της επιστήμης, η Βιοηθική πρωτοεμφανίζεται το Σεπτέμβριο του 1962 στο Seattle των ΗΠΑ, όπου για πρώτη φορά συγκαλείται επιστημονική Επιτροπή για να εξετάσει βιοηθικά ζητήματα και συγκεκριμένα τη θέσπιση κριτηρίων για συμμετοχή ασθενών σε θεραπευτικό πρόγραμμα. [30] Σημείο σταθμός για την καθιέρωσή της Βιοηθικής αποτελεί και η περίφημη «Belmont Report» το 1979, μία Έκθεση στην οποία στηρίχτηκε ο ομοσπονδιακός νόμος των ΗΠΑ και εισήγαγε για πρώτη φορά τις κατευθυντήριες γραμμές για την «ηθική» κλινική έρευνα διακηρύσσοντας τις αρχές της αυτονομίας, της δικαιοσύνης και της ευεργεσίας.[31]

Έκτοτε και μέχρι σήμερα, συστήνονται συνεχώς ανά τον κόσμο Επιτροπές Βιοηθικής στα πανεπιστήμια, στα νοσηλευτικά ιδρύματα αλλά και σε εθνικό επίπεδο, διοργανώνονται συνεχώς επιστημονικά συνέδρια και ομιλίες και εμπλουτίζεται διαρκώς η επιστημονική αρθρογραφία και οι μελέτες σε βιοηθικά ζητήματα. Αξιοσημείωτο είναι ακόμη, ότι η Βιοηθική έχει «εισχωρήσει» στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, με την θέσπιση ειδικών μαθημάτων στις σχολές της Ιατρικής, της Νομικής και στις Φιλοσοφικές, Θεολογικές Σχολές καθώς και με την ίδρυση μεταπτυχιακών προγραμμάτων ειδίκευσης. Σε διεθνές επίπεδο, ήδη από το 1985, λειτουργούσε στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης η ad hoc Επιτροπή Ειδικών στη Βιοηθική (Ad hoc Committee of Experts on Bioethics/ CAHBI). Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε και η συμβολή της UNESCO με την κατάρτιση το 1993 του Προγράμματος Βιοηθικής, στο πλαίσιο του οποίου συστάθηκε το ίδιο από τον Federico Mayor, Γενικό Διευθυντή της UNESCO η Διεθνής Επιτροπή Βιοηθικής (International Bioethics Committee/I.B.C.), ενώ πέντε έτη αργότερα το 1998, ιδρύθηκε η Διακυβερνητική Επιτροπή Βιοηθικής της UNESCO (Intergovernmental Bioethics Committee/ IG.B.C.) αποτελούμενη από 36 κράτη- μέλη, που επιλέγονται ανά τετραετία από την UNESCO. [32] Στην Ελλάδα, ήδη με το Νόμο 2667/1998 (ΦΕΚ Α' 281/18.12.1998) συστάθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στην οποία συμμετέχουν επιστήμονες εγνωσμένου κύρους από όλους τους τομείς των Βιοτεχνολογικών, των Ιατρικών αλλά και των Ανθρωπιστικών σπουδών. Σύμφωνα με το άρθρο 10 του ιδρυτικού της Νόμου, έργο της Επιτροπής είναι : α) η εξέταση κάθε ηθικού, κοινωνικού ή νομικού ζητήματος σχετικά με τις εξελίξεις στη Βιολογία, τη Βιοτεχνολογία, την Ιατρική και τη Γενετική, β) η διατύπωση προτάσεων συνολικής πολιτικής και συγκεκριμένων ενεργειών για τα ειδικά προβλήματα σε συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία, γ) η διεθνής συνεργασία με Οργανισμούς και παρεμφερή Όργανα και η εξασφάλιση της συμμετοχής της χώρας σε διεθνείς εκδηλώσεις και σαφώς ε) η ενημέρωση των πολιτών με κάθε πρόσφορο μέσο για τις ιατρικές και βιοτεχνολογικές εξελίξεις και τις συνέπειες αυτών. Ακόμη, επιφορτίζεται με τον έλεγχο και την καθολική εποπτεία των επιτροπών Βιοηθικής ανά την επικράτεια, όπως για παράδειγμα η Επιτροπή Βιοηθικής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), του Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής «Prolepsis», του Ελληνικού Ινστιτούτου «Παστέρ» καθώς και των ελληνικών Πανεπιστημίων.

3.2. Βασικές ηθικές θεωρίες

Σήμερα, η Βιοηθική, έχει αναχθεί σε αυτοτελή και διακριτό επιστημονικό κλάδο, με συγκεκριμένους κανόνες, αρχές και θεωρίες. Αποστολή της είναι η παρακολούθηση και ερμηνεία των βιοτεχνολογικών επιτευγμάτων στις Βιοϊατρικές κυρίως επιστήμες σε συνάρτηση με τις παραδεδεγμένες αρχές και αξίες που διέπουν την ανθρώπινη δραστηριότητα, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί εμπειρικά και έχουν καθιερωθεί θεσμικά, μέσα από τα εθνικά και ευρωπαϊκά νομοθετήματα και τις οικουμενικές Διακηρύξεις. Ο στόχος της Βιοηθικής δεν περιορίζεται σαφώς στην απλή παρατήρηση και τη αποστασιοποιημένη θεωρητική ανάλυση, αλλά καλείται να δώσει λύση σε πραγματικά προβλήματα και να ισορροπήσει οριακές καταστάσεις και ηθικά διλήμματα που δημιουργούνται στην καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών της Υγείας και των Βιοτεχνολογικών Επιστημών. Δεδομένης της έλλειψης κοινής συναινέσεως σχετικά με το εύρος, την ποιότητα και το περιεχόμενο των ηθικών προβλημάτων, δεν υπάρχει και οριοθετημένος και σαφής τρόπος επίλυσης τους. Η επιστήμη της Βιοηθικής δεν στηρίζεται σε θεωρίες και πρακτικές ανάλογες προς τις επιστήμες της Νομικής και της Ιατρικής με κανονιστική δύναμη κι ενδικασιμότητα, αλλά χρησιμοποιεί μεθοδολογικά εργαλεία, η επιλογή των οποίων γίνεται κάθε φορά ad hoc με βάση την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση και τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν.

