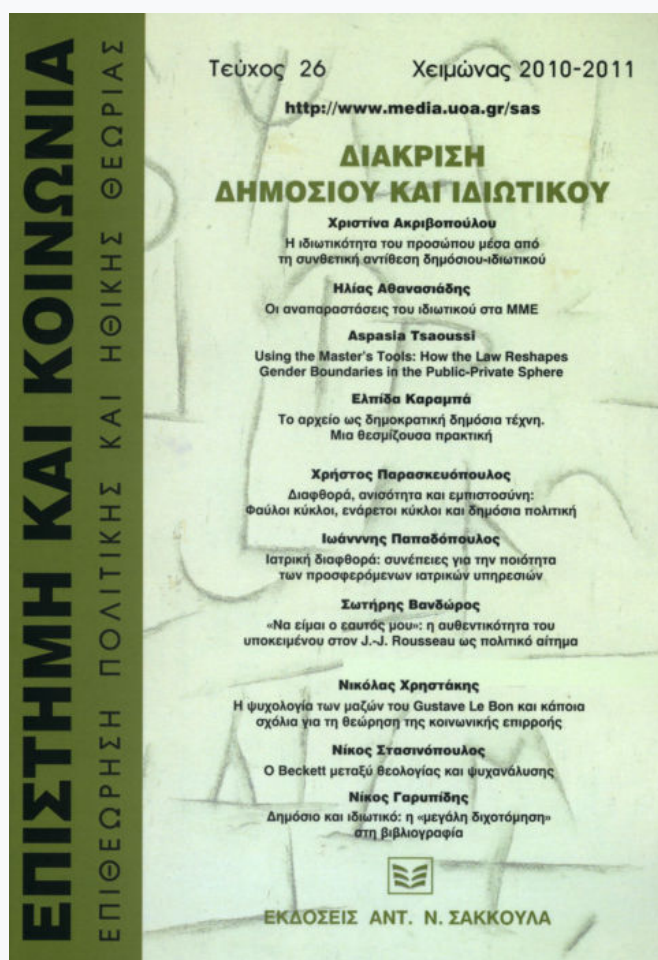


Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας

Τόμ. 26 (2010)

Διάκριση δημόσιου και ιδιωτικού



Ιατρική διαφθορά: Συνέπειες για την ποιότητα των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών

Ιωάννης Στ. Παπαδόπουλος

doi: [10.12681/sas.833](https://doi.org/10.12681/sas.833)

Copyright © 2015, Ιωάννης Στ. Παπαδόπουλος



Άδεια χρήσης [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Βιβλιογραφική αναφορά:

Παπαδόπουλος Ι. Σ. (2015). Ιατρική διαφθορά: Συνέπειες για την ποιότητα των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 26, 133-150. <https://doi.org/10.12681/sas.833>

Ιατρική διαφθορά: συνέπειες για την ποιότητα των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών

Ιωάννης Στ. Παπαδόπουλος*

Η συζήτηση για τη διαφθορά στον ιατρικό τομέα περιορίζεται συνήθως στις συνέπειες της οικονομικής επιβάρυνσης των ταμείων υγείας και του κράτους χωρίς να επισημαίνεται η μεγάλη βλάβη που αυτή επιφέρει στην ποιότητα των προσφερομένων ιατρικών υπηρεσιών και επομένως στην υγεία του πληθυσμού. Το κείμενο αυτό πραγματεύεται τις ιατρικές συνέπειες της διαφθοράς αναφερόμενο στα είδη και τις μορφές της. Θίγει τον ρόλο των φαρμακευτικών βιομηχανιών και των βιομηχανιών ιατρικών υλικών, τη λήψη ποσοστών από διαγνωστικά κέντρα, τις παράνομες και υπερβολικές αμοιβές ιατρών αλλά και την ανυπαρξία, συχνά, ιστορικού και κλινικής εξέτασης του ασθενούς. Σε ό,τι αφορά τα φάρμακα, επισημαίνει μεταξύ άλλων τη μη αξιόπιστη καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών τους στη χώρα μας, τη μη εμπεριστατωμένη συνταγογράφηση τους αλλά και τον αποπροσανατολισμό των ιατρών. Με παραδείγματα τη διαχείριση της γρίπης των χοίρων, τα αντικαρκινικά φάρμακα αλλά και ορισμένες καθυστερημένες ανακλήσεις σκευασμάτων επισημαίνονται γενικότερα προβλήματα συναλλαγής αλλά και αδιαφορίας στον τομέα της φαρμακευτικής αγωγής του πληθυσμού. Το τελικό συμπέρασμα είναι ότι η ιατρική διαφθορά δεν οδηγεί μόνο σε οικονομική επιβάρυνση των ταμείων αλλά μειώνει αποφασιστικά και την ποιότητα της προσφερόμενης ιατρικής με συνέπειες για την υγεία του πληθυσμού αλλά και επιπλέον οικονομική επιβάρυνση.

Ο πληθυσμός αλλά και αρμόδιοι φορείς όπως και υψηλά ιστάμενα πολιτικά και υπηρεσιακά πρόσωπα συνδυάζουν σχεδόν πάντα την ιατρική διαφθορά με οικονομικές βλάβες των ταμείων υγείας, των νοσοκομείων αλλά και του κράτους. Ποτέ η ιατρική διαφθορά δεν συσχετίστηκε με την ποιότητα της προσφερόμενης ιατρικής. Αυτή τη συσχέτιση θα συζητήσουμε στο κείμενο που ακολουθεί. Να ληφθεί υπόψη ότι η ιατρική διαφθορά υπάρχει σε όλα (σχεδόν) τα κράτη, στην Ελλάδα όμως έχει φτάσει (με πλήρη ατιμωρησία) ακραία επίπεδα τα οποία βάζουν σε κίνδυνο την ιατρική κουλτούρα. Πρέπει, επίσης, να συνειδητοποιηθεί ότι το μέγεθος της διαφθοράς δεν εξαρτάται μόνο από το ατομικό επίπεδο ηθικής αλλά και από τις δυνατότητες εκμετάλλευσης που έχει ο γιατρός.

* Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών <jsapad@gmail.com>

1. Είδη ιατρικής διαφθοράς

Χρήματα από φαρμακευτικές εταιρείες –πρόκειται για τη συνήθεστορο και πιο διαδεδομένο είδος διαφθοράς. Η λήψη των χρημάτων συναρτάται από την ποσότητα (και την τιμή) των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ανάλογα με τη συμφωνία, τα ποσοστά μπορούν να αντικατασταθούν ή και να συμπληρωθούν από ταξίδια, ηλεκτρονικές συσκευές, κινητά τηλέφωνα κ.λπ.

Ποσοστά από διαγνωστικά κέντρα –αυτά χορηγούνται σχεδόν¹ από όλα τα διαγνωστικά κέντρα, ανάλογα με τον τζίρο των εξετάσεων για τις οποίες παραπέμπει ο γιατρός αλλά και από μεμονωμένα ιατρεία-εργαστήρια βιοπαθολόγων (микροβιολόγων) και βιοχημικών ή ακτινολόγων. Ορισμένα εργαστήρια χρησιμοποιούν υπαλλήλους οι οποίοι κλείνουν (προφορική) συμφωνία με γιατρούς, ενώ άλλα αποστέλλουν τα ποσοστά αυτομάτως, άνευ προηγηθείσας συμφωνίας. Ακραία περίπτωση: η (κατόπιν συνεννόησης γιατρού-εργαστηρίου) μη διενέργεια όλων των εξετάσεων και η αποστολή φανταστικών τιμών (άκρως επικίνδυνο για τον ασθενή αλλά και για τον θέρáποντα γιατρό), με χρέωσή τους βέβαια στον ασφαλιστικό οργανισμό.

Ποσοστά μεταξύ γιατρών –δυστυχώς και αυτά είναι πολύ διαδεδομένα: από χειρούργους προς γιατρούς οι οποίοι παραπέμπουν ασθενείς και από ακτινολόγους ή βιοπαθολόγους για τον ίδιο λόγο. Ποτέ δεν μπόρεσα να αποδεχθώ και να καταλάβω πώς αυτοί οι γιατροί αισθάνονται όταν συναντώνται σε συνέδρια και εκδηλώσεις.

Ποσοστά από ιδιωτικές κλινικές προς γιατρούς –ως αμοιβή για την παραπομπή ασθενών· μερικές κλινικές μάλιστα δίνουν και μέρισμα ανάλογα με τις ημέρες παραμονής του ασθενούς. Έχει διαπιστωθεί –όχι σπάνια, αλλά δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η συχνότητα– ότι ‘ασθενείς’ δηλώνονται ως θεραπευόμενοι σε ιδιωτικές κλινικές, χωρίς να ανευρίσκονται εκεί (πλασματική ‘θεραπεία’), ενώ το ταμείο τους πληρώνει την παραμονή και, ασφαλώς, και διάφορες ιατρικές πράξεις και υλικά. Την είσοδο αυτών των ‘ασθενών’ την καθορίζουν και πιστοποιούν γιατροί. Αυτό το οποίο δεν έχει διαπιστωθεί είναι, εάν και ο ‘ασθενής’ συμμετέχει στα κέρδη. Πάντως αδυνατώ να πιστέψω ότι και οι ελεγκτές-γιατροί των ταμείων είναι αναμεμιγμένοι σε τέτοιες υποθέσεις.

