

«Ηθική και Πνευματική Θεώρηση της Οικονομικοποιημένης Υγείας»

1/1/2001

Ομιλία προς ιατρούς

Κυρίες και Κύριοι,

Η σημερινή εόρτια σύναξή μας προήλθεν ύστερον από πρωτοβουλία της Εκκλησίας την οποία ασμένως υιοθέτησαν τόσο ο Πανελλήνιος, όσον και ο Ιατρικός Σύλλογος των Αθηνών. Πρόκειται για την πρώτη εκδήλωση που διοργανώνεται προς τιμήν του ιατρικού Σώματος με την ευκαιρία της μνήμης του αγίου ενδόξου Αποστόλου και Ευαγγελιστού Λουκά, του ιατρού, τον οποίον έχουμε κάθε δικαίωμα να ανακηρύξουμε προστάτην της τάξεως των ιατρών, νοσοκόμων και νοσηλευτών της πόλεώς μας. Είναι δε φυσικόν να θεωρείται προστάτης του ιατρικού λειτουργήματος ο Ευαγγελιστής Λουκάς, που είναι και ο συγγραφέας του βιβλίου των Πράξεων των Αποστόλων, διότι διετήρησε την επιστημονικήν του αυτήν ιδιότητα και όταν ανεδείχθη συνοδός θεράπων ιατρός του μεγάλου Αποστόλου των Εθνών Παύλου, συμπεριλαβών στην αφήγησιν των περιπετειών του και διηγήσεις ιατρικής φύσεως, χρησιμοποιήσας ιατρικήν ορολογίαν στο ιερό κείμενο και εξαντλήσας την επιστημονικήν του ικανότητα προκειμένου να διευκολύνει και ενισχύσει τον ευπαθή οργανισμόν του Μεγάλου Παύλου στην εκπλήρωσιν της τεράστιας αποστολής του.

Και θέλουμε να ελπίζουμε ότι θα καθιερωθή από εφέτος και εφεξής η τιμή του ιατρικού κόσμου προς τον ιατρόν Λουκάν, τον αγαπητόν, και ότι έτσι θα προσφέρεται και στην Εκκλησία μας η ευκαιρία να εκδηλώνει τα προς τον κόσμον αυτόν μητρικά της αισθήματα τιμής, σεβασμού και αγάπης προς το υψηλόν λειτούργημα που ασκείτε και προς υμάς τους εκλεκτούς φορείς του. Ας μας επιτραπή λοιπόν να σας διαβεβαιώσουμε ότι σας περιβάλλουμε με την αγάπη και την εμπιστοσύνη μας, προσευχόμεθα για σας και για την από Θεού ενίσχυσή σας και σας ευχόμεθα να προσφέρετε με ζήλο και ανιδιοτέλεια αποστολική τις πολύτιμες υπηρεσίες σας προς ανακούφιση του πόνου και θεραπεία των νόσων που καταταυρανούν τη ζωή των συνανθρώπων μας.

Και μετά τη μικρή αυτή εισαγωγή, και αφού ευχαριστήσουμε από καρδιάς τόσο τον Πρόεδρο του Πανελληνίου κ. Εμμ.Καλοκαιρινόν, όσο και τον Πρόεδρον του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Κων. Οικονόμου για την συναντίληψη που συναντήσαμε στα πρόσωπά των σε ό,τι αφορά στην υποδοχή της προτάσεώς μας, καθώς και όλους σας για την πληθωρική εδώ παρουσία σας, ζητούμε την προσοχή σας για να εισέλθουμε στην ανάπτυξη του θέματός μας που φέρει τον τίτλο "Ηθική και πνευματική θεώρηση της οικονομικοποιημένης υγείας". Το θέμα αυτό επιλέξαμε για να σας το αναπτύξουμε επειδή φέρει ιατροηθικό χαρακτήρα και μετέχει τρόπον τινά και της Θεολογίας και της Ιατρικής, ώστε να διασυνδέει την επιστήμη σας με την ηθική, και, το λειτουργημά σας με την ανθρωπιά, τονίζοντας τον διφυή χαρακτήρα του και την ανεξάλειπτη σφραγίδα της πνευματικής διαστάσεώς του.

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Θεραπεία δίχως Περίθαλψη

A. Εισαγωγή

Η ιατρική εξελίσσεται ραγδαία· ίσως πιο ραγδαία και σε περισσότερα μέτωπα από κάθε άλλη επιστήμη. Ξεκίνησε σαν μια ανάγκη περιορισμού της κυριαρχίας της φυσιολογικής φθοράς και απέλπιδος αποτροπής του βιολογικού θανάτου. Επιστράτευσε στην υπηρεσία της τα πιο λεπτά αισθήματα της ανθρώπινης ψυχής: τη συμπόνια, τη θυσία, την αυτοπροσφορά. Και προχώρησε στους μεγαλύτερους αγώνες: την απόκτηση της γνώσεως, την υπέρβαση του πόνου, του εγωϊσμού και της φύσεως. Έδωσε τους ανθρώπους μεταξύ τους με αδιάρρηκτα δεσμά σε στιγμές μοναδικής δοκιμασίας και περιπτώσεις ανυπέρβλητης ευθραστότητος και αδυναμίας.

Ο γιατρός αρχικά ήταν λειτουργός με φιλόνητο αποστολή· σιγά-σιγά μετεξελίχθηκε σε επιστήμονα, στη συνέχεια έγινε επαγγελματίας και στις μέρες μας εμφανίζεται για πρώτη φορά με χαρακτήρα και χαρακτηριστικά επιχειρηματία. Οι μεταβολές της ιατρικής από αποστολή σε επιστήμη και επάγγελμα ήταν απλές αλλαγές της μορφής της και εμφατικές τροποποιήσεις των χαρακτηριστικών της. Η μεταμόρφωσή της

όμως σε επιχείρηση δεν αποτελεί μια ακόμη αλλαγή μορφής, αλλά μια πρωτόγνωρη αλλοίωση της ταυτότητος, πραγματική μετάλλαξη. Η σημερινή ιατρική όλο και απομακρύνει το ενδιαφέρον της από την υγεία, τους ασθενείς, τους γιατρούς, τις ασθένειες ή πολύ περισσότερο τα φιλάνθρωπα αισθήματα συμπόνιας. Η σύγχρονη γλώσσα της περνάει πιο εύκολα και πιο συχνά από όρους όπως προμηθευτές, προϊόντα, καταναλωτές, κέρδη και επενδύσεις, συμβόλαια και υπηρεσίες.