Ένας αρχικός διαχωρισμός γίνεται μεταξύ των α) principle-based μεθόδων, δηλαδή αυτών που στηρίζονται στις βασικές βιοηθικές αρχές της ευεργεσίας, της αυτονομίας και της δικαιοσύνης, όπως ο δεοντολογισμός κι ο ωφελιμισμός και β) των case – based μεθόδων, δηλαδή ανά μελέτη περίπτωσης μεθόδων, με δεσπίζουσες τη θεωρία των περιστάσεων και τη θεωρία των προαισθήσεων. [33]

- i. Δεοντολογισμός. Η θεωρία αυτή ερείδεται στην αρχή της δικαιοσύνης και προκρίνει «το δέον», αυτό που «πρέπει», αυτό που επιβάλλεται να γίνει. Σημασία έχει, εν προκειμένω, μόνο το καθήκον και η πραγμάτωση αυτού απαγκιστρωμένο από συνειδησιακούς προβληματισμούς, συναισθηματικά κίνητρα και κυρίως απαγκιστρωμένο από το αποτέλεσμα της πράξης. Ο Δεοντολογισμός αναφέρεται σε κανονιστικές αρχές, όπου το «δέον» μπορεί να πηγάζει είτε από το νόμο, είτε από το Εκκλησιαστικά Κείμενα, είτε από το φυσικό δίκαιο, το οποίο, σύμφωνα με μία άποψη ενυπάρχει σε κάθε άτομο ή αλλιώς σύμφωνα με τον Απόστολο Παύλο το νόμο της συνειδήσεως.[30] Προπυλώνα του Δεοντολογισμού αποτελεί η Ηθική Φιλοσοφία του Ιμμάνουελ Κάντ, και για το λόγο αυτό

πολλοί συγγραφείς αντί του Δεοντολογισμού χρησιμοποιούν τους όρους Καντιανή προσέγγιση ή Καντιανισμός. Για τον Κάντ υπάρχει η περίφημη «κατηγορική προσταγή της ηθικής», η οποία δέχεται την ηθική ως αυτοσκοπό, ως καθολικό νόμο κι ως μέτρο αξιοπρέπειας του ατόμου. Σαφώς, η θεωρία του Δεοντολογισμού είναι έννοια ευρύτερη από την Καντιανή θεωρία περί Ηθικής και για το λόγο αυτό δε θα πρέπει να συγχέεται. Για να λειτουργήσει η θεωρία του Δεοντολογισμού προϋποτίθεται η καλή γνώση του καθήκοντος από το άτομο που καλείται να αποφασίσει. Για τους θιασώτες της θεωρίας του Δεοντολογισμού οι περισσότερες πράξεις και οι αποφάσεις δεν ενέχουν στοιχεία σχετικότητας, αλλά γίνονται αντιληπτές είτε ως απόλυτα σωστές, είτε ως απόλυτα εσφαλμένες. Το ενθαρρυντικό της θεωρίας αυτής, είναι η σαφήνεια και η ασφάλεια που προσφέρει, καθώς από τι στιγμή που είναι γνωστό το «δέον» ,δεν υπάρχει αμφιβολία ως προς το τι θα εφαρμοστεί. Μεγάλο μειονέκτημα αποτελεί, όμως, η απόλυτη παράβλεψη του αποτελέσματος, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό που δημιουργεί τα ηθικά προβλήματα δεν είναι η πράξη καθ' εαυτή, αλλά τα αποτελέσματά της.

- ii. Συνεπειοκρατία (ή Τελεολογική Θεωρία). Επίκεντρο της θεωρίας αυτής για την κρίση περί «ηθικού» δεν αποτελεί η πράξη *per se*, αλλά τα αποτελέσματα αυτής. Η θεωρία της συνεπειοκρατίας, σε αντίθεση με το δεοντολογισμό, δεν αντιλαμβάνεται την ηθική ως «αποστειρωμένη» εκπλήρωση καθήκοντος, αλλά αναγνωρίζει το δυναμικό της χαρακτήρα και επιχειρεί να τη συνδέσει με την πραγματικότητα και να κρίνει την επίδραση αυτής στο ευρύτερο περιβάλλον φυσικό και κοινωνικό. Υποκατηγορία της γενικότερης τελεολογικής προσέγγισης, είναι η θεωρία του Ωφελιμισμού με κυριότερους εκφραστές τους John Stuart Mill και Peter Singer. Ο ωφελιμισμός ως θεωρία άπτεται των βιοηθικών αρχών της ευεργεσίας και του ιατρικού αξιώματος «*primum non nocere*». Για τους ωφελιμιστές, ηθική είναι η πράξη που εξασφαλίζει το μέγιστο δυνατό βαθμό ωφέλειας στο μέγιστο δυνατό αριθμό ανθρώπων. Ακόμη, έχει υποστηριχθεί ,ότι ως ωφέλεια μπορεί να γίνεται αντιληπτή με κάθε ενέργεια που επιφέρει το μεγαλύτερο δυνατό όφελος, το οποίο όμως δε θα είναι στιγμιαίο αλλά δυναμικό, συνεχώς αυξανόμενο και διευρυνόμενο. [34]
- iii. Θεωρία περιστάσεων. Τόσο ο δεοντολογισμός όσο και οι συνεπειοκρατικές θεωρίες, φαίνεται να θεωρούνται παρωχημένες στη σύγχρονη ιατρική. Κοινό στοιχείο και των δύο παραπάνω προσεγγίσεων είναι ότι λειτουργούν σε αφηρημένο πεδίο, αποστασιοποιημένα από την υπό κρίση περίπτωση, είτε με γνώμονα κάποιον δικαϊκό κανόνα είτε με αφηρημένη στάθμιση βλάβης - οφέλους στο γενικό πληθυσμό. Εγγύτερα με την