Φαρμακευτικές εταιρείες αμείβουν, με σοβαρά ποσά, γιατρούς οι οποίοι σε διαλέξεις τους και σε συζητήσεις στοργγυλής τράπεζας αναφέρουν ονόματα ιδιοσκευασμάτων (φαρμακευτική ουσία με το εμπορικό της όνομα) της εταιρείας. Είναι γνωστό ότι φαρμακευτικές εταιρείες και εταιρείες ιατρικών υλικών (π.χ. τεχνητών αρθρώσεων-αρθροπλαστικών) διοργανώνουν τέτοιες ομιλίες ή στοργγυλά τραπέζια ή λειτουργούν ως χορηγοί σε συνέδρια επιστημονικών εταιρειών, με θέματα

σχετιζόμενα με τα προϊόντα τους. Επειδή οι χρηματικά υποστηριζόμενες ομιλίες έχουν σημαντικό έλλειμμα αξιοπιστίας και επειδή είναι δυνατόν να παραπλανήσουν άλλους γιατρούς ως προς την ποιότητα των προϊόντων, ο ιατρικός σύλλογος των ΗΠΑ έχει εκδώσει ένα δεκάλογο οδηγιών με τις οποίες ο ακροατής γιατρός μπορεί να καταλάβει εάν ο ομιλητής βρίσκεται στην υπηρεσία εταιρειών.

Για τον ίδιο λόγο μεγάλα επιστημονικά περιοδικά απαιτούν από επιστήμονες, οι οποίοι αποστέλλουν μελέτες προς δημοσίευση, υπεύθυνη δήλωση στη οποία πιστοποιούν εάν και ποιο είδος σχέσης έχουν με φαρμακευτικές ή άλλες εταιρείες ιατρικών υλικών. Δυστυχώς, σκόπιμα παραποιημένα αποτελέσματα ερευνών δεν είναι καθόλου σπάνια. Οι αιτίες είναι δύο: χρηματικό όφελος (π.χ. από εταιρείες που θέλουν να προωθήσουν φάρμακα αμφιλεγόμενης αποτελεσματικότητας) ή/και φιλοδοξία. Επανελημμένα, αναγνωρισμένοι επιστήμονες αλλά και κάτοχοι βραβείου Νομπέλ έχουν αναγκαστεί να αποσύρουν μελέτες τους, μετά από αμφισβήτηση των αποτελεσμάτων τους και αποκάλυψη 'ελαττωματικών' πρωτοκόλλων έρευνας. Αυτό το είδος επιστημονικής διαφθοράς, αν και επικίνδυνο, δεν είναι αρκετά γνωστό και δεν εκλαμβάνεται καν ως διαφθορά. Από μελέτη αξιολόγησης ανακλήσεων ουσιών,² τις οποίες δημοσιοποίησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), το 54% των ανακληθεισών φαρμακευτικών ουσιών αποσύρθηκε 15-25 χρόνια μετά την πρώτη τους κυκλοφορία, μετά από δεκάδες επιστημονικών μελετών οι οποίες αποδείκνυαν, με στατιστικές αξιολογήσεις, την αποτελεσματικότητα αλλά και την έλλειψη σημαντικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Δεν υπάρχει έτος κατά το οποίο να μην ανακαλούνται φάρμακα λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών,³ παρά τις διθυραμβικές μελέτες οι οποίες οδήγησαν στην χορήγηση άδειας κυκλοφορίας τους. Αυτή η κατάσταση θέτει δύο σημαντικά ερωτήματα: είναι η μεθοδολογία αξιολόγησης φαρμάκων αναξιόπιστη ή είναι η ηθική των γιατρών ελαστική;

Στο όχι και τόσο απώτερο παρελθόν, εταιρείες με διεθνή δραστηριότητα κατασκεύαζαν 'μελέτες' για φάρμακα τις οποίες χρησιμοποιούσαν στα διαφημιστικά τους φυλλάδια ως απόδειξη καταλληλότητας των προϊόντων τους -οι 'μελέτες' αυτές οποίες υπογράφονταν από γιατρούς σε εθνικό επίπεδο. Ελπίζω αυτή η οπιοσδήποτε ανήθικη αλλά και χονδροειδής τακτική να έχει σταματήσει.

2. Οι συνέπειες της διαφθοράς στην ποιότητα ιατρικών υπηρεσιών

Η λήψη ποσοστών από διαγνωστικά κέντρα οδηγεί στην αναγραφή πληθώρας μη αναγκαίων εξετάσεων, οι οποίες είναι δυνατόν να έχουν συνέπειες α) για τον ασθενή: δημιουργία άγχους της ασθένειας, ενδεχόμενο ατύχημα κατά τη μετάβαση (γιατί να θεωρείται απίθανο;), απώλεια χρόνου, περιττή ακτινοβολία, πιθανές επιπλοκές (για ορισμένες εξετάσεις) και β) για τον γιατρό: περιφρόνηση λήψης ι-

στορικού και κλινικής εξέτασης (βασίζεται αντ' αυτού στις εξετάσεις), αργή αλλά σταθερή απώλεια κλινικών ικανοτήτων,⁴ τοποθέτηση εσφαλμένων διαγνώσεων (από ψευδώς θετικές εξετάσεις)⁵ και, επομένως, και εσφαλμένων (μη απαραίτητων) θεραπειών.

Είναι δύσκολο από μη γιατρούς (αλλά και από μερικούς γιατρούς) να γίνει αντιληπτό ότι: α) εργαστηριακές εξετάσεις αποκτούν νόημα μόνο σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση⁶ και δεν μπορούν να αξιολογηθούν χωρίς τα συμπεράσματα της τελευταίας και β) ότι ένα ανατομικό (λόγου χάρι) εργαστηριακό παθολογικό εύρημα μπορεί να μην χρειάζεται να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά, εφόσον δεν δημιουργεί προβλήματα. Κλασικό παράδειγμα η γνωστή σε όλους 'κήλη μεσοσπονδyliου δίσκου'. Το εύρημα αυτό σε μαγνητική τομογραφία, από μόνο του, δεν απαιτεί επέμβαση εφόσον δεν συνοδεύεται από σοβαρά ενοχλήματα ή/και νευρολογικές απώλειες. Και όμως, συχνά προτείνεται από ορισμένους γιατρούς άμεση και επείγουσα επέμβαση η οποία, αφενός, δεν είναι άμοιρη κινδύνων και, αφετέρου, μπορεί να δημιουργήσει εντονότερα ενοχλήματα από τα προεγχειρητικά.⁷ Οι προτάσεις αυτές έχουν περισσότερο την αιτία τους στην κερδοσκοπία παρά στην έλλειψη γνώσεων. Ακούσαμε πρόσφατα στις ειδήσεις ότι γιατροί του ΕΣΥ διατηρούν λογαριασμούς σε τράπεζες ύψους ενός ή και περισσότερων εκατομμυρίων ευρώ. Από πού προέρχονται αυτά τα χρήματα; Πάντως όχι 'από τους μισθούς πείνας' που προσπαθούν οι γιατροί του ΕΣΥ να μας πείσουν ότι λαμβάνουν -να σημειώσουμε εδώ ότι 'μισθός πείνας' για έναν γιατρό του ΕΣΥ θεωρούνται τα 2.700 ευρώ καθαρά συν οι υπερωρίες, εκ των οποίων τουλάχιστον οι μισές είναι πλασματικές!

Εγχειρίδια Γενικής Ιατρικής (Taylor, McAvoy & Dowd 2008) αναφέρουν ότι το 1/3 του χρόνου της ιατρικής επίσκεψης πρέπει να καταναλώνεται από τον γιατρό με οδηγίες για την πρόληψη παθήσεων -ουτοπία στην ελληνική πραγματικότητα λόγω νοοτροπίας των γιατρών και λόγω μικρής διάρκειας της επίσκεψης.

Ποσοστά από ιατρικά υλικά. Διαπιστωμένο γεγονός είναι η εμφύτευση καρδιακών βηματοδοτών⁸ χωρίς να υπάρχει ένδειξη (δηλαδή, ιατρικός λόγος), με κίνητρο τη λήψη ποσοστών. Εκπληρώσει κανείς διαρκώς για το πώς ένας γιατρός μπορεί σκόπιμα να δημιουργήσει αναπηρία και φόβο ζωής σε ανθρώπους οι οποίοι του εμπιστεύθηκαν την υγεία τους. Και όμως είναι δυνατόν. Η εξάρτηση από το εύκολο (και αφορολόγητο) χρήμα θολώνει την κριτική σκέψη και τη σημασία των αξιών. Με άλλα λόγια: οι γιατροί δεν συναισθάνονται τι κάνουν.

Οι συνέπειες επεκτείνονται σε μεγάλο φάσμα ιατρικών παρεμβάσεων. Είναι δυνατόν, λόγω ποσοστών, να τοποθετούνται υλικά τα οποία δεν είναι τα καλύτερα για τον συγκεκριμένο ασθενή (παράδειγμα, οι τεχνητές αρθρώσεις) είναι δυ-

νατόν επίσης να τοποθετούνται στον οργανισμό υλικά τα οποία δεν χρειάζονται (π.χ. οστικά μοσχεύματα, τα οποία είναι και πανάκριβα). Να ληφθεί υπόψη ότι λοιμώξεις σε περιοχές του σώματος, στις οποίες υπάρχουν εμφυτευμένα υλικά είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπισθούν.