Η ιατρική στις μέρες μας έχει γίνει μια επιχείρηση με την πλέον αυστηρή έννοια της λέξης· μια κλινική επιχείρηση εμπορικού προσανατολισμού όπου το αγοραστικό μέρισμα και το κέρδος αποτελούν την ουσία. Στην πραγματικότητα, τα τελευταία χρόνια, κάθε νοσοκομείο στις ΗΠΑ, και τα μεγάλα και σύγχρονα στη χώρα μας («Υγεία», «Ιατρικό Κέντρο», «Απολλώνιο», κ.λπ.), έχουν επενδύσει ένα σημαντικό κομμάτι του χρόνου, της ενέργειας και των πόρων τους στη μελέτη, επεξεργασία και εφαρμογή νέων στρατηγικών που είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να μειώνουν τα έξοδα αφ'ενός και να αυξάνουν τον αριθμό των ασθενών αφ'ετέρου. Αυτό οδηγεί σε μια νέα τάση στην οικονομικά ελεγχόμενη υγεία όπου, μέσα σ'αυτήν την καινούργια αγορά, τα νοσοκομεία επιδιώκουν να παραιτηθούν από την περίθαλψη των πτωχών αφ'ενός και να μεταβληθούν σε κερδοσκοπικές επιχειρήσεις αφ'ετέρου.

Από την άλλη πάλι πλευρά, η συζυγία της οικονομίας με την υγεία οδήγησε σε ασύλληπτες εξελίξεις στο χώρο της ιατρικής τεχνολογίας που επιτρέπουν στους φορείς της υγειονομικής μέριμνας και περίθαλψης να εντοπίζουν αδιάγνωστες παθήσεις και να θεραπεύουν ανίατες ασθένειες είτε με πολυδάπανες συσκευές και μεθόδους είτε με μια ανώδυνη διαδικασία ή μ'ένα μόνο χάπι ή μια ακτίνα laser ή ένα γενετικά επεξεργασμένο παράγοντα. Η συμβολή του γιατρού σ'αυτή τη θεραπεία συχνά είναι τεχνική, πράγμα που μας κάνει εύκολα να ξεχνούμε ότι η ιατρική είναι βασικά μια σχέση και ένα αγκάλιασμα. Μια σχέση ανθρώπινων προσώπων, που η κατανόησή της εξαρτάται από τη δική μας προσωπική προσέγγιση και την ευρύτερη κοινωνική αντίληψη του τι σημαίνει να είναι κανείς άνθρωπος, και ποιος είναι ο σκοπός και το νόημα της ανθρώπινης ζωής. Και ένα αγκάλιασμα του πόνου από την αγάπη και της αδυναμίας μας απο τον Θεό, που η βίωσή του στηρίζεται στην πίστη και την αίσθηση του ποιός είναι ο Θεός και ποιός ο προσορισμός και το νόημα της ανθρώπινης ψυχής.

Ποιές όμως είναι οι επιπτώσεις της οικονομικοποίησης της υγείας πάνω στο είδος και την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουμε στους ασθενείς; Μήπως τελικά φτιάξαμε την υγεία των μεγάλων κερδών των λίγων ανθρώπων, των περιορισμένων σχέσεων και των ελαχίστων αξιών;

Πόσο υποχρεωμένοι από τους κανόνες ή εξαναγκασμένοι από το σύστημα είμαστε να προσκολληθούμε σε μια νοοτροπία καθαρά επαγγελματικών συμφερόντων και να εγκαταλείψουμε κάθε αντίληψη ηθικών αρετών που συχνά απαιτεί ανιδιοτέλεια και αυταπάρηση; Μήπως χωρίς να το καταλάβουμε φθάσαμε στο σημείο να βλέπουμε τους ασθενείς και την υγεία ως αντικείμενα εμπορικής συναλλαγής που τα αγοράζουμε, τα διαπραγματευόμαστε και για τα οποία εμπλεκόμαστε σε οικονομικούς ανταγωνισμούς; Μήπως παθολογικά έχουμε συρρικνωθεί στα στενώς εννοούμενα αναγκαία, όπως είναι η βιολογική υγεία μας και επιδιώκουμε μόνο να θεραπεύουμε με καθαρά μηχανικούς τρόπους το σώμα μας διαγράφοντας έτσι τον ορίζοντα της ψυχής και των αξιών και ξεχνώντας παράλληλα ότι η ίδια η φύση της ασθένειας απαιτεί περίθαλψη που βασίζεται στην ψυχική μας διάσταση και τη συμπόνοια;

B. Η ανθρωπιστική διάσταση της παραδοσιακής ιατρικής

Η παροχή της ιατρικής περίθαλψης, όπως τη γνωρίζουμε σήμερα, έχει τις ιστορικές της ρίζες στη θεολογία -στη σχέση δηλαδή του ανθρώπου με το Θεό-, στη φιλοσοφία -στη σχέση του ανθρώπου με την αλήθεια-, στην ηθική των αρετών και των πνευματικών αξιών, στην επιστημονική γνώση και την τεχνολογία.

Στην αρχαία ειδωλολατρική κυρίως αντίληψη, η ασθένεια εθεωρείτο εισβολή ενός κακού πνεύματος στο σώμα ή τιμωρία για κάποια αμαρτία. Στην χριστιανική όμως θεώρηση της ζωής και του ανθρώπου η ασθένεια θεωρείται κυρίως παιδαγωγία, αφορμή δηλαδή για καλλιέργεια αρετών από πλευράς του ασθενούς -υπομονής, εγκαρτέρησης, εξάρτησης από τον Θεό, ευγνωμοσύνης, και αξιολόγησης του αγαθού της υγείας, ταπείνωσης, κ.ά.- και ευκαιρία εξαγνισμού και εξάσκησης έργων αγάπης από πλευράς του περιβάλλοντος που συμπαρίσταται -φιλανθρωπίας, συμπόνοιας, διακονίας, αυτοθυσίας, κοινωνικής περιχώρησης, κ.ά.