πραγματικότητα και την εφαρμοσμένη ιατρική φαίνεται ότι βρίσκεται η θεωρία των περιστάσεων. Σύμφωνα με αυτή, ηθική είναι η απόφαση και η ενέργεια η οποία θα επιφέρει το μέγιστο δυνατό όφελος στην κάθε συγκεκριμένη περίπτωση και όχι αφηρημένα στο γενικό σύνολο. Επίκεντρο της συλλογιστικής προς την ηθική απόφαση οφείλει να είναι η υπό κρίση περίπτωση και μόνο, δηλαδή στο πεδίο της ιατρικής ο συγκεκριμένος ασθενής με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και απαιτήσεις του. Έτσι, η διενέργεια μίας ιατρικής πράξης η οποία δεν ενδείκνυται με βάση τα γενικά ιατρικά πρωτόκολλα και τις παραδεδεγμένες αρχές μπορεί να κριθεί ηθική εφόσον στη συγκεκριμένη κλινική περίπτωση και με γνώμονα το συγκεκριμένο ασθενή δύναται να προσφέρει τη μέγιστη δυνατή ωφέλεια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η υποχρέωση ιατρικής ενημέρωσης των καρκινοπαθών. Μολονότι η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς αποτελεί βασική νομική υποχρέωση του ιατρού, απορρέουσα από τον ισχύοντα Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σε περίπτωση που ο ιατρός κρίνει, ότι ο συγκεκριμένος ασθενής δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει με ωριμότητα και ψυχραιμία την ενημέρωση για την ασθένεια του και πιθανολογεί ότι μετά την ενημέρωση μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ίδια του τη ζωή ή την ψυχική υγεία, η απόφαση του ιατρού να μην τον ενημερώσει απόλυτα και εμπεριστατωμένα κρίνεται από βιοηθικής άποψης ηθική. Στην ιατρική επιστημονική κοινότητα, η θεωρία αυτή απαντάται συχνά ως «περιστασιακή ηθική» με την έννοια ότι στην πραγματικότητα οι γιατροί της περισσότερες φορές καλούνται να αποφασίσουν τι είναι καλύτερο για το συγκεκριμένο ασθενή με βάση τα δικά του χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία, γονιμότητα, επάγγελμα, ιδιοσυγκρασία, κοινωνικό status, οικονομικό επίπεδο, συναισθηματική ωριμότητα) κρίνοντας πάντα κατ' εκτίμηση και καμιά φορά ακόμη και κατά παρέκκλιση των γενικών κανόνων. [30]

- iv. Θεωρία προαισθήσεων. Η θεωρία αυτή ανήκει όπως και η προηγούμενη στις case - based θεωρίες. Βασικός οδηγός στη συλλογιστική προς τη λήψη ηθικής απόφασης, οφείλει να είναι με βάση την εν λόγω θεωρία, η προαίσθηση, δηλ. η εσωτερική ηθική συνείδηση του αποφασίζοντος. Σε αντίθεση με την «κατηγορική προσταγή» του Καντ και την αρχή του «ωφέλιμου» του Bentham, η θεωρία αυτή, όπως είναι φανερό, δεν υπακούει σε γενικούς κανόνες και δεσμεύσεις και δεν μπορεί να εξειδικευθεί περισσότερο. Ηθικό είναι αυτό που προστάζει η εσωτερική συνείδηση του πράττοντος και του αποφασίζοντος, χωρίς να υπάρχει ανάγκη αιτιολόγησης και επεξήγησής της. Η θεωρία αυτή βασίζεται στις περίφημες «αρεταϊκές αρχές». Για τον Αριστοτέλη, κριτήριο της ηθικής δεν είναι η πράξη

καθ' εαυτή, αλλά το υποκείμενό της. Πραγματικά ενάρετος είναι ο άνθρωπος ο οποίος επιθυμεί και απολαμβάνει να ενεργεί ηθικά. Άλλωστε κατά τον Σταγειρίτη Φιλόσοφο και τους υποστηρικτές του, «ο ηθικός βίος» είναι ο δρόμος προς την «ευδαιμονία», και απαιτεί «παιδεία», για την καλλιέργεια ηθικών και συναισθηματικών αρετών και «μεσότητα», για την αποφυγή των υπερβολών. [35].

3.3. Βιοηθικοί προβληματισμοί στις αισθητικές επεμβάσεις

Όπως έχει ήδη αναλυθεί στα προηγούμενα κεφάλαια, βασικός σκοπός των αισθητικών επεμβάσεων είναι η βελτίωση των εξωτερικών χαρακτηριστικών του ατόμου, είτε των χαρακτηριστικών του προσώπου, είτε του σώματος. Το κυνήγι της εξωτερικής ομορφιάς με αρωγό την ιατρική επιστήμη, είναι εξαιρετικά διαδεδομένο ανά τον κόσμο και μάλιστα χωρίς να διακρίνει ηλικίες, φύλο ή εθνικότητα. Παρ' όλα αυτά, η ιδιαίτερη φύση των αισθητικών επεμβάσεων σε σχέση με τις κοινές χειρουργικές επεμβάσεις και κυρίως η έλλειψη θεραπευτικού τους χαρακτήρα έχει δημιουργήσει ποικίλα ηθικά διλήμματα στην παγκόσμια βιοηθική επιστημονική κοινότητα και έχει πυροδοτήσει διαφωνίες και έντονες αμφισβητήσεις.