Γιατροί προσπαθούν να με πείσουν (αλλά είναι δύσκολο να το πιστέψει κανείς) ότι ο τομέας της μεταμόσχευσης νεφρών δεν προωθείται, για να μην χαθούν τα ποσοστά από τα φίλτρα⁹ τα οποία χρησιμοποιούνται στον τεχνητό νεφρό!

*Παράτυπες αμοιβές (φακελάκια).*¹⁰ Δυστυχώς λίαν διαδεδομένη παρανομία - σχεδόν εγκατεστημένος 'θεσμός' για τον οποίον κανείς δεν διαμαρτύρεται. Συναντάται ιδιαίτερα στις χειρουργικές ειδικότητες. Οι συνέπειες είναι σοβαρές για τον πληθυσμό αλλά και για τη, σχεδόν ανύπαρκτη, ιατρική κουλτούρα. Όσοι δεν είναι σε θέση να πληρώσουν είναι πιθανόν να χειρουργηθούν από μη πεπειραμένο χειρουργό, να καθυστερήσει η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο,¹¹ να καθυστερήσει η διενέργεια του χειρουργείου, να έχουν μειωμένη φροντίδα. Σοβάρη συνέπεια των ιδιαίτερων (πάντα παράνομων για γιατρούς του ΕΣΥ) αμοιβών είναι και η διενέργεια χειρουργείων χωρίς να υπάρχει λόγος.¹² Αυτό έχει διαπιστωθεί από μεμονωμένα περιστατικά (η κορυφή του παγόβουνου). Είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί το ποσοστό -νοσοκομειακοί γιατροί, σε ιδιαίτερες συζητήσεις, το ανεβάζουν και μέχρι 20%. Χειρουργεία χωρίς αναγκαιότητα είναι το μόνο από το οποίο δεν κινδυνεύουν όσοι δεν διαθέτουν χρήματα. Από χειρουργείο χωρίς ένδειξη κινδυνεύουν και ασθενείς ιδιωτικών κλινικών, όπου η αμοιβή είναι νόμιμη, αν και συχνά υπερβολική.

Η νοσοκομειακή παραμονή δημιουργεί σοβαρούς κινδύνους, ιδίως για ηλικιωμένους ή ασθενείς με αδύνατο ανοσολογικό σύστημα (π.χ. μετά από ογκολογική θεραπεία). Ο βασικότερος κίνδυνος είναι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις με μικροοργανισμούς ιδιαίτερα ανθεκτικούς σε πολλά αντιβιοτικά. Επομένως η εισαγωγή σε νοσοκομείο θα πρέπει να έχει ένα σοβαρό λόγο.

Συνοψίζοντας, υπάρχουν τεσσάρων ειδών συμπεριφορές χειρουργών: α) όσοι πραγματικά αρνούνται κάθε αμοιβή (σπάνιοι)· β) όσοι αποδέχονται (χωρίς προσυνεννοήσεις) όποιο ποσό τους δώσει ο ασθενής πριν από ή μετά την επέμβαση· γ) όσοι σε ερώτηση του ύψους της αμοιβής αναφέρουν ένα ορισμένο ποσό· και δ) όσοι το απαιτούν άμεσα ή έμμεσα.¹³

Ποσοστά από φάρμακα οδηγούν σχεδόν πάντα σε αυξημένη συνταγογράφηση (αύξηση εσόδων γιατρών), δηλαδή σε χορήγηση αναποτελεσματικών ή μη αναγκαίων φαρμάκων, με επιβάρυνση της υγείας του πληθυσμού:

- αύξηση της συχνότητας ανεπιθύμητων ενεργειών¹⁴
- αύξηση της συχνότητας αλληλεπιδράσεων¹⁵

- παραμελούνται άλλες θεραπείες (συμπεριλαμβανομένων και ορισμένων εναλλακτικών)
- παραμελείται η τελείως απαραίτητη επαφή και σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς που είναι και το βασικότερο όπλο θεραπείας σύμφωνα μάλιστα και με τον νόμο 2519/21.8.1997 (Παπαδόπουλος 2003, McKeown 1982)
- δεν δίνεται σημασία στο ιστορικό (ούτε καν στο φαρμακολογικό) και στην κλινική εξέταση
- διαβρώνονται ενδείξεις και αντενδείξεις¹⁶ χορήγησης φαρμάκων (πολύ δυσάρεστη εξέλιξη), με αποτέλεσμα να εγκαθίστανται στη σκέψη του γιατρού λανθασμένα μοντέλα 'θεραπείας'
- ατροφούν οι ικανότητες του γιατρού διότι αποκτά τυποποιημένο τρόπο σκέψης, υπό την επίδραση εξω-ιατρικών παραγόντων.

Τα (παράνομα πάντα) ποσοστά οδηγούν σε μεγάλες αυξήσεις κατανάλωσης, χωρίς κανένα ιατρικό λόγο. Χρησιμοποιώντας μερικά παραδείγματα, μεταξύ 1995 και 2003, η κατανάλωση, σε ποσότητα, στην Ελλάδα αυξήθηκε για:

- τα αντικαταθλιπτικά κατά 414%
- φάρμακα καρδιαγγειακού συστήματος κατά 135%
- ογκολογικά φάρμακα κατά 194%
- φάρμακα του μυοσκελετικού συστήματος κατά 97%
- φάρμακα του αναπνευστικού συστήματος κατά 105% (ΙΦΕΤ 2005).

Οι αυξήσεις αυτές δεν μπορούν να αιτιολογηθούν ιατρικά. Ο πληθυσμός παρέμεινε ο ίδιος (αριθμητικά και ποιοτικά) και η συχνότητα παθήσεων δεν είχε αυξηθεί.

Η φαρμακοβιομηχανία παραπλανά τους γιατρούς με 'πληροφοριακά' φυλλάδια τα οποία περιέχουν επιλεγμένες πληροφορίες, συχνά ανακριβείς ή και αποπροσανατολιστικές. Σε συγκεκριμένη μελέτη (Ζαβρού κ.α. 2006) με αξιολόγηση 58 φυλλαδίων: το 97% περιείχε αποπροσανατολιστικές φράσεις, το 21% δεν ανέφερε οδηγίες χρήσεις, το 18% δεν περιλάμβανε ενδείξεις για ανάλογες παθήσεις, το 45% δεν ανέφερε ανεπιθύμητες ενέργειες, το 54% δεν περιλάμβανε οδηγίες για πιθανή δηλητηρίαση και το 58% δεν ανέφερε αλληλεπιδράσεις (επικίνδυνο). Σημειωτέον ότι όλα τα προαναφερθέντα εμπίπτουν στις υποχρεώσεις αναγραφής ιατρικών πληροφοριών σε φυλλάδια εκ της νομοθεσίας.

Ορισμένες εταιρείες επιβιώνουν σχεδόν αποκλειστικά από κατανάλωση αναποτελεσματικών φαρμάκων στο ΙΚΑ και σε μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία: η εταιρεία Χ κατά 100% από ένα αμφιβόλου αποτελεσματικότητας ιδιοσκεύασμα, η εταιρεία 1Χ κατά 90,8%, η εταιρεία 2Χ κατά 86,6% κλπ. (ακολουθούν 5 ακόμα ε-

ταιρείες). Οι εταιρείες αναφέρονται με κωδικούς για λόγους νομικούς (Παπαδόπουλος 1993).

Παθόντες φράσεις γιατρών. Πρόκειται για φράσεις σε συζητήσεις με ασθενείς, οι οποίες προέρχονται από εσφαλμένη ιατρική νοοτροπία ή κακή εκπαίδευση, συχνά όμως οφείλονται και στην προσπάθεια του γιατρού να κρατήσει τον ασθενή ή να τον χειρουργήσει:

- ‘Απορώ πως περπατάτε ακόμα’ (συνήθως από ακτινολόγους, μετά από λήψη ακτινογραφιών)
- ‘Εάν δεν χειρουργηθείτε θα καταλήξετε σε αναπηρική πολυθρόνα’ (συνήθως από ορθοπαιδικούς ή νευροχειρουργούς, επί ισχιαλγίας)¹⁷
- ‘Μου κάνει εντύπωση το ότι δεν πονάτε’ (συνήθως από ορθοπαιδικούς ή ακτινολόγους επί εκφυλιστικών φθορών της σπονδυλικής στήλης).¹⁸

Αυτή η τακτική αγγίζει τη μορφή της ιατρικής τρομοκρατίας. Είναι πολύ δύσκολο να πεισθεί ο ασθενής ότι τέτοιες δηλώσεις των γιατρών δεν έχουν βάση.

Ένα μεγάλος επιδημιολόγος, σε ένα εξαιρετικό βιβλίο (McKeown 1982), στα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε μετά από συζητήσεις και με κλινικούς γιατρούς όσον αφορά την αποστολή της Ιατρικής και την κατηγοριοποίηση των αρμοδιοτήτων της (καθηκόντων της), αναφέρει ως ιδιαίτερα επιτακτική ‘την εξάλειψη αδικαιολόγητων φόβων του ασθενούς’. Όσοι έχουν πίσω τους πάνω από 15 χρόνια συνειδητής άσκησης της Ιατρικής, μπορούν να καταλάβουν την αλήθεια αυτής της φράσης και την προτεραιότητά της. Η εξουδετέρωση αδικαιολόγητων φόβων απαιτεί συζήτηση με τον ασθενή για αρκετό χρόνο (διάρκεια επίσκεψης). Οι έλληνες γιατροί όμως δημιουργούν οι ίδιοι αδικαιολόγητους φόβους.