Κατά την ιπποκράτειον αντίληψη ο γιατρός εξασκεί την ιατρική μέσα σ'ένα πλαίσιο λογικό αλλά και ηθικό και επομένως η θεραπευτική γίνεται ένα επάγγελμα λογικής με ρίζες όμως τη συμπόνοια και τη συμπάθεια στους ασθενείς(1). Οι τέσσερις πρωταρχικές αρχές της ιατρικής ηθικής (το ωφελείν, το μη βλάπτειν, η αυτονομία και η δικαιοσύνη) σταδιακά προσέλαβαν θεολογικό χαρακτήρα και οδήγησαν σε μυστικές εσωτερικές αρετές, όπως η φιλανθρωπία, η φιλευσπλαχνία, η μακροθυμία, η ανεκτικότητα, κ.ά., κέντρο των οποίων ήταν η αρετή της αγάπης(2). Με τη φιλανθρωπία ως ρυθμιστική αρχή, η θεραπευτική περίθαλψη των ασθενών αναβαθμίστηκε σε πράξη συμπόνοιας και καλωσύνης, το δε

επάγγελμα της ιατρικής μεταμορφώθηκε σε κλήση, λειτούργημα και προσφορά. Η ζωή του ασθενούς για χρόνια αντιμετωπιζόταν ως δώρο Θεού, επί του οποίου ούτε ο ασθενής ούτε ο γιατρός είχαν απόλυτη εξουσία. Όλοι οι ασθενείς άξιζαν της προσοχής και περίθαλψης του γιατρού, ανεξάρτητα από τον χαρακτήρα τους, τη φύση της ασθένειας, την οικονομική τους κατάσταση, την υπαιτιότητά τους στο πρόβλημα ή την κοινωνική προέλευσή τους. Η σχέση γιατρού-ασθενούς ήταν μια σχέση, όπου ο γιατρός υποσχόταν συνέπεια και συμπαράσταση και ώφειλε αφοσίωση στις ανάγκες και το πρόσωπο του ασθενούς. Η ηθική υποχρέωση να παρέχει βοήθεια αναδυόταν από την μοναδικότητα και την εσώτερη αξία που χαρακτηρίζει κάθε ανθρώπινη ζωή και τη "συνεκτική δύναμη της ηθικής υποχρέωσης που τελικά προέρχεται από θεϊκή εντολή"(3)

Γ. Τεχνολογικο-οικονομική ιατρική

Οι καιροί όμως άλλαξαν. Η ιατρική γνώση εκρηκτικά αυξήθηκε. Οι πρόοδοι σε άλλους τομείς της επιστήμης, όπως στη φυσική, τη χημεία, τη βιολογία βρήκαν θαυμάσιο πεδίο εφαρμογής στο δικό της αντικείμενο και χώρο. Αυτές άνοιξαν το δρόμο στην τεχνολογία η οποία με τη σειρά της άρχισε να εισβάλλει και στα άδυτα του ανθρώπινου σώματος και σταδιακά να κυριαρχεί πάνω σολόκληρο το φάσμα της ιατρικής έρευνας και κλινικής πράξης.

Η είσοδος της τεχνολογίας στην ιατρική δεν έφερε μαζί της μόνο εντυπωσιακά αποτελεσματική τεχνογνωσία, αλλά συμπαρέσυρε και την οικονομία, η οποία και αλλοίωσε πιο δραστικά το ιατρικό ήθος απ'όσο ουσιαστικά επηρέασε η τεχνολογία την ιατρική πράξη. Σήμερα η ιατρική κατήντησε περισσότερο επιχείρηση παρά επιστήμη, περισσότερο σχεδιασμός και προγραμματισμός παρά γνώση και ανακάλυψη. Στο βάθος της διακρίνεται πιο πολύ η σκοπιμότητα του οικονομικού κέρδους παρά η επιδίωξη της υγείας ή πολύ περισσότερο η ανάγκη των ανθρωπίνων σχέσεων.

Η υγεία έγινε έντονα οικονομική. Μπήκε μέσα της καθοριστικά το χρήμα και η πολυπλοκότητα. Η καλπάζουσα εξέλιξη συνδέεται άμεσα με τη δύσκολη ενημέρωση και τον πολυδάπανο εξοπλισμό. Η ιατρική της παρατηρήσεως, της ψηλαφήσεως, του πιεσόμετρου και του στηθοσκοπίου έδωσε τη θέση της στον αξονικό τομογράφο και τη μαγνητική απεικόνιση. Η υγεία και η ζωή μας κρίνονται πλέον με καθαρά οικονομικά και νομικά κριτήρια. Δεν γίνεται πλέον αλλοιώς.

Το κόστος υγείας τις τελευταίες δύο δεκαετίες αυξάνει με ρυθμούς υψηλότερους από τον πληθωρισμό. Εάν οι ρυθμοί αυτοί συνεχισθούν, σύμφωνα με τον διάσημο οικονομολόγο του πανεπιστημίου του Princeton των ΗΠΑ, Uwe Reinhardt, ύστερα από 80 περίπου χρόνια τα έξοδα για την υγεία θα πλησιάσουν το ακαθάριστο εθνικό προϊόν(4). Κι όλα αυτά ενώ θα περίμενε κανείς πως η πρόοδος της επιστήμης θα λιγόστευε την ασθένεια και συνεπώς θα περιόριζε τα έξοδα για την υγεία.

Αντίθετα αυτή η πρόοδος είναι κατ'εξοχήν υπεύθυνος της οικονομικοποίησης της υγείας. Και να γιατί: Κατ'αρχάς η πρόοδος έφερε την ιατρική τεχνολογία, η οποία γίνεται όλο και περισσότερο παρεμβατική και απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό που φυσικά αμοιβείται και καλύτερα. Υψηλή τεχνολογία σημαίνει επίσης ακριβά υλικά, μακροχρόνιες έρευνες, δαπανηρές συσκευές, πολυέξοδες συντηρήσεις, τεράστιο κόστος. Για παράδειγμα, ένα μαχαίρι ακτινοβολίας γ, μιιά θαυμάσια συσκευή που εστιάζει μικρές δέσμες κοβαλτίου με καταπληκτική ακρίβεια σε μικροσκοπικούς όγκους και δυσπλασίες του εγκεφάλου, κοστίζει περισσότερο από 3 εκατομμύρια δολάρια(5), ένας τομογράφος εκπομπής ποζιτρονίων (PET) κοστίζει σχεδόν 2 εκατομμύρια δολάρια κ.λπ.(6).

Ένας δεύτερος λόγος που ανεβάζει το κόστος της υγείας είναι η αύξηση του γηρασμένου πληθυσμού που δημιουργεί ο περιορισμός των γεννήσεων αφ'ενός και η αύξηση του μέσου όρου ζωής αφ'ετέρου. Η μέση ηλικία στις ΗΠΑ επί του συνόλου του πληθυσμού το 1990 ήταν 32,8 έτη, ενώ υπολογίζεται το 2010 να φθάσει τα 38,4 και το 2030 τα 40,8 έτη. Αυτό σημαίνει ότι το ποσοστό της ηλικίας άνω των 65 ετών πολιτών από 12,5% θα φθάσει το 21,2% (7). Αυτό το 12,5% είναι υπεύθυνο για το 33% των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης.