Ένα γενικό ερώτημα που τίθεται κατά πρώτη ανάγνωση στο ζήτημα των αισθητικών επεμβάσεων, είναι κατά πόσο η αισθητική βελτίωση από τη στιγμή που δεν υπάρχει άμεσος θεραπευτικός σκοπός και δεν υφίσταται η λεγόμενη «ιατρική περίθαλψη», μπορεί να αξιώσει την ιατρική παρέμβαση. Με αφετηρία την ελληνική πραγματικότητα, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής έχει ασχοληθεί ανά καιρούς με το ζήτημα των αισθητικών επεμβάσεων, έχει επίσημα γνωμοδοτήσει κι έχει δημοσιεύσει έκθεση επ' αυτού. Συγκεκριμένα, πάγια θέση της Επιτροπής είναι ότι κατά βάση δεν υπάρχει κάποιο μεμπτό στοιχείο στη διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων στον άνθρωπο. Οι αισθητικές επεμβάσεις, εφόσον διενεργούνται *lege artis* και σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, από τους ειδικευμένους ιατρούς της πλαστικής χειρουργικής, αποτελούν μία ακόμη ιατρική πράξη η οποία εμφορείται από τις βιοηθικές αρχές της αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού του ατόμου και ερείδεται στο δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, όπως αυτό καθιερώνεται στο άρθρο 6 του Συντάγματος.[36] Παράλληλα, το ερώτημα αυτό θα μπορούσε να απαντηθεί εύστοχα με βάση τον ορισμό της «υγείας», όπως αυτός έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σύμφωνα με αυτόν «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους

σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».[37] Επομένως, με βάση τον ορισμό αυτό, η αισθητική βελτίωση με τις όποιες ψυχικές και κοινωνικές προεκτάσεις αυτή συνεπάγεται, άπτεται της γενικότερης έννοιας της υγείας και της παροχής ιατρικής φροντίδας.

Ακόμη ένα ζήτημα με ισχυρές βιοηθικές προεκτάσεις που τίθεται υπό συζήτηση, είναι το πότε, πώς και από ποιον καταφάσκειται εν τέλει η σκοπούμενη με την αισθητική επέμβαση «βελτίωση». Με δεδομένο ότι στην αισθητική πλαστική χειρουργική δεν υφίσταται η έννοια του «ασθενούς», η «διάγνωση» και η λήψη της απόφασης για την ιατρική πράξη σε αφηρημένο επίπεδο δεν ανήκει, όπως συνήθως στον ιατρό, αλλά σε ένα «υγιές» άτομο, που επιδιώκει να βελτιώσει κατά υποκειμενική κρίση την εξωτερική του άποψη. Το κατά πόσο εν τέλει η «βελτίωση» αυτή είναι αντικειμενική και πραγματική και από την στενή ιατρική άποψη δεν μπορεί να κριθεί α priori και παραμένει ερευνητέο. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της αυξητικής στήθους, όπου όταν επιλέγεται σε νεαρή ηλικία συνδέεται με την πάροδο των ετών με παθήσεις στη σπονδυλική στήλη και τις αρθρώσεις. Επίσης ενώ αρχικά οι περισσότερες αισθητικές επεμβάσεις στόχευαν στη βελτίωση εξωτερικών δυσμορφιών λ.χ. στη δυσμορφίες στην περιοχή της μύτης ή των ώτων, τις τελευταίες δεκαετίες η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στις αισθητικές επεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση κάποιου χαρακτηριστικού χωρίς να υπάρχει αντικειμενική δυσμορφία, αλλά για λόγους τόνωσης της ελκυστικότητάς και της σεξουαλικότητας τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών. Μάλιστα, οι επιθυμίες των ενδιαφερομένων για ενίσχυση των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την εξωτερική σεξουαλικότητα του ατόμου (π.χ. αυξητική χειλιών , στήθους) τείνουν να μην ακολουθούν πάντα τους κανόνες αρμονίας και τις φυσικές αναλογίες. Επομένως, και σε αυτές τις περιπτώσεις καθίσταται ερευνητέα και προβληματική η κατάφαση της σκοπούμενης «βελτίωσης».

Τα ειδικότερα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν σε σχέση με την αισθητική χειρουργική δε σχετίζονται τόσο με τις ίδιες τις επεμβάσεις ως ιατρικές πράξεις, όσο με τα υποκείμενα σε αυτές πρόσωπα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον από βιοηθικής άποψης παρουσιάζει το ψυχολογικό προφίλ του λήπτη των υπηρεσιών αισθητικής χειρουργικής ή του υποβαλλόμενου σε κοσμητική επέμβαση προσώπου. Έχει παρατηρηθεί, ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που υποβάλλονται σε αισθητικές επεμβάσεις πάσχει από σωματοδυσμορφικές διαταραχές (Body Dysmorphic Disorder BDD) που έγκεινται στην επίμονη και αδικαιολόγητη ανησυχία του ατόμου για ασήμαντες ή ακόμη και φανταστικές ατέλειες του σώματος.[38] Η δυσμορφική

διαταραχή έχει καταγραφεί σε άτομα ηλικίας από πέντε έως ογδόντα ετών, ενώ σε σχέση με το φύλο, παρουσιάζει συχνότερη εμφάνιση στο γυναικείο πληθυσμό. Σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από BDD κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία σε νοσοκομείο, ενώ παράλληλα συνδέεται με υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών ακόμη και αυτοκτονικών τάσεων. Από βιοηθικής άποψης, ανακύπτει επομένως το ζήτημα κατά πόσο είναι ανεκτή η διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων σε τέτοια άτομα, στα οποία άλλωστε προκύπτει και νομικό ζήτημα σχετικά με το κύρος της συναίνεσης τους. Όπως, έχει ορθά υποστηριχθεί, σε περίπτωση που ο πλαστικός χειρουργός διαγνώσει συμπτώματα των εν λόγω διαταραχών, οφείλει να παραπέμψει τον πάσχοντα σε ψυχίατρο προκειμένου να υποβληθεί στην κατάλληλη ψυχιατρική και φαρμακευτική αγωγή.