Γνωματεύσεις αναπηρίας: η κρυφή πληγή. Σημαντικό πρόβλημα, το οποίο μόνο κατά καιρούς εμφανίζεται στη δημοσιότητα και ακολουθώς αποσιωπάται, είναι η έκδοση πιστοποιητικών αναπηρίας σε μη ανάπηρους ή με πλαστογράφηση υπογραφών (Λαμπροπούλου 2010), με στόχο τη λήψη (παράνομης) αναπηρικής σύνταξης.¹⁹ Ο συγγραφέας αυτού του άρθρου έχει εργαστεί στη Διεύθυνση Αναπηρίας του ΙΚΑ σε επιτροπές εκτίμησης αναπηρίας και ως επιστημονικός συνεργάτης (1990-1994) και έχει γνώση εκ των έσω. Αποτελούσε και αποτελεί σημαντικό πρόβλημα η αξιοπιστία των εκτιμήσεων ορισμένων επιτροπών. Σημαντικό ποσοστό αναπήρων έχει υπερεκτιμηθεί (οκόπιμα ή και λανθασμένα), με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται ο προϋπολογισμός του Ιδρύματος, αλλά και να δημιουργείται μια σημαντική κοινωνική αδικία. Υπάρχουν βαριά ανάπηροι οι οποίοι εργάζονται κανονικά και αμελητέα ανάπηροι οι οποίοι λαμβάνουν επιδόματα αναπηρίας. Το θέμα έχει μεγάλη κοινωνική σημασία και θα πρέπει να διευθετηθεί κεντρικά. Ο τότε Διευθυντής Αναπηρίας του ΙΚΑ (και μετέπειτα Γενικός Διευθυντής

Υγειονομικών Υπηρεσιών) Μιχάλης Κόσσυβας είχε καταβάλει μεγάλες προσπάθειες εξυγίανσης της υπηρεσίας. Ο ίδιος συνάδελφος μου έλεγε χαρακτηριστικά ότι όταν ήταν νεαρός γιατρός σε επιτροπή αναπηρίας, κατά την εξέταση κάθε ασφαλισμένου, κάποιο μέλος της επιτροπής έλεγε τη φράση ‘αυτός είναι δικός μου’.²⁰ Όταν μπήκε μία δυστυχισμένη γυναίκα και κανείς δεν μίλησε και όταν είδε ότι όλη η αυστηρότητα της επιτροπής θα εξαντλείτο σε εκείνη, είπε ‘αυτή είναι δικιά μου’, παρότι τού ήταν άγνωστη (Κόσσυβας 1994).

Εκείνη την εποχή είχα διαπιστώσει (το πιθανότερο είναι να γίνεται και σήμερα), ότι αρκετοί γιατροί επιτροπών δέχονται επισκέψεις των ασφαλισμένων, οι οποίοι επρόκειτο να εκτιμηθούν τις επόμενες ημέρες, στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Η σκοπιμότητα φαντάζομαι είναι προφανής.²¹

Φαρμακοβιομηχανία: η εξουδετέρωση της δεοντολογίας από τον τζίρο. Εκμεταλλεύομενη την ιατρική διαφθορά²² και τη συνέπειά της, δηλαδή την ανυπαρξία αντιστάσεων της ιατρικής επιστημονικής κοινότητας και το χαμηλό γόητρο της τελευταίας, η φαρμακοβιομηχανία καθορίζει διαγνωστικά κριτήρια και θεραπείες, ιδίως σε παθήσεις αμφιλεγόμενης διαγνωστικής δυνατότητας και σε παθήσεις προβληματικές στην αντιμετώπισή τους, προσφέροντας ‘λύσεις’ στον γιατρό. Παραδείγματα: η μείωση νοητικής ικανότητας σε υπερήλικες, η εμμηνόπαυση (με το φόβητρο της οστεοπόρωσης), τα ‘υπερκινητικά’ παιδιά, η ώθηση νέων μητέρων μέσω μαιευτηρίων για μη θηλασμό, η υπέρταση (της οποίας οι φυσιολογικές τιμές μειώνονται συνεχώς με κίνδυνο να αρχίσουμε να ‘θεραπεύουμε’ εικοσάχρονους). Να σημειωθεί ότι φάρμακα με αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα (πρακτικώς αναποτελεσματικά)²³ αποτελούν περίπου το 10-15% της συνταγογραφίας, ποσοστό που αντιστοιχεί σε δισεκατομμύρια ευρώ και επιβαρύνει την οικονομική κατάσταση των ταμείων χωρίς κανένα όφελος για τον ασθενή. Ορισμένα φάρμακα αυτής της κατηγορίας, π.χ. τα περιφερικά αγγειοδιασταλτικά, δημιουργούν ακριβώς τις βλάβες τις οποίες καλούνται δήθεν να αντιμετωπίσουν! Να ληφθεί επίσης υπόψη ότι τα αναποτελεσματικά φάρμακα εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, συχνά σοβαρές, παρά τη θεραπευτική ανικανότητά τους.

Φυσικά στις αποφάσεις των διοικητικών συμβουλίων των εταιρειών δεν αποφασίζουν οι γιατροί, αλλά σε ορισμένους τομείς ο επιστημονικός διευθυντής και οι ερευνητές γιατροί θα έπρεπε να προτάσσουν βέτο. Στις συνέπειες των ελαστικών συνειδήσεων συγκαταλέγεται και η απόκρυψη ανεπιθύμητων ενεργειών, μετά τη διαπίτωσή τους,²⁴ ακόμα και θανάτων –καθόλου σπάνιο φαινόμενο. Θυμίζω την γνωστή περίπτωση της θαλιδομίδης (μόνο στην Γερμανία γεννήθηκαν 2.000 παιδιά με πολύ σοβαρές παραμορφώσεις άκρων), όπου η εταιρεία επί μήνες δεν απέσυρε το φάρμακο, χωρίς ακόμα (50 χρόνια μετά) να έχει αποζημιώσει τις παθούσες οικογένειες. Θυμίζω ότι η ηρωίνη κυκλοφόρησε από την παραγωγή ε-

ταιρεία το 1898, ως αντικατάσταση της μορφίνης και υποστήριζε ότι η ουσία δεν προκαλεί εθισμό! Η ηρωίνη, τότε, πωλούνταν από τα φαρμακεία ως αντιβηχικό. Πέρασαν 25 χρόνια μέχρι η ουσία να απαγορευθεί, αφήνοντας πίσω της μια μεγάλη στρατιά εξαρτώμενων, ως βάση εκμετάλλευσης για το μετέπειτα (παράνομο) εμπόριο (Παπαδόπουλος 2003). Ο Illich (1975) στο περίφημο βιβλίο του *Die Ent-eignung der Gesundheit* αναφέρει δύο ομάδες εξαρτώμενων ('ναρκομανών'): αυτή η οποία βρίσκει τις ουσίες στο παράνομο εμπόριο και αυτή στην οποία τα εξαρτησιόγωνα φάρμακα τα συνταγογραφεί ο γιατρός.²⁵

Φαρμακοβιομηχανία και η γρίπη των χοίρων -παράδειγμα χρεοκοπίας της Ιατρικής. Ο φόβος είναι πολύ κακός σύμβουλος, λέει ένα γερμανικό ρητό και τον φόβο χρησιμοποίησε η φαρμακοβιομηχανία για να πουλήσει σε κυβερνήσεις εκατομμύρια δόσεις εμβολίου, οι οποίες τελικά έμειναν αχρησιμοποίητες. Δυστυχώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατέστρεψε την πολύτιμη εμπιστοσύνη την οποία τού είχαν πληθυσμός και γιατροί. Πολλοί θέτουν το ερώτημα, πώς ήταν δυνατόν ο ΠΟΥ να οδηγηθεί σε τέτοια λανθασμένη εκτίμηση και αντίδραση. Και όμως, η απάντηση είναι απλή: μέσω επιστημόνων οι οποίοι περιλαμβάνονται στις καταστάσεις μισθοδοσίας της αγγλικής κυβέρνησης, αποσιωπούσε ότι αμειβόταν από την βιομηχανία GlaxoSmithKline με 130.000 ευρώ ετησίως! Ο καθηγητής A. Windorfer ομολόγησε ότι ελάμβανε χρήματα από την ίδια εταιρεία και τη Novartis (εξέφρασε την 'πρόβλεψη' 35.000 νεκρών στη Γερμανία!). Ο καθηγητής W.D. Ludwig, πρόεδρος της επιτροπής φαρμάκων των γερμανών γιατρών, δηλώνει: 'οι υγειονομικές υπηρεσίες των διαφόρων χωρών έπεσαν στην παγίδα της φαρμακοβιομηχανίας, η οποία με τη τρομοκρατία προσπαθούσε να κερδίσει χρήματα' (Bethe & Elger 2010). Χαρακτηριστικό της αναξιοπιστίας των ιατρικών προβλέψεων είναι ο ακόλουθος πίνακας.