Αλλά η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης είχε ως αποτέλεσμα και την ποσοστιαία κυριαρχία των χρόνιων ασθενειών και των ανιάτων αναπηριών, το κόστος των οποίων είναι ασύγκριτα υψηλότερο(8). Αυτό από τη μία πλευρά και η ευκολία με την οποία προσφεύγουμε στα φάρμακα και τούς γιατρούς από την άλλη, αποτελούν τον τρίτο βασικό παράγοντα που ευθύνεται για το ανεξέλεγκτα υψηλό κόστος υγείας στις μέρες μας.

Έτσι, λοιπόν, πανάκριβα μηχανήματα, τεράστιες αμοιβές, απλησίαστα νοσήλεια, όλα απόρροια της υψηλής τεχνολογίας, μεταφέρουν συχνά το πρόβλημα της υγείας από το επίπεδο της δυνατότητας θεραπείας σ'αυτό της οικονομικής ανταπόκρισης και επαρκείας. Το πόσο θα μείνει κανείς στη μονάδα, το αν θα δοθεί κάποιο όργανο στον ένα ή στον άλλον

ασθενή, το αν θα υποστεί κάποιος τη μία ή την άλλη λιγότερο ή περισσότερο δαπανηρή θεραπεία ή επέμβαση, έπαψε πλέον να είναι θέμα καθαρά ιατρικό, έγινε έντονα οικονομικό. Η τεχνολογία κοστίζει, το ίδιο και η υγεία. Την απολαμβάνει όποιος έχει και πληρώνει... Έτσι σήμερα μιλάμε για «εταιρικοποίηση», «βιομηχανοποίηση» και «εμπορευματοποίηση» της υγείας(9).

Δ. Οικονομικοποιημένη υγεία - Επιχειρηματική ιατρική

Η υγεία μας έχει ξεφύγει από τα χέρια του προσωπικού μας γιατρού και ο έλεγχός της περνώντας από τα ιατρεία, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές μικρομονάδες, τα απρόσωπα νοσοκομεία ή τις κυβερνητικές υπηρεσίες, κατέληξε στις ασφαλιστικές εταιρείες που μοιάζουν με τεράστιες μηχανές στις οποίες καταπίνουν ασθενείς και βγάζουν χρήματα, καταβροχθίζουν την υγεία και παράγουν συμφέροντα, υποκαθιστούν τα ανθρώπινα αισθήματα και τις σχέσεις με συμβόλαια, συμφωνίες και καταναλωτική αντίληψη.

Το σύστημα υγείας έχει ελάχιστο ενδιαφέρον για την υγεία, η δε λειτουργία του στερείται κάθε εννοίας συστηματικότητας αφού και οικονομικά πλέον έχει ξεφύγει από κάθε έλεγχο(10). Συχνά ακούγονται φωνές για δημιουργία ενός νέου συστήματος υγείας και περίθαλψης πιο ορθολογικού και δικαίου, πιο προσωπικού και ανθρώπινου, πιο προσιτού και ελεγχόμενου.

Το πρώτο γνώρισμα της οικονομικοποιημένης υγείας είναι η διάθεση και απορρόφηση των ασύλληπτα μεγάλων κονδυλίων. Το επί τοις εκατό ποσοστό του ακαθαρίστου εθνικού προϊόντος στις ΗΠΑ που διατίθεται σέ έξοδα που αφορούν την ιατρική και την υγεία έχει διπλασιασθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Το 1991 ήταν 12% και το 2000 εκτιμάται ότι θα φθάσει το 15%(11). Περίπου 1 τρισεκατομμύριο δολάρια ξοδεύονται ετησίως για την υγεία. Στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό το 1989 ήταν περίπου 5.1%(12), οι δε συνολικές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία το 1997 έφθασαν το 3,3%(13).

Το Medicare, το οποίο αποτελεί το πρόγραμμα συμπληρωματικού κόστους ιατρικής περίθαλψης για άτομα άνω των 65 ετών, κοστίζει ετησίως στην αμερικανική κυβέρνηση 105 δισεκατομμύρια δολάρια(14). Επίσης το 19 με 24% του συνόλου των εξόδων για την πρόνοια υγείας αφορούν διοικητικά και διαχειριστικά έξοδα που οπωσδήποτε θα μπορούσαν κάπως να συμπεισθούν. Εκτιμάται ότι περισσότερα από 30 δισεκατομμύρια δολάρια σπαταλούνται σε άχρηστες, μη αναγκαίες

διαγνωστικές μόνον εξετάσεις. Αλλά και τεράστια κονδύλια ξοδεύονται σε πολυδάπανες επεμβάσεις που κακώς επιτελούνται. Η μία στις 7 εγχειρήσεις by-pass θα μπορούσε να αποφευχθεί, αφού γίνεται με λάθος κριτήριο και συνεπώς χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα(15). Από την άλλη πλευρά οι ίδιοι γιατροί δικαιολογούνται ότι υποχρεώνονται να ασκούν σχολαστικά την ιατρική, λόγω του φόβου που επιβάλλει η αυστηρή νομοθεσία σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος ή αποτυχίας.

Το σύστημα όμως είναι και άδικο και απάνθρωπο. Στην προσπάθειά τους οι εταιρείες να μεγιστοποιήσουν τα κέρδη τους και να αποφύγουν τους ανασφάλιστους ασθενείς αύξησαν τα κοινωνικά, ηθικά, αλλά και οικονομικά, προβλήματα. Η χρήση της υψηλής τεχνολογίας είναι υπερβολική για τους ασφαλισμένους, αλλά πολύ υποτυπώδης και ανεπαρκής για τους πτωχούς(16).