Ακόμη, πολύ μεγάλη σημασία έχουν και τα κίνητρα που οδηγούν στη λήψη απόφασης για τη διενέργεια της πλαστικής επέμβασης. Ερευνητέο είναι εν προκειμένω, κατά πόσο μπορεί να είναι ηθικά ανεκτή μία αισθητική επέμβαση η οποία γίνεται λόγω «μόδας» ή τάσης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Έχει παρατηρηθεί ότι η ραγδαία αύξηση της επισκεψιμότητας και της συμμετοχής σε πλατφόρμες με έντονη διαφημιστική δραστηριότητα όπως είναι τα τελευταία χρόνια το Facebook και το Instagram ασκεί έντονη επιρροή στην απόφαση των ατόμων και ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες να προβούν σε κάποια αισθητική επέμβαση. Η κυριαρχία της «εικόνας» στα κοινωνικά μέσα δικτύωσης, η οποία αρκετά συχνά είναι ψηφιακά επεξεργασμένη, δημιουργεί ψευδή πρότυπα τελειότητας και ιδανικής ομορφιάς, τα οποία αρκετά συχνά έρχονται σε αντίθεση με τις φυσικές αρμονίες και αναλογίες. Χαρακτηριστικό στην χειρουργική κοινότητα τα τελευταία χρόνια είναι το αίτημα των νεαρών γυναικών, που επιθυμούν να υποβληθούν σε χειλεοπλαστική και το άνω χείλος να είναι μεγαλύτερο από τα κάτω, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις αρμονίες της φύσης σύμφωνα με τους ειδικούς. Ακόμη, πιο έντονο παρουσιάζεται το πρόβλημα στους ανήλικους, οι οποίοι δε διαθέτουν την κριτική και πνευματική ωριμότητα να επεξεργαστούν όσα προβάλλονται στο διαδίκτυο. Μάλιστα, αξιοσημείωτη είναι η εισήγηση του Βρετανικού Συμβουλίου Βιοηθικής, το οποίο πρότεινε να απαγορευτεί η διενέργεια επεμβάσεων για αισθητικούς σκοπούς σε άτομα κάτω των 18 ετών, εφόσον δεν έχουν προηγουμένως εξεταστεί από ομάδα ψυχιάτρων και ψυχολόγων.[39]

Η απόφαση μεταβολής των εξωτερικών χαρακτηριστικών μέσω των αισθητικών πλαστικών επεμβάσεων, έχει παρατηρηθεί, ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υποκρύπτει μια βαθύτερη επιθυμία πρόκλησης «σύγχυσης» σχετικά με την ταυτότητα του προσώπου. Η

επιτηδευμένη αυτή πρόκληση σύγχυσης μπορεί να εξυπηρετεί λόγους δημοσίου συμφέροντος, όπως η αδυναμία εντοπισμού από τα όργανα και τις διωκτικές αρχές του κράτους. Ακόμη μπορεί να συνδέεται με την κοινωνική αποδοχή και την αποβολή του κοινωνικού «στίγματος» ή μπορεί να πηγάζει από ρατσιστικές αντιλήψεις, οπότε γίνεται λόγος για τις «εθνοτικές» αισθητικές επεμβάσεις. Με τις τελευταίες επιχειρείται με τη βοήθεια της πλαστικής χειρουργικής η διαμόρφωση των εξωτερικών χαρακτηριστικών κατά τέτοιο τρόπο που να μην παραπέμπει σε συγκεκριμένη φυλή ή εθνικότητα, όπως για παράδειγμα το χρώμα της επιδερμίδας, η μύτη, τα χείλη ή τα ζυγωματικά του προσώπου. [36] Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, μολονότι ο σεβασμός στη αυτονομία και στο δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ατόμου είναι αναμφίβολος και αδιαπραγμάτευτος, η διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων που τείνει να ικανοποιήσει τα συγκεκριμένα κίνητρα δεν μπορεί να γίνει ηθικά ανεκτή. Σε αντίθετη περίπτωση, θα ισοδυναμούσε με επιβεβαίωση και ενίσχυση της παρανομίας, του κοινωνικού αποκλεισμού και των ρατσιστικών αντιλήψεων, γεγονός το οποίο έρχεται σε καταφανή αντίθεση με τα ιδεώδη και τις αρχές ολόκληρης της ιατρικής και βιοηθικής επιστημονικής κοινότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλαστική χειρουργική και ιδιαίτερα οι αισθητικές επεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν αμιγώς στη βελτίωση εξωτερικών χαρακτηριστικών, σωματικών ή του προσώπου, ανήκουν αναμφίβολα στους πιο δημοφιλείς και ραγδαία αναπτυσσόμενους κλάδους της ιατρικής επιστήμης. Η ατέρμονη προσπάθεια για βελτίωση και το κυνήγι του «κάλλους» δεν είναι νέα φαινόμενα, αλλά είναι άμεσα συνυφασμένα με την ίδια την ανθρώπινη φύση από την εποχή της αρχαιότητας. Παράλληλα με την έμφυτη αυτή τάση του ανθρώπου, οι σύγχρονες τεχνολογικές εξελίξεις, η ανάπτυξη των κοινωνικών μέσων δικτύωση και η κοινωνικο-θρησκευτική απελευθέρωση σε όλο τον κόσμο δυναμίτισαν την όλη κατάσταση και αποτέλεσαν την συνισταμένη που εκτόξευσε τα ποσοστά των αισθητικών επεμβάσεων σε όλη την υφήλιο, ανεξαρτήτως εθνικότητας, φύλου και ηλικίας.