	Πρόβλεψη για νεκρούς από τη γρίπη των χοίρων	Πραγματικό αποτέλεσμα (*)
Γερμανία	100.000 νεκροί	240 νεκροί
ΗΠΑ	200.000 νεκροί	2.600 νεκροί
Παγκοσμίως	2 εκατομμύρια νεκροί (το λιγότερο)	16.500 νεκροί

Στοιχεία: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γερμ. Ινστιτούτο Robert Koch (Βερολίνο), Φορέας Ελέγχου Λοιμώξεων CDC των ΗΠΑ (*DER SPIEGEL* 10/2010). (*) περιπτώσεις μέχρι Μάρτιο 2010

Στην Ελλάδα πολλοί γιατροί, καθηγητές και καθηγήτριες, επιχειρούσαν μέσω της τηλεόρασης να μας πείσουν να εμβολιαστούμε, ακόμα και όταν τα άλλα κράτη (αλλά και η Ελλάδα) προσπαθούσαν να πουλήσουν τα αποθέματα εμβολίων τους. Ενώ σε όλη την Ευρώπη τα υπουργεία κάνουν την αυτοκριτική τους, εμείς στην Ελλάδα δεν μάθαμε πόσα εμβόλια αγόρασε το Υπουργείο και πού κατέληξαν οι τεράστιες ποσότητες που δεν χρησιμοποιήθηκαν. Μόνον η υπουργός της Πολωνίας αρνήθηκε με τα υπάρχοντα τότε στοιχεία, να αγοράσει εμβόλια²⁶ και 'οι υπουργοί των άλλων χωρών την κοιτάζουν τώρα με μεγάλη ζήλια', όπως έγραψε γνωστό περιοδικό.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός βιβλίων στα οποία περιγράφεται η έλλειψη δεοντολογίας (η έκφραση είναι ευγενής) εταιρειών και επισημώνων: επικίνδυνες μελέτες διενεργούνται σε ασθενείς χωρίς την πληροφόρηση και συγκατάθεσή τους, αποτελέσματα παραποιούνται, αφαιρούνται από μελέτες προβληματικές περιπτώσεις ασθενών (με επιπλοκές) ώστε να φανεί ότι το φάρμακο δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες, ερευνητές δωροδοκούνται για να δεχτούν την ωραιοποίηση των αποτελεσμάτων, φάρμακα δοκιμάζονται σε παιδιά στην Αφρική χωρίς τη συγκατάθεση των γονέων τους (προκαλώντας σε κάποιες περιπτώσεις σοβαρές βλάβες στην υγεία των παιδιών), ανεπιθύμητες ενέργειες αποκρύπτονται από τις οδηγίες χρήσης φαρμάκων ακόμα και σε ευρωπαϊκά κράτη (Langbein & Martin 1981, Blüchel 2003, Εθνικό Συνταγολόγιο 2003, 2007, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2007, Karantzoulis & Papadopoulos 2002).

Φαρμακοβιομηχανία και αντικαρκινικά φάρμακα: η μεγάλη εκμετάλλευση. Το θέμα είναι πολύπλοκο και δύσκολο, διότι εμπλέκονται συναισθηματικοί παράγοντες τους οποίους η φαρμακοβιομηχανία εκμεταλλεύεται ασύστολα αποπροσανατολίζοντας ασθενείς και γιατρούς και διαλύοντας, στην κυριολεξία, τα ασφαλιστικά ταμεία, με λίαν αμφιλεγόμενο όφελος για τους ασθενείς, σε σχέση με παλαιότερα και φθηνότερα φάρμακα. Οι εταιρείες, ιδίως όταν δεν υπάρχει παρόμοια (χημικώς) ουσία, ζητούν υπέρογκες τιμές. Από 13 'νέα' αντικαρκινικά φάρμακα, τα τέσσερα αξιολογήθηκαν, από επίσημη επιτροπή, ως μη έχοντα καλύτερα αποτελέσματα²⁷ από παλαιότερα και τα υπόλοιπα εννέα, με ετήσιο κόστος θεραπείας από 10.078 έως 134.280 ευρώ (μέσος όρος 57.788 ευρώ) επιμηκύνουν τη ζωή ασθενών με διάφορες μορφές καρκίνου από 2 εβδομάδες έως 7 μήνες (μέσος όρος 2,8 μήνες). Επιπλέον, οι εταιρείες αποπροσανατολίζουν και τους γιατρούς: συγκεκριμένη εταιρεία η οποία παράγει το φάρμακο Herceptin υποστηρίζει ότι το 90% των ασθενών με καρκίνο μαστού ζουν μετά από 4 χρόνια, αποσιωπά όμως ότι και οι ασθενείς οι οποίες δεν λάμβαναν το φάρμακο επίσης ήταν εν ζωή σε ποσοστό 90% μετά από 4 χρόνια (Blech & Elger 2010). Σε ένα πρόσφατο βιβλίο, οι συγγραφείς Wild & Piso (2010) αναφέρουν, ως παράδειγμα, ένα συγκεκριμένο αντι-

καρκινικό φάρμακο το οποίο, όπως υποστηρίζει η εταιρεία, καθυστερεί την ανάπτυξη του όγκου, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί κατά πόσον επιμηκύνει τη ζωή των ασθενών. Η διευθύντρια του Ινστιτούτου Τεχνολογίας για την Υγεία στη Βιέννη, μετά από αξιολόγηση όλων των σχετικών εισηγήσεων αδειών κυκλοφορίας του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, υποστηρίζει ότι το 'όφελος για τους περισσότερους ασθενείς είναι πολύ μικρό. Η ζωή μπορεί να επιμηκυνθεί για μερικές εβδομάδες ταυτόχρονα όμως υπάρχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες'. Ο καθηγητής Glaeske (Πανεπιστήμιο της Βρέμης) είναι πιο σκληρός: 'δεν επιτρέπεται η φαρμακοβιομηχανία να υπαγορεύει τεράστιες τιμές για αντικαρκινικά φάρμακα, των οποίων το όφελος δεν έχει ακόμα αποδειχθεί' (Blech & Elger 2010). Ογκολόγος καθηγητής και πρόεδρος της επιτροπής φαρμάκων των γερμανών γιατρών υποστηρίζει, σε δημοσιευμένη συνέντευξή του, ότι η πληροφόρηση της φαρμακοβιομηχανίας προς τους γιατρούς είναι το λιγότερο παραπλανητική (στο ίδιο).

Αναφέρθηκα λίγο εκτενέστερα στα αντικαρκινικά γιατί το ζήτημα επιδέχεται πολλή έρευνα αναφορικά με τη συμπεριφορά και την αξιοπιστία των εταιρειών σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των ογκολογικών φαρμάκων, τα οποία είναι (αδικαιολογητά) ακριβά και κινδυνεύουν να διαλύσουν τα ταμεία υγείας. Οι εταιρείες εκμεταλλεύονται ασύστολα, με τη βοήθεια 'επιόρκων' γιατρών (όπως λένε τα ΜΜΕ), την ευαισθησία την οποία έχει η πάθηση. Η κατάσταση στο σύνολό της, χωρίς καμία παρέμβαση κρατικών φορέων (ούτε στο εξωτερικό), υποδηλώνει σοβαρή διαφθορά γιατρών και επιστημόνων, οι οποίοι αφήνουν τις επισημονικές τους διαπιστώσεις να νοθεύονται από τις ανάγκες του χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης ή της Φρανκφούρτης, χωρίς ασφαλώς να ζημιώνονται και οι ίδιοι.

Δημιουργία αδιαφορίας στους γιατρούς. Ο εγκλωβισμός μέσα σε ένα μοναδικό σχεδόν κίνητρο, το χρηματικό κέρδος, οδηγεί σε αδιαφορία για την ποιότητα της προσφερόμενης ιατρικής ή/και σε πράξεις κερδοσκοπίας. Τρία παραδείγματα:

- Η προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών σε ορθοπεδικές επεμβάσεις καθορίζεται από τις σχέσεις με εταιρείες και όχι από τις υπάρχουσες διεθνείς και εθνικές κατευθυντήριες γραμμές. Σε μεγάλο νοσοκομείο της Αττικής οι ασθενείς οι οποίοι έλαβαν το σωστό αντιβιοτικό με τον σωστό τρόπο ανέρχονταν στο (τελείως απαράδεκτο) ποσοστό του 2,3% (!!) χωρίς, μετά τη γνωστοποίηση αυτού του αποτελέσματος, να ληφθεί κανένα μέτρο (Γουρνά 2005).
- Στη θεραπεία της υπέρτασης (αξιολόγηση 1.000 ασθενών) διαπιστώθηκαν τα εξής σοβαρά λάθη: στο 80% των ασθενών η διάγνωση έγινε μόνο με μία μέτρηση· στο 80% δεν έγινε εργαστηριακή διερεύνηση· στο 72%

δεν δόθηκε καμιά οδηγία αλλαγής του τρόπου ζωής. Κατόπιν αυτών και το ποσοστό επιτυχίας ήταν το ανάλογο: 15%! (Γιαννακοπούλου 2003).

- Σε μελέτη συνθηκών μεταφοράς ασθενών με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ (84 περιπτώσεις) διαπιστώθηκε ότι: από 22 μεταφερόμενους σε κάθισμα μόνο ένας φορούσε ζώνη ασφαλείας· από 64 ασθενείς σε φορείο, μόνο έξι ήταν δεμένοι (άκρως επικίνδυνο)· από 19 τραυματίες μόνο έξι φορούσαν το επιβεβλημένο κολάρο· από τα 84 ασθενοφόρα μόνο σε τρία το δεύτερο μέλος του πληρώματος βρισκόταν δίπλα στον ασθενή. Την ευθύνη για την εφαρμογή των κανονισμών ασφάλειας των μεταφερόμενων ασθενών έχουν οι γιατροί, οι οποίοι, όπως φαίνεται, ποτέ δεν εξέτασαν την πραγματικότητα (Λιάκου & Σιδέρης 2006).