Η είσοδος των οικονομικών παραμέτρων αλλοίωσε ουσιαστικά και τον ρόλο και τη θέση του γιατρού. Είναι αυτονόητο ότι η βιομηχανοποίηση κάθε επιχειρήσεως αποσκοπεί στο να διατηρήσει το κόστος παραγωγής στα πιο χαμηλά επίπεδα αντικαθιστώντας, όποτε αυτό είναι δυνατό, την εργασία με την τεχνολογία ή αυξάνοντας τον βαθμό κατανομής και εξειδίκευσης της εργασίας. Έτσι επί παραδείγματι ενώ το 1991 υπήρχαν 20.000 παραϊατρικοί βοηθοί στις ΗΠΑ, το 1997 ο αριθμός τους έφθασε τους 29.000, το δε ποσοστό των πτυχιούχων των συναφών σχολών έχει αυξηθεί κατά 83,2% από το 1991(17). Ο αυξανόμενος αυτός αριθμός των ιατρικών βοηθών και εξειδικευμένων νοσηλευτών, που αποστολή τους είναι να αξιοποιήσουν τις ικανότητες, το χρόνο και τα μέσα των γιατρών, οδηγεί σε μια αλλοίωση του ρόλου των γιατρών από αυτόν του καθαρά κλινικού προσωπικού. Οι γιατροί χρησιμοποιούν λιγότερο χρόνο για τις απλές περιπτώσεις και ασχολούνται κλινικά μόνο με τα δύσκολα περιστατικά, τα οποία οι βοηθοί και οι νοσηλευτές προωθούν σ' αυτούς.

Σύμφωνα με στατιστικές, το 1997, το 47% των γιατρών έβλεπαν τον εαυτό τους στο ρόλο του ηγέτη και το 42% σ' αυτόν του κλινικού, ενώ το 1992 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν μόλις 13% και 80%(18).

Η αυξανόμενη επίσης μεταφορά διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων εκτός νοσοκομείου, οι περιορισμοί ελέγχου του κόστους που επέβαλαν οι ασφαλιστικές εταιρείες και μείωσε την ευελιξία των νοσοκομείων, και το πλεόνασμα των κλινών που από χρόνια είχε προκληθεί, έχουν όλα επηρεάσει την οικονομική ευημερία των μη κερδοσκοπικών και εθελοντικών νοσοκομείων. Η φιλανθρωπία και η κοινοτική συνεισφορά που κατά βάσιν διατηρούσαν το κόστος σε τέτοια νοσοκομεία σχετικά χαμηλό, έχουν καιρία πληγεί. Γι' αυτό και στα

νοσοκομεία αυτά η ανάγκη επιβίωσης έχει δημιουργήσει κλίμα έντονης ενασχόλησης με την εξεύρεση πόρων. Με τον τρόπο αυτό και τα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία πλέον εξωθούνται προς την κατεύθυνση της βιομηχανοποίησης.

Για αρκετά χρόνια τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία στις ΗΠΑ αποτελούσαν το 13% επί του συνόλου των νοσοκομείων της χώρας αυτής. Τα τελευταία όμως χρόνια το ποσοστό αυτό έχει δραστικά αυξηθεί και εντός της δεκαετίας του 1990 έχει τριπλασιασθεί(19). Έτσι τα μισά περίπου νοσοκομεία της Φλώριδας, περισσότερα από το ένα τρίτο στο Τεννεσσί και σχεδόν το ένα τρίτο στη Νεβάδα είναι πλέον κερδοσκοπικά(20).

Τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία λειτουργούν για τους επενδυτές και διοικούνται από τους επιχειρηματίες που ταυτόχρονα είναι και μέτοχοι, ενώ τα μη κερδοσκοπικά λειτουργούν για τους ασθενείς και τις κοινότητες και διοικούνται από τους γιατρούς και το διοικητικό συμβούλιο, κανείς από τους οποίους δεν είναι μέτοχος.

Αυτή η αλλαγή του ρόλου του γιατρού και του νοσοκομείου οδήγησε τελικά στην αλλαγή της ίδιας της ιατρικής, η διαδικασία μετασχηματισμού της οποίας φαίνεται θα πάρει αρκετά χρόνια. Στους γιατρούς απομένει να ξαναποκτήσουν τον έλεγχο της υγείας. Τώρα, όχι διαμέσου της κλινικής τους ηγεμονίας, αλλά με τη βοήθεια της οικονομικής τους επιτηδειότητας και τεχνολογικής τους ενημερώσεως.

Ο ιστορικός μετασχηματισμός που επέβαλε η βιομηχανία της υγείας συνίσταται στο ότι και οι κλινικές πλέον υπόκεινται στον έλεγχο των ασφαλιστικών οργανισμών χωρίς ταυτόχρονα να θεραπεύουν τα κενοφανή οικονομικά, πολιτιστικά, κοινωνικά και ηθικά προβλήματα που δημιουργούν. Νέες μορφές διαχειρίσεως, αναμορφωμένα συστήματα εξοφλήσεως λογαριασμών και διάσπαρτες προσπάθειες αυτοματισμού προκαλούν σύγχυση και αντιπαραθέσεις(21).

Όλες αυτές οι αλλαγές στην ουσία οδήγησαν στην αποπροσωποποίηση των σχέσεων. Χωρίς αμφιβολία η εξάσκηση της ιατρικής επί ιδιωτικής βάσεως είχε από παλαιά και στοιχεία οικονομικού χαρακτήρος, μια που οι γιατροί κέρδιζαν τα προς το ζην διά μέσου των επαγγελματικών τους προσπαθειών. Τώρα δεν διεκδικούν οι ίδιοι την αμοιβή τους από τον ασθενή, αλλά αυτή κατά βάση εξασφαλίζεται από το νοσοκομείο, την κλινική ή την εταιρεία για την οποία εργάζονται και με την οποία κάνουν τη συμφωνία τους και μοιράζονται τα κέρδη.

Συχνά η ιατρική θεωρείται πλέον από τους γιατρούς ως μία επιχείρηση

παροχής υπηρεσιών παρά το γεγονός ότι ασχολείται με ανθρώπους και τα προβλήματα υγείας τους. Τα ιατρεία δεν είναι τίποτα παραπάνω από οικονομικές οντότητες σαν ακριβώς τα περίπτερα στις γωνίες των δρόμων. Ο προϊστάμενος της Ομοσπονδίας των Αμερικανικών Νοσοκομείων έγραφε λίγα χρόνια πριν: «δυσκολεύομαι να διακρίνω τη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και άλλων βασικών αναγκών της ζωής -τροφής, κατοικίας, καυσίμων- οι οποίες, όλες, είναι περισσότερο προσανατολισμένες στο οικονομικό κέρδος απ'ότι η υγεία»(22). Μ'αυτή λοιπόν τη λογική, αφού πωλούνται η τροφή, η κατοικία και τα καύσιμα γιατί να μην πωλείται η υγεία;