Η συνεχώς αυξανόμενη αυτή «ροπή» προς τις αισθητικές επεμβάσεις δεν αποτυπώνεται μόνο στατιστικά, αλλά γίνεται έντονα αντιληπτή και στις δικαστικές αίθουσες. Η νομική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού κατά τη διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες αντικείμενο νομικής ακαδημαϊκής συζήτησης και νομολογιακής επεξεργασίας, ενώ παράλληλα συνιστά το μήλο της έριδος μεταξύ των νομικών και των επαγγελματιών της ιατρικής. Ο πλαστικός χειρουργός υπέχει νομική ευθύνη για κάθε ιατρική αμέλεια, η οποία εξειδικεύεται είτε στην ιατρική πράξη που δε διενεργήθηκε *lege artis* είτε στην αυθαίρετη ιατρική πράξη λόγω έλλειψης ενημερωμένης συναίνεσης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αστική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού λόγω του αποζημιωτικού της χαρακτήρα. Οι δυσκολίες κατάφασης αστικής ευθύνης κατά τη διενέργεια αισθητικών επεμβάσεων οφείλονται στην ιδιαίτερη φύση των ίδιων των επεμβάσεων ως ιατρικές πράξεις, καθώς σε αντίθεση με τις κοινές χειρουργικές επεμβάσεις, δεν απευθύνονται σε ασθενείς, με την κυριολεκτική έννοια, αλλά σε υγιή άτομα κι ως εκ τούτου στερούνται εξ ολοκλήρου θεραπευτικού σκοπού, ο οποίος κατά βάση λειτουργεί ως λόγος άρσης της αρχικά άδικης πράξης του ιατρού. Ακόμη το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα εκ μέρους των ενδιαφερομένων να υποβληθούν σε αισθητική επέμβαση και η ικανοποίησή τους από αυτό αποτελεί σημείο με ποικίλες νομικές προεκτάσεις. Η ενδεχόμενη αδυναμία επίτευξης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος ή η τελική δυσαρέσκεια από αυτό δεν μπορούν να στοιχειοθετήσουν την αστική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού, εφόσον η ιατρική πράξη έχει διενεργηθεί *lege artis*, δηλαδή σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Επιπλέον, η αποδοχή και η δυνατότητα σώρευσης περισσότερων νομικών βάσεων

για τη στήριξη της αστικής αγωγής αποζημίωσης, είτε ως συμβατική, είτε ως αδικοπρακτική είτε με την επίκληση των διατάξεων για την προστασία του καταναλωτή, διευκολύνει σημαντικά τη δυνατότητα πρόσβασης στη δικαιοσύνη και τη δικαστική επιδίωξη αποζημίωσης, μειώνοντας σε σημαντικό βαθμό τις αποδεικτικές δυσχέρειες εκ μέρους του ζημιωθέντος. Δεδομένης της έλλειψης ενιαίας νομοθετικής ρύθμισης στα ζητήματα ιατρικής ευθύνης και ιδιαίτερα στην αισθητική χειρουργική, τα οποιαδήποτε νομικά ζητήματα προκύπτουν, ερμηνεύονται κι επιλύονται νομολογιακά μέσα από τις αποφάσεις των δικαστηρίων.