Η σχέση μεταξύ Εφορίας και ποιότητας Ιατρικής. Είναι πασιγνώστο, και το έχει βιώσει κάθε Έλληνας που έχει επισκεφθεί γιατρό, ότι μεγάλο ποσοστό γιατρών δεν εκδίδει αποδείξεις, με αποτέλεσμα τεράστια φοροδιαφυγή και συνέπειες για την κοινωνία. Δυστυχώς η φοροδιαφυγή δεν θεωρείται αντεθνική πράξη αλλά ‘πταίσμα κυρίων’. Όταν ασθενής επιθυμεί να δείξει τη φιλικότητά του στον γιατρό, τον πιέζει να μην κόψει απόδειξη με φράσεις όπως, ‘γιατρέ ξερούμε και εμείς από αυτά’, κ.λπ. Στους ασθενείς διαφεύγει μια σοβαρή συνέπεια της φοροδιαφυγής (και επομένως του φόβου του γιατρού για έλεγχο της εφορίας), δηλαδή η μη τήρηση γραπτών ιστορικών, η οποία συνδέεται άμεσα με μείωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ο γιατρός δεν κρατάει ιστορικά διότι η Εφορία μπορεί να διαπιστώσει όλες τις επισκέψεις και να ζητήσει τις ανάλογες αποδείξεις. Πολλοί γιατροί επιλέγουν συνειδητά ιατρική χαμηλής ποιότητας και όχι την εφαρμογή της φορολογικής νομοθεσίας. Προτιμούν να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών τους από το να καταβάλλουν τον νόμιμο φόρο.²⁸

Δημιουργία κλασικής εξάρτησης. Η εξάρτηση, με την ιατρική της έννοια, και α-νεξάρτητα μέσου εξάρτησης (ουσίας ή και μη)²⁹ έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Poser 1996, Παπαδόπουλος 1992):

- διαρκή και έντονη αναζήτηση της ουσίας
- χρήση έξω από τα πολιτιστικά πλαίσια της συγκεκριμένης κοινωνίας
- έλλειψη συναισθησης για τις συνέπειες που έχει η απόκτηση της ουσίας (δολοφονία για 10 ευρώ)
- ανάγκη διαρκούς αύξησης της δόσης για να γίνει αισθητό το αποτέλεσμα της λήψης (η ιατρικά ονομαζόμενη αντοχή)
- διάλυση της προσωπικότητας και απώλεια ηθικής -η ουσία γίνεται το κέντρο της ζωής- καθώς και αρνητική επίδραση στον τρόπο σκέψης
- εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης εάν διακοπεί η λήψη της ουσίας
- οι συνέπειες εξάρτησης από μόνον είναι αρνητικές και σοβαρές για το άτομο,

την οικογένεια και την κοινωνία

- η θεραπεία είναι δύσκολη και οι υποτροπές συχνές.

Όλα τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά υπάρχουν στην εξάρτηση από το παράνομο και αφορολόγητο χρήμα που λαμβάνουν οι γιατροί: η διαρκής αναζήτηση, το χρήμα ως το κέντρο όλων των προσπαθειών, η αλλοτρίωση της προσωπικότητας, η έλλειψη συναίσθησης για τις συνέπειες. Πώς να εξηγήσει κανείς, διαφορετικά, εκβιασμούς φτωχών συμπολιτών, τις απαιτήσεις τεράστιων παράνομων αμοιβών, την αδιαφορία για τις συνέπειες, την περιφρόνηση κλασικών κανόνων της ιατρικής τέχνης, την αδιαφορία για τη δημιουργία βλαβών υγείας στους ασθενείς (και σε υγιείς!) και τη συστηματική διάλυση της ιατρικής δεοντολογίας;³⁰

Σε θέση επιλόγου

Ορισμένοι γιατροί (όχι η μειοψηφία) εγκλωβισμένοι σε παράνομες συμπεριφορές, σε εκμετάλλευση συμπολιτών και στην εξάρτηση από το χρήμα, χάνουν αργά αλλά σταθερά την επαφή με την πραγματικότητα αλλά και την αυτοεκτίμησή τους, χωρίς να το αντιλαμβάνονται. Αυτή η απώλεια αυτοεκτίμησης δημιουργεί δυσάρεστες συμπεριφορές, οι οποίες θεωρούνται ανεξήγητες. Κανένας δεν μπορεί να είναι δημιουργικός χωρίς, έστω μέτρια, αυτοεκτίμηση. Στην Ελλάδα έχει αυτοεξουδετερωθεί το ισχυρότερο φάρμακο θεραπείας: ο γιατρός.

Η ιατρική διαφθορά οδηγεί σε επικίνδυνη μείωση της ιατρικής ποιότητας και στη διάλυση της κοινούρας μιας κοινωνικής τέχνης, της Ιατρικής.

Σημειώσεις

1. Η λέξη για λόγους νομικούς.
2. Ανάκληση (συνήθως παγκοσμίως) φαρμακευτικής δραστικής ουσίας: εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών οι οποίες βρίσκονται σε δυσαναλογία με το πιθανολογούμενο όφελος, οδηγεί στην απόσυρση όλων των φαρμάκων τα οποία περιέχουν αυτή την ουσία και σε απαγόρευση περαιτέρω παραγωγής.
3. Μεταξύ 1978-2003 (25 έτη) ανακλήθηκαν 55 δραστικές ουσίες, μερικές 10, 13, 20, 22, 24, 27, 30 και 99 (!) χρόνια μετά την πρώτη κυκλοφορία τους. Ορισμένες ανακλήθηκαν 1-2 έτη μετά την κυκλοφορία τους λόγω: ηπατιτιδών, νευρολογικών βλαβών, καρκινογένεσης(!), οφθαλμικών βλαβών (τύφλωση), απλαστικής αναιμίας, νεφρικών βλαβών (ανεπάρκεια), αυξημένης θνητότητας κ.λπ. Διερωτάται κανείς: στα (τουλάχιστον) πέντε έτη κλινικών μελετών δεν εμφανίστηκε καμία από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες; Απίθανο! (Schwabe & Paffrath 2004).
4. Ο θρυλικός καθηγητής Παθολογίας Γ. Γαρδικας υποστήριζε πειστικά ότι μόνο με το ιστορικό του ασθενούς και την κλινική εξέταση εξάγεται το 80% των διαγνώσεων, και ότι από το υπόλοιπο

20% οι μισές διαγνώσεις δεν θα διαπιστωθούν ποτέ! Και όμως, τίποτα δεν παραμελείται, περιφρονείται θα έλεγα, περισσότερο από το ιστορικό και την κλινική εξέταση, τα οποία αποκτούν ακόμα περισσότερη ισχύ στην εποχή της ονομαζόμενης υψηλής τεχνολογίας. Η διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, είναι σε μεγάλο ποσοστό μικρή (Παπαδόπουλος 1993): 16%-52% των επισκέψεων διαρκούν 5 λεπτά, 2%-32% διαρκούν 10-15 λεπτά. Στην Ελλάδα η ιατρική επίσκεψη, ιδιαίτερα σε μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία υγείας, διαρκεί πολύ λιγότερο, το δε ιστορικό και η κλινική εξέταση έχουν γίνει σπάνιες ιατρικές πράξεις! Εάν δε λάβει κανείς υπόψη του ότι σημαντικό ποσοστό ενοχλημάτων είναι ψυχοσωματικής προέλευσης, αντιλαμβάνεται το, υψηλό σχετικά, ποσοστό εσφαλμένων διαγνώσεων: η προέλευση αυτών των ενοχλημάτων απαιτεί πολύ καλό ιστορικό. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Παπαδόπουλος 2005), σε γυναίκες 60-64 ετών (επαρχία) το 54% είχε εμφανίσει τις 2 τελευταίες εβδομάδες προ της μελέτης, τουλάχιστον 1 από 17 ψυχοσωματικά ενοχλήματα. Έχουμε, παλαιότερα, προτείνει –χωρίς ανταπόκριση– ο ασθενής να ‘ενοικιάζει’ τον γιατρό για 30 λεπτά της ώρας. Αυτό το απλό μέτρο θα μπορούσε να βελτιώσει πολύ σημαντικά τις ιατρικές υπηρεσίες (Παπαδόπουλος 1998).

5. Είναι δυνατό μια εργαστηριακή εξέταση να δίνει ένα παθολογικό εύρημα το οποίο, στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει (ψευδώς θετικό εύρημα), όπως είναι δυνατόν μία εξέταση να μην εμφανίζει παθολογικά ευρήματα τα οποία, όμως, υπάρχουν στην πραγματικότητα (ψευδώς αρνητικό εύρημα). Αυτές οι ιδιαιτερότητες είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε συγχύσεις.

6. Τα ποσοστά αλλά και η έλλειψη γνώσεων οδηγούν σε εντολές πληθώρας εξετάσεων, χωρίς συγκεκριμένη σκέψη. Τα ονομαζόμενα ‘τσεκ απ’ οδηγούν σε ασαφές συμπεράσματα, των οποίων η διαλεύκανση στοιχίζει χρόνο, χρήμα και νεύρα και σπάνια οδηγεί σε αξιόλογο αποτέλεσμα. Η κλινική εξέταση και το ιστορικό πρέπει να καθοδηγούν επικεντρωμένες εργαστηριακές εξετάσεις.