Ο γιατρός με το νέο σύστημα αντί να πληρώνεται για τη θεραπεία κάποιου ασθενούς, τελικά πληρώνεται για το ρυθμιστικό του ρόλο στο επίπεδο υγείας ενός μεγάλου πληθυσμού. Για το λόγο αυτόν υποχρεώνεται να αναλάβει ένα όλο και αυξανόμενο οικονομικό ρίσκο και συνεπώς να εισχωρήσει βαθμιαίως στον επιχειρηματικό κόσμο. Επειδή δε η οικονομική τάση είναι προς όλο και μεγαλύτερες επιχειρήσεις, οι υφιστάμενες μικροεπιχειρήσεις υγείας ενσωματώνονται προς μεγαλύτερους σχηματισμούς και αναγκάζονται σε συνεργασία με τα νοσοκομεία, τα οποία με τη σειρά τους μετατρέπονται από νοσηλευτήρια σε οικονομικές επιχειρήσεις. Έτσι, ό,τι κερδίζουν κάποιοι λίγοι σε χρήμα το χάνουμε όλοι σε σχέση. Η λεπτότητα των αισθημάτων του προσώπου εκτοπίζεται από τη βαρβαρότητα των συμφερόντων της εταιρείας.

E. Βαθύτερα αίτια της αλλοιώσεως - Συμπεράσματα

Κατά τις περασμένες δεκαετίες, οι ιστορικές και παραδοσιακές ρίζες της ιατρικής ως επαγγέλματος που βασίζεται στη συμπόνοια, τη συμπάθεια, το ενδιαφέρον και την αγάπη στους αρρώστους έχει περάσει από κρίσεις και δοκιμασίες. Μια πρωταρχική διαβρωτική δύναμη είναι η απώλεια της θρησκευτικής πίστης και η ανάπτυξη του εκκοσμικευμένου ανθρωπισμού, σύμφωνα με τον οποίο κάθε στοιχείο ιατρικής ηθικότητας που είναι έξω από ό,τι είναι πολιτικά διαπραγματεύσιμο, απλώς απορρίπτεται. Έτσι, η ιδέα μιας παγκόσμιας ιατρικής ηθικής είναι άνευ σημασίας. Ένας δεύτερος παράγοντας αλλοιώσεως της κλασικής φιλόανθρωπης ιατρικής περιθάλψης είναι η ανάπτυξη, κυριαρχία και απολυτοποίηση της βιοϊατρικής έρευνας, ο υπερτονισμός της οποίας καθιστά την ιατρική μια αποκλειστικά εφηρμοσμένη βιολογική επιστήμη που απαιτεί ο γιατρός να είναι κατά κύριο λόγο επιστήμονας, αδιαφορώντας για το αν είναι και άνθρωπος. Ο συγκεκριασμός της ιεραρχικής θέσης της επιστήμης με την τεχνολογική πρόοδο, οδηγεί σε μια μορφή ιατρικής της οποίας η λειτουργία δεν περιλαμβάνει τη θαλπωρή της ανθρωπιάς, αλλά είναι

αποκλειστικά θεραπευτική, σαν να επισκευάζαμε ένα σκασμένο λάστιχο ή μια βρύση που στάζει(23). Η θεραπεία καταντάει μια απλή τεχνική, η δε ηθική, δίχως να τεκμηριώνεται από γεγονότα, βασίζεται σε προσωπικές γνώμες, αποκτά υποκειμενικό χαρακτήρα και επομένως δεν έχει καμμία βαρύτητα.

Τέλος, η λαγνεία του εύκολου κέρδους οδήγησε στην επιχειρηματοποίηση της ιατρικής, τη μετατροπή της δηλαδή σε μια κλινική επιχείρηση με εμπορικό προσανατολισμό, κατέστρεψε κάθε ανθρώπινο στοιχείο της παραδοσιακής ιατρικής αντίληψης και μετέτρεψε την υγεία σε καταναλωτικό αγαθό που πωλείται και αγοράζεται. Η ιδέα της ανιδιοτελούς προσφοράς στον συνάνθρωπο, που είναι ανεξάρτητη από κάθε χρηματική αμοιβή, είναι εντελώς άγνωστη και ξένη.

Όπως αναφέρουν ο Pellegrino και ο Thomasma, «οταν τα οικονομικά και οι επιχειρήσεις είναι αυτά που καθοδηγούν τα επαγγέλματα, τότε το συμφέρον και η λειτουργία της αγοράς είναι τα μόνα κίνητρα για επαγγελματική δραστηριότητα Σε μια οικονομία ελεύθερης αγοράς, η εξάλειψη του συμφέροντος, ή οποιαδήποτε συμπεριφορά που διαμορφώνεται από την ιδέα του αλτρουϊσμού ή της αρετης, είναι αντιφατική με την επιβίωση. Η υγεία γίνεται ένα απλό προϊόν που παρέχει ο γιατρός. Αυτός λειτουργεί ως εργάτης στη 'βιομηχανία' της υγειονομικής περίθαλψης, η ποιότητα, η ποσότητα, η διαθεσιμότητα, η πρόσβαση και το είδος της οποίας είναι απλώς αποτέλεσμα της λειτουργίας του 'αόρατου χεριού' της αγοράς»(24). Δυστυχώς, αυτές οι δυνάμεις είναι ισχυρές και πολύ συχνά συνοδεύονται από ένα διαχωρισμό μεταξύ προσωπικών «πιστεύω» και επαγγελματικής συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο.

ΣΤ. Προτάσεις

Μια σύνοψη των όσων προτείνουν οι διάφοροι ειδικοί στη προσπάθεια περιορισμού του προβλήματος ακολουθεί παρακάτω:

1. Είναι απόλυτα αναγκαίος κάποιος έλεγχος των διαφημιστικών προγραμμάτων και στρατηγικών ώστε να περιορισθεί το υψηλό κόστος και η σπατάλη και αλόγιστη χρήση των ιατρικών μέσων και μεθόδων.
2. Συνιστάται η αποφυγή υπερβολικής έμφασης στη δαπανηρή τεχνολογία εις βάρος της προσωπικής μέριμνας και περίθαλψης που φυσικά οικονομικά αποδίδει πολύ λιγότερα.

3. Πρέπει με κάθε τρόπο να αποφευχθεί η εκμετάλλευση των ευπόρων ασθενών και η παράλληλη προώθηση των πτωχών και ανασφαλιστών στα φιλανθρωπικά και μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία τα οποία αναπόφευκτα θα υπερφορτωθούν.