Σε αντίθεση με τα νομικής φύσεως προβλήματα, τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν σε σχέση με τις αισθητικές επεμβάσεις δεν ακολουθούν συγκεκριμένους κανόνες, ούτε επιδέχονται ενιαίας ρύθμισης. Σε αυτά τα ζητήματα επιλαμβάνεται ο διεπιστημονικός κλάδος της Βιοηθικής, όπου με βάση τις αρχές της αυτονομίας, της δικαιοσύνης και του σεβασμού στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και με γνώμονα τις βασικές βιοηθικές θεωρήσεις, προσπαθεί να επιλύσει συγκεκριμένα ζητήματα όχι μόνο σε αφηρημένο θεωρητικό επίπεδο, αλλά με άμεση πρακτική εφαρμογή. Συγκεκριμένα, γύρω από τις αισθητικές επεμβάσεις δημιουργούνται έντονοι βιοηθικοί προβληματισμοί, όχι τόσο αναφορικά με την αισθητική επέμβαση *per se*, αλλά κυρίως με το συναισθηματικό, ψυχολογικό προφίλ και τις κοινωνικές επιρροές του υποκειμένου της. Από βιοηθική ανάλυση και την συλλογιστική που ακολουθείται προς τη λήψη ηθικής απόφασης προκύπτει, ότι, αναμφίβολα, η απόφαση για διενέργεια κοσμητικής επέμβασης αποτελεί έκφραση της αυτονομίας του ατόμου και του δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη στην προσωπικότητα. Ωστόσο, η απόφαση αυτή προκειμένου να είναι ηθική θα πρέπει να λαμβάνεται ελεύθερα χωρίς, δηλαδή, να προκύπτει εξαναγκαστά από τα τις προβαλλόμενες και διαφημιζόμενες τάσεις της εποχής και χωρίς να υποκινείται από εσωτερικές συναισθηματικές ή ψυχολογικές διαταραχές. Τέλος, η διενέργεια οποιασδήποτε αισθητικής επέμβασης πρέπει να ικανοποιεί αποκλειστικά την εκφρασμένη βούληση του υποκειμένου της για βελτίωση της εξωτερικής εμφάνισης και όχι να εξυπηρετεί άλλου είδους συμφέροντα, σχετιζόμενα με την επιτηδευμένη πρόκληση σύγχυσης περί την ταυτότητα του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη Ι. Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς. Αντ. Ν. Σάκκουλας, 1993.
2. Macionis V. History of plastic surgery: Art, philosophy, and rhinoplasty. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2018 Jul, 71(7):1086–92.
3. Basic Lexicon of Ancient Greek [Internet]. www.greek-language.gr. [cited 2020 Oct 28].
Available from: http://www.greeklanguage.gr/greekLang/ancient_greek/tools/lexicon/lemma.html?id=157
4. Φουντεδάκη Κ. Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Αντ. Ν. Σάκκουλας, 2007.
5. Κουτσελίνης ΑΣ, Μιχαλοδημητράκης Μ. Ιατρική Ευθύνη, Γενικά και Ειδικά Θέματα Ιατρικής Αμέλειας και Ιατρικής Ευθύνης, Gutenberg, 1984.
6. Τζαβέλα Μ. Σύμβαση εξαρτημένης εργασίας – σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών – κριτήρια διάκρισης. Ειδικότερα η σύμβαση παροχής επιστημονικών υπηρεσιών από εργαζόμενο επιστήμονα [Internet]. Δικηγορικό Γραφείο | Ευγενία Φωτοπούλου | Δικηγόροι Αθηνών. 2018. Available from: <http://efotopoulou.gr/simvasi-exartimenis-ergasias-simvasi-anexartiton-ipiresion-kritiria-diakrisis-idikotera-i-simvasi-parochis-epistimonikon-ipiresion-apo-ergazomeno-epistimona/>
7. Ζερδελής Δ. Εργατικό Δίκαιο, Ατομικές Εργασιακές Σχέσεις. 4η έκδοση , Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα, 2014.
8. Πολυδώρου Α. Η σύμβαση εξαρτημένης εργασίας και η διάκριση αυτής από τη σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών και τη σύμβαση έργου - Ο ορθός νομικός χαρακτηρισμός της σύμβασης αποτελεί έργο της δικαιοδοτικής λειτουργίας και ανήκει στο Δικαστήριο και δεν εξαρτάται από το χαρακτηρισμό που δίδουν σε αυτήν οι δικαιοπρακτούντες ή ο νόμος [Internet]. Δικηγορικό Γραφείο | Ευγενία Φωτοπούλου | Δικηγόροι Αθηνών. 2020 [cited 2020 Nov 1]. Available from: <http://efotopoulou.gr/i-simvasi-exartimenis-ergasias-ke-i-diakrisi-aftis-apo-ti-simvasi-anexartiton-ipiresion-ke-ti-simvasi-ergou-o-orthos-nomikos-charaktirismos-tis-simvasis-apoteli-ergo-tis-dikeodotikis-litourgias-ke-a/>

9. Κορνηλάκης ΠΚ. Επίτομο Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, 2η έκδοση, Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα, 2013.
10. Φουντεδάκη Κ. Αστική ιατρική ευθύνη ,Γενική εισαγωγή, δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση, θεμελιώδεις έννοιες, 2η έκδοση, Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα, 2003.
11. Κάδρα Θ. Η ενδοσυμβατική ευθύνη ιατρού και ιδιωτικής κλινικής από τη σύμβαση παροχής ιατρικών υπηρεσιών [Internet]. Δικηγορικό Γραφείο | Ευγενία Φωτοπούλου | Δικηγόροι Αθηνών. 2013 [cited 2020 Nov 9]. Available from: <https://efotopoulou.gr/i-endosimvatiki-efthini-iatrou-ke-idiotikis-klinikis-apo-ti-simvasi-parochis-iatrikon-ipiression/>
12. Αλικάκος Π. Αστική Ιατρική Ευθύνη ,Ουσιαστικά Και Δικονομικά Ζητήματα Με Βάση Και Τις Παραδοχές Της Νομολογίας. In: Ζητήματα Ιατρικής Ευθύνης [Internet]. Θεσσαλονίκη: Εθνική Σχολή Δικαστικών Λειτουργών; 2018 [cited 2020 Nov 9]. Available from: <https://www.esdi.gr/nex/images/stories/pdf/epimorfosi/2018/alikakos.pdf>
13. Αδικοπρακτική ευθύνη ιατρού - Οι μορφές της ιατρικής αμέλειας (ΠΠρΑθ 1227/2018) [Internet]. Lawspot. 2018 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.lawspot.gr/nomika-nea/adikopraktiki-eythyni-iatroy-oi-morfes-tis-iatrikis-ameleias-pprath-1227-2018>
14. Φράγκος Κ. Ιατρική Ευθύνη: Αστική- Ποινική- Πειθαρχική. Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα, 2018.
15. Δωρής Φ. Θεμελιώδη ζητήματα της αστικής ευθύνης των γιατρών στο ελληνικό δίκαιο. In: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Νομικών. 1994.
16. Μαυροφόρου Ά. Ιατρική Ευθύνη και Ηθική. Βόλος, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, 2012.
17. Οι 10 πιο συνηθισμένες επιπλοκές στην πλαστική χειρουργική - Ιατρικά Νέα [Internet]. Ιατρικά Νέα. 2015 [cited 2020 Nov 12]. Available from: <https://www.iatrikanews.gr/%CE%BF%CE%B9-10-%CF%80%CE%B9%CE%BF-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B7%CE%B8%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%82-%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CE%BB%CE%BF%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CF%80%CE%BB/>