7. Υπάρχει μεγάλη δυσαναλογία μεταξύ των συστάσεων ενός γιατρού για απαραίτητη επέμβαση και της θεραπείας την οποία πραγματοποιεί ο γιατρός για την ίδια πάθηση στον εαυτό του ή σε μέλη της οικογένειάς του. Γιατροί με ισχυαλία, με νευρολογικά συμπτώματα, εξαντλούν τη συντηρητική θεραπεία προτού οδηγηθούν στο χειρουργείο. Αυτή η ιδιαιτερότητα-παράδοξο έχει τεκμηριωθεί από μελέτη ελβετών γιατρών.

8. Δυστυχώς, για λόγους νομικούς, δεν επιτρέπεται να αναφέρω μια άθλια υπόθεση εμφύτευσης βηματοδοτών χωρίς ιατρικό λόγο σε κρατική καρδιολογική κλινική. Το υπουργείο Υγείας πρέπει να ελέγξει δειγματοληπτικά τα ιστορικά ασθενών με εμφύτευση βηματοδότη!

9. Τα φίλτρα αυτά, όπως και πολλά άλλα ιατρικά υλικά (οστεοσύνθεσης, αρθροπλαστικών, σκελετοσκοπικής χειρουργικής, βηματοδότες κ.λπ.) κοστίζουν στην Ελλάδα πολύ περισσότερο από ό,τι στη Δυτική Ευρώπη, λόγω ακριβώς και των ποσοστών τα οποία επιβαρύνουν την τιμή.

10. Το υποκοριστικό προέρχεται από τη δεκαετία του 1950, όπου οι παράτυπες αμοιβές μπορούσαν να χωρέσουν σε ένα φακελάκι επισκεπτηρίου.

11. Δεν υπάρχουν στα νοσοκομεία κατάλογοι προτεραιότητας για την εισαγωγή ασθενών με μη επείγουσες επεμβάσεις. Ίσως μόνο σε ορθοπедικές κλινικές για επεμβάσεις αρθροπλαστικές, με αμφισβήτηση πάντως για την πιστή τήρηση της προτεραιότητας. Μία αποτελεσματική λύση θα ήταν η υποχρεωτική εγγραφή, με αύξοντα αριθμό, όσων χρειάζονται εισαγωγή (μη επείγουσα) και η εισαγωγή ασθενών μόνο από αυτόν τον κατάλογο, με έλεγχο των διαγνώσεων όσων εισάγονται επείγοντως (υπάρχουν περιπτώσεις όπου χρόνια περιστατικά εισήχθησαν με ανακριβή ‘επείγουσα’ διάγνωση).

12. Καθηγητής συνέστησε σε δραστήρια γυναίκα 54 ετών, χωρίς ούτε μέτριο πόνο, με θαυμάσιο όπνο και μεγάλα διαστήματα βάδισης, άμεση επέμβαση αντικατάστασης του ισχίου, επί δυσπιστίας με εξέλιξη οστεοαρθρίτιδας, και μάλιστα 'με 100% επιτυχία'. Επισημαίνεται: εδώ για τους μη ιατρούς ότι τα προαναφερθέντα δεν συνιστούν ένδειξη επέμβασης. Επιπλέον, όποιος γιατρός υπόσχεται 100% επιτυχία, ακόμα και για μία διάνοιξη αποστήματος, πρέπει να είναι αναξίπιστος. Σύμφωνα με στοιχεία του Public Health Research Group των ΗΠΑ (Blüchel 2003), 25% όλων των εξετάσεων είναι περιττές, 50% των επιπλοκών και 35% των μετεγχειρητικών θανάτων θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Στη Γερμανία: κάθε δεύτερη αφαίρεση μήτρας ήταν περιττή, όπως και 40% των επεμβάσεων σε ωοθήκες και σάλπιγγες (στο ίδιο). Στην Ελλάδα, βεβαίως, όλες οι επεμβάσεις κρίνονται αναγκαίες.

13. Καθυστερώντας, χωρίς εμφανή αιτία, την επέμβαση ή την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

14. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ), δυστυχώς, δεν λαμβάνονται σχεδόν καθόλου υπόψη από τους γιατρούς κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Και όμως υπάρχουν φάρμακα, όπως π.χ. η ινδομεθακίνη (αναλγητικό-αντιφλεγμονώδες), τα οποία εμφανίζουν ΑΕ μέχρι και στο 50% των ασθενών, και μάλιστα σοβαρές. Παραθέτουμε ακολούθως διάφορα στοιχεία για ανεπιθύμητες ενέργειες: ποσοστό 5,9-20,3 (κυμαίνεται στις διάφορες μελέτες) των νοσηλευόμενων κατά τη δεκαετία του 1980 οφειλόταν σε ανεπιθύμητες ενέργειες: μόνο σε 1 έτος και μόνο από μία ουσία (βενοξά-προφένη) είχαν αναφερθεί 72 θάνατοι και 3.500 βαριές ανεπιθύμητες ενέργειες (η ουσία απειστή-θη): μόνο από μία ουσία (φαινυλβουταζόνη) καταγράφηκαν, το 1982, 1.200 θάνατοι -η ουσία πρακτικός δεν χρησιμοποιείται πια- για την ουσία οισαπρίδη (γαστροεντερικού) έχουν αναφερθεί 302 θάνατοι ακόμα και σε παιδιά (Παπαδόπουλος 2005). Ορισμένα στοιχεία είναι απίστευτα ακόμη και για γιατρούς: οι νεκροί από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων στις ΗΠΑ ανέρχονται σε 10.000/έτος, δηλαδή το 4,6% όλων των θανάτων. Ο αριθμός σοβαρών ΑΕ σε νοσοκομεία των ΗΠΑ: 2,2 εκατομμύρια. Το κόστος το οποίο προκαλούν οι ΑΕ υπολογίζεται σε 76,6 δισ. δολάρια, ξεπερνά δε κατά πολύ το σύνολο των εξόδων των ασφαλιστικών ταμείων υγείας για φάρμακα (*Journal of the Medical Association* των ΗΠΑ, όπως αναφέρεται στο Blüchel 2003). Οι εισαγωγές σε νοσοκομεία λόγω ΑΕ στις ΗΠΑ ανέρχονται σε 700.000/έτος = κόστος 2,1 δισ. δολάρια. Για την Ελλάδα, η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για χρόνια δεν έδινε κανένα νεκρό με αιτία ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων. Είναι εκπληκτικό (και επικίνδυνο) οι έλληνες γιατροί να μην αναγνωρίζουν θανάτους από ΑΕ φαρμάκων. Στις ΗΠΑ και στη Γερμανία κάθε θάνατος ή κακή πορεία ασθενούς εξετάζεται σε συγκέντρωση των γιατρών της κλινικής για την ανεύρεση πιθανών λαθών. Όταν ένας γιατρός, παλιός μας φοιτητής που μετεκπαιδεύθηκε στις ΗΠΑ, το πρότεινε σε έλληνα διευθυντή, ο τελευταίος του απάντησε ότι δεν θα μετέτρεπε τις ιατρικές συγκεντρώσεις σε νεκρολογίες: πλήρης έλλειψη ιατρικής σκέψης και κουλοτούρας από έναν επικίνδυνο, ιατρικά, διευθυντή.

15. Αλληλεπιδράσεις: ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες εμφανίζονται εάν συνυπάρχουν στον οργανισμό δύο ή περισσότερα φάρμακα. Συχνά άγνωστες σε γιατρούς και ασθενείς. Ευτυχώς οι κλινικά δραστικές δεν είναι συχνές. Είναι ωστόσο απαραίτητο να γνωρίζει ο γιατρός ποια φάρμακα λαμβάνει ήδη ο ασθενής.

16. Ένδειξη = ο ιατρικός λόγος για τον οποίο γίνεται οποιαδήποτε ιατρική πράξη (και η χορήγηση φαρμάκων). Αντένδειξη = ο ιατρικός λόγος για τον οποίο δεν επιτρέπεται να γίνει μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη (και η χορήγηση φαρμάκων). Επί παραδείγματι: υπάρχει αντένδειξη

χορήγησης πιροξικάμης (αναλγητικό-αντιφλεγμονώδες) εάν υπάρχει νεφρική βλάβη (δεν επιτρέπεται να χορηγηθεί).

17. Ουδέποτε έχω διαπιστώσει κατάληξη ασθενούς σε αναπηρική πολυθρόνα από ισχιαλγία.

18. Δεν δημιουργούν πόνο όλες οι περιπτώσεις φθοράς της σπονδυλικής στήλης (τα γνωστά 'άλατα'). Με αυτή τη φράση όμως αρχίζει ο ασθενής να έχει σοβαρούς πόνους, οι οποίοι μάλιστα δύσκολα αντιμετωπίζονται (Papadopoulos 1981).

19. Κάθε Έλληνας όταν εκμεταλλεύεται και εξαπατά το σύστημα το θεωρεί δικαιολογημένο, ακόμη και δικαίωμά του. Ταυτόχρονα, φυσικά, διαμαρτύρεται για τη διαφθορά των γιατρών. Πλήρως έλλειψη στοιχειώδους αυτοκριτικής.

20. Η φράση, φαντάζομαι ότι είναι κατανοητή και σημαίνει: 'εγώ θα καθορίσω το ποσοστό α-ναπηρίας' (προϋπήρχε, φυσικά, παράνομη οικονομική συναλλαγή).