4. Να τεθεί έλεγχος στον επηρεασμό που ασκούν τα συμφέροντα των εταιρειών επι της εθνικής πολιτικής για την υγεία και στην αλλοίωση της νοοτροπίας των γιατρών σε σχέση με το επάγγελμά τους.

5. Οι γιατροί θα έπρεπε να αποφύγουν κάθε οικονομική διασύνδεση και σχέση συμφερόντων με την ιατρική βιομηχανία και τις συναφείς εταιρείες, ώστε να μπορούν ελεύθερα να λειτουργούν ως αμερόληπτοι προστάτες των συμφερόντων των ασθενών και ακριβοδίκαιοι εκτιμητές των νέων προϊόντων και υπηρεσιών, και,

6. Πρέπει να γίνει προσεκτικός έλεγχος και βαθιά μελέτη του όλου συστήματος εκβιομηχανοποίησης της υγείας ώστε αυτή να αποδίδει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε λογικό κόστος, δίχως ταυτόχρονα να προξενεί αντίστροφα αποτελέσματα στο ισχύον σύστημα υγείας(25).

Z. Αφορμές για ιδέες και σχόλια

Θα μπορούσαμε τελειώνοντας να διατυπώσουμε μερικές προτάσεις μας που αναφέρονται στην ανάγκη διαφυλάξεως του ανθρώπινου χαρακτήρα του ιατρικού λειτουργήματος, της αποτροπής της διολίσθησής του σε επάγγελμα. Οι προτάσεις μας είναι οι ακόλουθες

1. Κάθε στόχος για να επιτευχθεί βελτίωση του αγοραστικού μερίσματος είναι αξιέπαινος, βάσιμος και θεμιτός, αρκεί ο αντικειμενικός σκοπός για την βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών να μην παρεμποδίζει και την παράλληλη προσφορά συμπόνοιας και ανθρωπιάς. Η αναμόρφωση της περίθαλψης της υγείας πρέπει να καθοδηγείται από τον στόχο για βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης. Δεν πρέπει να χάσουμε τις φιλοσοφικές, ηθικές και θρησκευτικές βάσεις πάνω στις οποίες στηρίζεται η ιατρική περίθαλψη -οτι η περίθαλψη έχει τις ρίζες της στην εσώτερη αξία κάθε ανθρώπινης ζωής. Αυτό που κινδυνεύει είναι το πρόσωπο και η αξιοπρέπεια του ασθενούς. Όπως τονίζει ο McLaughlin, «η βιασύνη να μεταμορφώσουμε τους ασθενείς σε μονάδες μιας συλλογικής σειράς υποτιμά την ιατρική ως περίθαλψη και ως θεραπευτικό τομέα, υποτιμά

τον οφειλόμενο σεβασμό προς κάθε ασθενή και τελικά υποτιμά την ασθένεια ως σοβαρή ανθρώπινη κατάσταση»(26).

2. Η αντίληψη που έχει ο κάθε ο κάθε ένας από μας για τη σχέση γιατρού-ασθενούς επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που προσεγγίζουμε την περίθαλψη των ασθενών. Αν η σχέση αντιμετωπίζεται μόνο σαν ένα συμβόλαιο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τότε το δικαστήριο και οι νόμοι επικρατούν· αν αντιμετωπίζεται απλώς σαν εφηρμοσμένη βιολογία, τότε κατευθύνεται από την επιστήμη· αν προσεγγίζεται αποκλειστικά ως μια επιχειρησιακή συναλλαγή με εμπορικά κίνητρα, τότε ρυθμίζεται από την αγορά. Αν όμως, η σχέση με τους ασθενείς υπερβαίνει αυτήν της 'διανομής' της περίθαλψης και είναι μια πνευματική συμφωνία, μια διαθήκη στην οποία ενεργούμε για το συμφέρον του ασθενούς, ακόμη και αν αυτό σημαίνει δωρεάν περίθαλψη, τότε αυτή η σχέση βασίζεται στην αρετή της φιλανθρωπίας. Εδώ υπερβαίνουμε την προσκόλληση στους νόμους, την πολιτική, τα οικονομικά, την φυσιολογία και την μοριακή γενετική που θα επηρεάσουν τις θεραπευτικές στρατηγικές, αλλά που απέχουν πολύ από την αυθεντική περίθαλψη.

3. Η ασθένεια και ο πόνος δεν είναι απλώς βιολογικά προβλήματα που λύνονται με βιοϊατρική έρευνα και τεχνολογία· είναι επίσης και αινίγματα που μπορεί να βοηθήσουν στην ανάδειξη των περιορισμών μας, των ευπαθειών μας, και αδυναμιών μας, που τόσο πολύ θέλουμε να αρνηθούμε, και του μεταξύ μας συνδέσμου. Γι'αυτόν ακριβώς τον λόγο, η ιατρική θα είναι πάντοτε και πρέπει να είναι μια σχέση μεταξύ ανθρώπων.

4. Οι γιατροί που εργάζονται σε ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα συχνά περιθάλπουν ασθενείς με πολύπλοκα προβλήματα που είναι δύσκολο να θεραπευθούν και/ή είναι χρόνια στη φύση τους. Η παροχή περίθαλψης σ'αυτούς τους ασθενείς συχνά προϋποθέτει πολλαπλές επισκέψεις, μακροχρόνια διαμονή στο νοσοκομείο, συχνά τηλεφωνήματα από μέλη της οικογενείας που ανησυχούν. Μερικά από αυτά τα άτομα είναι πτωχά και χωρίς ασφάλεια που πολλές φορές αντιμετωπίζονται ως κοινωνικά απόβλητα και αποτυχημένα πρόσωπα. Αλλά γι'αυτά ακριβώς τα άτομα, με κανένα τρόπο δεν πρέπει να εμποδισθεί η περίθαλψη. Η ιατρική περίθαλψη που βασίζεται στη φιλανθρωπία και τη συμπόνια μας υποχρεώνει να εκθέσουμε τους εαυτούς μας στον κίνδυνο των μολύνσεων, σε άβολες καταστάσεις, σε παρέμβαση στον ελεύθερο χρόνο μας και σε οικονομικές θυσίες. Η απόφαση να αποκλείσουμε ασθενείς

βάσει της αχαριστίας, της διάγνωσης, της μη δυνατότητας πληρωμής και κοινωνικής κατάστασης είναι αντιφατική με την ηθική της ιατρικής που βασίζεται στη φιλανθρωπία.