18. Γεωργιάδης Α. Ενοχικό Δίκαιο Γενικό Μέρος. Αθήνα: Δίκαιο και Οικονομία -Π.Ν. Σάκκουλας, 1999.
19. Georgiades A. Die Anspruchskonkurrenz im Zivilrecht und Zivilprozeßrecht. München : C.H. Beck, 1968.
20. Σταθόπουλος Μ. Γενικό Ενοχικό Δίκαιο. 4η έκδοση, Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα, 2004.
21. Φουντεδάκη Κ. Η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες στο ελληνικό δίκαιο [Internet]. Επιστημονική Ημερίδα από την Ένωση Αστικολόγων σε συνεργασία με το Δικηγορικό Σύλλογο Αγρινίου; Digesta Pena; 2003 May 10 [cited 2020 Nov 14]; Αγρίνιο. Available from: <https://www.enas.gr/fountedaki1.pdf>
22. Σχινάς Ι. Ιδέες και Κατευθύνσεις Ν.2251/1994 [Internet]. Επιστημονική Ημερίδα 16/2/1996; 1998 [cited 2020 Nov 14]. Available from: <http://www.digestaonline.gr/index.php/12-1998/334-1998-sxinas>
23. Ζουμπούλης Χ. Η κατανομή του βάρους απόδειξης στις υποθέσεις ιατρικής ευθύνης. Αρμενόπουλος, Μηνιαία Νομική Επιθεώρηση [Internet]. 2004 Nov [cited 2020 Nov 15];1515–25. Available from: https://www.academia.edu/27172208/H_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%AE_%CF%84%CE%BF%CF%85_%CE%B2%CE%AC%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%82_%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%B4%CE%B5%CE%AF%CE%BE%CE%B5%CF%89%CF%82_%CF%83%CF%84%CE%B9%CF%82_%CF%85%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%AD%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82_%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82_%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82_%CE%B5%CF%85%CE%B8%CF%8D%CE%BD%CE%B7%CF%82
24. Φουντεδάκη Κ. Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς και η αστική ευθύνη του ιατρού. In: Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (αστική-ποινική). Θεσσαλονίκη: Νομική Βιβλιοθήκη, 2013.
25. Βικιπαίδεια ,Πλαστική χειρουργική [Internet]. Wikipedia.org. Wikimedia Foundation, Inc.; 2014 [cited 2020 Nov 15]. Available from: https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%BB%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%87%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE

26. Πλαστική Χειρουργική - hespras.gr [Internet]. hespras.gr. Ε.Ε.Π.Ε.Α.Χ.- Ελληνική Εταιρία Πλαστικής Επανορθωτικής Και Αισθητικής Χειρουργικής; [cited 2020 Nov 15]. Available from: <https://hespras.gr/el/plastic-surgery>
27. Nejadzarvari N, Ebrahimi A. Different aspects of informed consent in aesthetic surgeries. World Journal of Plastic Surgery [Internet]. 2014;3(2):81–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236989/>
28. ISAPS International Survey on aesthetic/cosmetic Procedures Performed in 2018 [Internet]. ISAPS - International Society of Aesthetic Plastic Surgery. 2019 [cited 2020 Nov 15]. p. 1–10. Available from: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/10/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-1.pdf>
29. Κόϊος Ν. Βιοηθική: Συνοδικά Κείμενα Ορθόδοξων Εκκλησιών. Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας; 2007.
30. Γρινιζάκης ΑΜ, Μαυροφόρου- Γιαννούκα Α. Βιοηθικοί Προβληματισμοί στην Ιατρική Δεοντολογία. 2nd ed. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας; 2012.
31. Κατσανούλας Κ. Ηθικά διλήμματα, προτελεύτιες αποφάσεις και αποκλιμάκωση θεραπείας στη Μ.Ε.Θ. The Greek E-Journal of Perioperative Medicine [Internet]. 2009 [cited 2020 Dec 13];7(1109–6888):54–66. Available from: <http://oaji.net/articles/2015/1592-1421593690.pdf>
32. <https://plus.google.com/+UNESCO>. International Bioethics Committee (IBC) [Internet]. UNESCO. 2019. Available from: <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/ibc>
33. Παπαδοπούλου Θ. Ειδικά Θέματα Βιοηθικής [Internet]. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα, 2015, Available from: <https://repository.kallipos.gr/cloud-readerlite/index.html?epub=exports/3156/unzipped>
34. Adelekan T. Rethinking Rights and Responsibilities: The Moral Bonds of Community; By Arthur J. Dyck Cleveland, Pilgrim, 1994. 441 pp. \$29.95. Theology Today. 1996 Jul;53(2):271–3.
35. Ευάγγελος Κοροβίνης. Η Αρετολογική και η Αριστοτελική ηθική - Αντίφωνο [Internet]. Αντίφωνο. 2019 [cited 2020 Dec 29]. Available from: <https://antifono.gr/%CE%B7%CE%B1%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%B7%CE%BA%CE%B1%CE%B9>

=

[%CE%B7%CE%B1%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%B7%CE%B7%CE%B8%CE%B9%CE%B](#)
[A/](#)

36. Μολλάκη Β, Βιδάλης Τ. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Έκθεση Βελτίωση Χαρακτηριστικών του ανθρώπου Φυσικά Χαρακτηριστικά [Internet]. [cited 2020 Dec 30]. Available from: <http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/REPORT-Human%20enhancement-Physical%20FINAL%20GR.pdf>
37. Πράπα Π, Φακή Μ. Κοινωνιολογία της Υγείας [Internet]. [cited 2020 Dec 30]. Available from: https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf
38. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. Dialogues in clinical neuroscience [Internet]. 2010;12(2):221–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181960/>
39. Τα social media αύξησαν τις πλαστικές | Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ [Internet]. Η Καθημερινή. 2017. Available from: <https://www.kathimerini.gr/world/915255/ta-social-media-ayxisan-tis-plastikes/>