21. Για να εμποδίσει σχέσεις συναλλαγής γιατρών-ασφαλισμένων, ο Μ. Κόσσυβας καθιέρωσε το σύστημα της κλήρωσης των ασθενών (για το σε ποια επιτροπή θα πάνε), αν θυμάμαι καλά το πρωί της αξιολόγησης. Μας ήταν αίνιγμα πώς, σε μικρό χρονικό διάστημα, το μέτρο αυτό είχε παρακαμφθεί.

22. Διαφθορά την οποία σε μεγάλο ποσοστό δημιούργησε η ίδια η φαρμακοβιομηχανία.

23. Το (ρητορικό) ερώτημα είναι γιατί τα κράτη εγκρίνουν την κυκλοφορία αναποτελεσματικών φαρμάκων για να τα τοποθετήσουν μετά σε αρνητικές λίστες (Karantzoulis & Papadopoulos 2002).

24. Ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες δεν είναι συχνές, εμφανίζονται μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου (κάθε νέο φάρμακο βρίσκεται επί πενταετία σε παρακολούθηση από τους αρμόδιους φορείς). Όμως δεν μπορώ να φανταστώ α) ότι πρέπει να περάσουν 40 χρόνια για να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες και β) ότι ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες εμφανίστηκαν μαζικά (61 θάνατοι και 3.500 ασθενείς με σοβαρότατες βλάβες) στον πρώτο χρόνο κυκλοφορίας, το 1984, και μόνο σε ένα κράτος (Αγγλία) δεν είχαν εμφανιστεί στα τουλάχιστον 5 έτη κλινικών δοκιμών. Πρόκειται για την ουσία βενοξαπροφένη, φάρμακο αναλγητικό-αντιφλεγμονώδες, για το οποίο η εταιρεία υποστήριζε στα 'πληροφοριακά' της δελτία: 'οι ανεπιθύμητες ενέργειες των άλλων αναλγητικών είναι άγνωστες στη βενοξαπροφένη'.

25. Πολύ λίγοι ασθενείς γνωρίζουν ότι π.χ. η ουσία ζολπιδέμη (υπνωτικό) δεν πρέπει να λαμβάνεται πάνω από 10 ημέρες και ότι δημιουργεί εξάρτηση, η οποία θα φανεί σε μακροχρόνια χρήση (σε αυτή την κατηγορία βρίσκονται αρκετοί ασθενείς) όταν διακοπεί η λήψη (βαρύ σύνδρομο στέρησης). Είμαι σχεδόν βέβαιος ότι και μερικοί γιατροί δεν το γνωρίζουν.

26. Μην διαφεύγει το σπουδαιότερο: επιστήμονες προσπαθούσαν να πείσουν τον πληθυσμό (και εγκόους και γονείς) να εμβολιαστούν με εμβόλιο το οποίο δεν είχε δοκιμαστεί επαρκώς και εμφάνιζε ανεπιθύμητες ενέργειες. Μόνο ένας καθηγητής, στην Ελλάδα, δήλωσε ότι ο ίδιος δεν θα εμβολιαστεί.

27. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων ογκολογικών φαρμάκων, εάν δεν υπάρχει ίαση, είναι δύσκολη. Εξαρτάται από παράγοντες όπως εμφάνιση μεταστάσεων, μείωση ή μη του μεγέθους του όγκου, επιβράδυνση της αύξησής του, διάρκεια ζωής, ποιότητα ζωής, ικανοποίηση του ασθενούς, εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (συχνά πολύ δυσάρεστων), εμφάνιση ισχυρών πόνων (εξουθε-

νωτικός, για τον ασθενή, παράγοντας, ο οποίος μάλιστα αντιμετωπίζεται λίαν ανεπαρκώς ιατρικά) κ.ά.

28. Υποτίθεται ότι υπάρχει το ιατρικό απόρρητο των ιστορικών, στην πραγματικότητα όμως η κατάσταση είναι ασαφής. Ποιος γιατρός όμως θα αρνιόταν παράδοση ιστορικών στον εφοριακό γνωρίζοντας πόσο εκτεθειμένος είναι; Προ ετών με επισκέφθηκε στο ιατρείο μου ως ασθενής, εφοριακός, ο οποίος μου εξεδήλωσε την έκπληξη του για το αρχείο ιστορικών.

29. Εξάρτηση μπορεί να δημιουργηθεί, με την κλασική, ψυχιατρική της έννοια, και από μη ουσίες: εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια, από το φαγητό, από τη χρήση του διαδικτύου, από την αγάπη, από την τηλεόραση. Όλες αυτές οι εξαρτήσεις έχουν όλα τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά και είναι αναγνωρισμένες από την ψυχιατρική ως κλασικές εξαρτήσεις, οι οποίες απαιτούν θεραπεία. Αναγνωρισμένη είναι επίσης η εξάρτηση από την εργασία [workaholic].

30. Όταν καρδιοχειρουργός σε ημικρατική κλινική έχει *επίσημο* μισθό άνω των 500.000 ευρώ τον χρόνο και απαιτεί από τους ασθενείς του επιπλέον (παράνομη) αμοιβή σημαντικού ύψους και όταν καρδιοχειρουργός ζητά αμοιβή από γιατρό-Διευθυντή του ΕΣΥ, τον οποίο χειροῦργησε, τότε θεωρώ τη δεοντολογία ανύπαρκτη, τις ευθύνες των ιατρικών συλλόγων σοβαρές, την κατάσταση μη αναστρέψιμη και τους κινδύνους για τον πληθυσμό σοβαρούς, από μία δυναμικά, επικίνδυνη Ιατρική.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Bethe, P., Elger K et al (2010). 'Chronik einer Hysterie', *Der Spiegel*, 10 και 16.
- Blech, J., Elger K. et al (2010). 'Schlicht Obszön', *Der Spiegel*, 20 (με στοιχεία από: τους Boltzmann L., Institut für HTA, και Schwabe U, Uni Heidelberg).
- Blüchel, K. G. (2003). *Heilen Verboten, Töten Erlaubt*. München: C. Bertelsmann.
- Γιαννακοπούλου, Ε. (2003). 'Αρτηριακή υπέρταση: ποιότητα διάγνωσης και θεραπείας στην Ελλάδα', διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Γουρνά, Χ. (2005). 'Προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών σε ορθοπαιδικές επεμβάσεις: Βαθμός συμμόρφωσης με κατευθυντήριες γραμμές', διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, (2003). *Εθνικό Συνταγολόγιο*, Αθήνα.
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, (2007). *Εθνικό Συνταγολόγιο*, Αθήνα.
- Ζαβρού, Μ. et al. (2006). 'Διαφημιστικά φυλλάδια φαρμακευτικών εταιρειών', ανακοίνωση στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα.
- Illich, I. (1975). *Die Enteignung der Gesundheit*. Hamburg: Rowolt.
- ΙΦΕΤ-Εγγραφο Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με ΑΠ 11182 από 2.2.05.
- Karantzoulis, V. & Papadopoulos J.S. (2002). 'Documentation of Discrepancies Concerning Adverse Reactions in European Circulars', Activity Report 1999-2002 of Pharmaceutical Expert Group of Association International de la Mutualite (AIM), Brussels 2002.

- Λαμπροπούλου, Θ. (2010). 'Επίδομα τυφλού σε... ανοιχτομάτηδες', *Ελευθεροτυπία*, 2 Φεβρουαρίου.
- Langbein, K., Martin H.P. et al. (1981). *Gesunde Geschäfte*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Λιάκου, Αικ. & Σιδέρης Α (2006). 'Αξιολόγηση μεταφοράς ασθενών και τραυματιών με ασθενοφόρα ΕΚΑΒ στο νοσοκομείο ΚΑΤ Κηφισιάς', ανακοίνωση στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα.
- McKeown, Th. (1982). *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt a.M.: Edition suhrkamp.
- Παπαδόπουλος, Ι. Στ. (1993). 'Αξιολόγηση στατιστικών ΙΚΑ', εισήγηση προς την Φαρμακευτική Διεύθυνση ΙΚΑ, Αθήνα.
- Παπαδόπουλος, Ι. Στ. (2005). 'Βλάβες από φάρμακα. Κλινικό φροντιστήριο', ανακοίνωση στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα.
- Papadopoulos, J.S. (1981). 'Schmerzlosigkeit bei Gelenkschäden Erheblichen Grades' *Orthopädische Praxis* 17.
- Παπαδόπουλος, Ι. Στ. (1992). 'Εξάρτηση χωρίς ναρκωτικά', *Τα Νέα*, 7 Φεβρουαρίου.
- Παπαδόπουλος, Ι. Στ. (1998). 'Το δικαίωμα στη μισή ώρα', εισήγηση σε στρογγυλό τραπέζι: *Τα δικαιώματα του Ασθενούς*, Ημερίδα της Ένωσης Διαχειριστών (Μάνατζερ) Νοσοκομείων, Αθήνα.
- Παπαδόπουλος Ι. Στ. (2003). *Κοινωνική φαρμακολογία*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Παπαδόπουλος Ι. Στ. (2003). *Σχέση γιατρού-ασθενή. Το ισχυρότερο εργαλείο θεραπείας*. Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ.
- Poser, W. & Poser S. (1996). *Medikamenten Missbrauch und Abhängigkeit* Stuttgart: Thieme.
- Schwabe, U. & Paffrath D. (2004). *Arzneiverordnungs-Report 2003*, Berlin: Springer.
- Taylor, R.J., McAvoy B.R. & O' Dowd T. (2008). *Γενική ιατρική*, Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ.
- Wild, C. & Piso B. (επιμ.) (2010). *Zahlenspiele in der Medizin*, Wien: Orac.