5. Τα ιδρύματα για την περίθαλψη της υγείας μπορούν και πρέπει να ανταγωνίζονται στη σημερινή αγορά χωρίς όμως να θέτουν σε αμφισβήτηση την ιατρική περίθαλψη που βασίζεται σε ηθικές αρετές. Υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη οικονομική και εθελοντική υποστήριξη από το λαό, ένα μήνυμα που οι περισσότεροι άνθρωποι επιδοκιμάζουν, συνήθως όμως, όταν δεν απαιτείται κάποια θυσία από μερους τους. Η αναγκαιότητα της ιατρικής περίθαλψης με βάση τις ηθικές αρετές «είναι ένα μήνυμα ουσιώδες για τον σημερινό κόσμο, όπου κάθε δύναμη φαίνεται να υποστηρίζει την αδιαφορία, την γραφειοκρατία, την εμπορικοποίηση και την αποπροσωποποίηση στην περίθαλψη των ασθενών. Οι κοινότητες δεν μπορούν να επιβιώσουν χωρίς κάτι κοινό που όλοι αγαπούν, κάποια πράγματα που υπερβαίνουν το ανεμπόδιστο συμφέρον του ανταγωνιστικού πνεύματος»(27)

6. Αντίθετα από τις δυνάμεις που κυβερνούν την αγορά, που συχνά είναι έξω από τον έλεγχό μας, η απόφαση να εξασκήσουμε την ιατρική που βασίζεται σε ηθικές αρετές και όχι την ιατρική της αγοράς, βρίσκεται στα χέρια μας. Στις ασθένειες και τον πόνο που τις συνοδεύει ίσως ποτέ δεν θα αποκτήσουμε πλήρη έλεγχο και κυριαρχία· η προθυμία μας όμως για φιλανθρωπία και συμπόνοια αποτελεί απόλυτο και αναφαίρετο δικαίωμά μας το οποίο μπορεί να δώσει στην ασθένεια ένα νόημα που διαφορετικά θα ήταν αδύνατον να κατανοήσουμε. Τέτοιου είδους υγειονομική περίθαλψη ωφελεί περισσότερο τους ασθενείς και ακόμη περισσότερο τους γιατρούς.

* Ομιλία που έγινε στις 19.10.'98 στην αίθουσα "Μακεδονία" του ξενοδοχείου Divani Caravel των Αθηνών, συνδιοργανωθείσα από την Ι.Αρχιεπισκοπή Αθηνών, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, επί τη μνήμη του αγίου ενδόξου Ευαγγελιστού Λουκά του ιατρού.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Hippocrates, *Ancient Medicine* (Trans. W.H.S, Jones; Loeb Classical Library). Cambridge: Harvard University Press.1972.
2. Pellegrino, E.D.,and Thomasma, D.C. *The Christian Virtues in Medical Practice*. Washington, DC: Georgetown University Press, 1996.
3. Crosby, J.F. *The Encounter of God and Man in Moral Obligation*.*New Scholasticism* 60:317, 1986
4. Priester, R. *Distributing Limited Health Care Resources, Center for Biomedical Ethics*, University of Minnesota, 1991.
5. Ramo, Joshua C. "Technology: Doc in a Box", *TIME Magazine*, Fall 1996. Special Issue. The Frontiers of Medicine, σ.56.
6. Blume, SS. 1992. *Insight and Industry: On the Dynamics of Technological Change in Medicine*, MIT Press, Cambridge, MA, σ. 1
7. U.S. Bureau of the Census, "Projections of the Population of the United States, by Age, Sex, and Race: 1983 to 2080", *Current Population Reports*, series σ. 25 (May 1984).
8. Jennings, B., D., Caplan, A.L. "Ethical Challenges of Chronic Illness". *Hastings Center Report* 1998; 18 (1): Supplement.
9. Αρχιμ. Νικολάου Χατζηνικολάου. «Τεχνολογικό γονίδιο! Ιατρική μετάλλαξη. Ανθρώπινο υβρίδιο;» Εναρκτήρια ομιλία στο Ε' Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας - Αγγειοχειρουργικής, Αθήνα, 23 Ιανουαρίου 1998.
10. Perlin, T. *Clinical Medical Ethics*, σ.295. Little Brown and Company, 1992.
11. Αυτόθι, σ.296.
12. "Health Care Expenditures and Other Data: An Internationa; Compendium from the Organization for Economic Cooperation and Development". *Health Care Financing Review* 1989 (Ann.Supp): σσ.111-195.
13. Εφημερίδα *Η Καθημερινή*, 30.8. 1998, σ.17.
14. Perlin,T., οπ.παρ. σ.296.
15. Winslow, C.M., Kosecoff, J.B., et al. "The Appropriateness of performing Coronary Artery Bypass Surgery". *JAMA* 1988; 260 (4): 505-509.
16. Relman, Arnold, S.: Shattuck Lecture - The Health Care Industry: Where is it Taking us? Special Article, *The New England Journal of Medicine*, Sept. 19, 1991, Vol. 325, No 12, σ. 854-859.
17. American Academy of Physician Assistants. Report: Physician Assistants, Statistics and Trends, 1991-1996, Alexandria, VA:American Academy of Physician Assistants, 1997.
18. Johnson, D.E.: *The New Physician Executives: Leadership for the Future*. *Health Care Strategic Management*, 1997; 15:11.
19. Dutton, D.B. 1998, *Worse than the Disease: Pitfalls of Medical Progress*. Cambridge University Press, σ.18
20. Brown, Montague: "Commentary: The commercialization of America's voluntary health care system", *Health Care Manage Review*, 1996, 21 (3), 13-18

21. Kleinke, J.D.: "Report: The Industrialization of Health Care", *JAMA*, November 5, 1997, vol 278, No 17, σ.1456-1457
22. Bromberg, M.D. "The New Medical-Industrial Complex", *New England Journal of Medicine*, 1971, 285: 1288-92.
23. Souba, W.W. The Commercialization of American Medicine: Are we Headed for Curing without Caring?" Editorial, *Journal of Surgical Research*, 67, 1-3, 1997
24. Οπ.Παρ.
25. Relman, Arnold, S. οπ.παρ. σ.854.
26. McLaughlin, L. "The Surgical Express", *Boston Globe*, April 24, 1995
27. Pelegrino E.D., and Thomasma D.C. οπ.παρ.

†Ο Αθηνών Χριστόδουλος