
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ**

Διονυσοπούλου Γεωργία

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

M.Sc. in Health Management

THE ISSUE OF CAESAREAN SECTIONS IN GREECE

Dionysopoulou Georgia

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής εργασίας μου, Καθηγητή κ.

Χαράλαμπο Οικονόμου, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον αντικείμενο που ανταποκρίνεται απολύτως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα καθώς και για την αμέριστη συμπαράσταση του καθ' όλη την διάρκεια της διπλωματικής. Ακόμα, ευχαριστώ όλα τα συγγενικά και φιλικά μου πρόσωπα για τις ουσιώδεις συμβουλές και την υποστήριξη που μου έδωσαν για να μπορέσει να ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη εργασία. Τέλος, ιδιαίτερα ευχαριστώ οφείλω στην μητέρα μου, στην οποία αφιερώνω αυτή τη διπλωματική, γιατί χωρίς να το γνωρίζει μου δίνει πάντα τις σημαντικότερες συμβουλές.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σημαντικοί Όροι: Καισαρική, τοκετός, ποσοστά, κόστος, επιπλοκές, αύξηση

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει το φαινόμενο της αύξησης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα. Αρχικά, παρατίθενται οι διεθνείς τάσεις με αναφορές για το ποιο θα πρέπει να είναι το δέον, ποιά είναι η υφιστάμενη κατάσταση και ποιοί είναι οι παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση του φαινομένου. Στη συνέχεια ακολουθεί ιστορική ανάλυση του μαιευτικού συστήματος υγείας της Ελλάδας, τόσο για το δημόσιο, όσο και για τον ιδιωτικό τομέα. Αναφέρονται οι ασφαλιστικές παροχές τοκετού πριν και μετά την ίδρυση του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και παρουσιάζεται το κόστος του φυσιολογικού τοκετού και της καισαρικής τομής στα μεγαλύτερα ιδιωτικά μαιευτήρια της χώρας. Ακόμα, αξιολογείται η σημασία της καισαρικής τομής για την έκβαση ενός τοκετού καθώς και οι επιπλοκές που αυτή επιφέρει για τη μητέρα και το νεογνό και τέλος αναλύονται δύο μεγάλες έρευνες για την αύξηση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα και οι παράγοντες που συνετέλεσαν στην αύξηση αυτή.

Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η συγκεκριμένη εργασία είναι ότι οι καισαρικές τομές έχουν αυξηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Μερικές από τις ερμηνείες που δίνονται είναι η αμυντική ιατρική, η αύξηση της ηλικίας των εγκύων γυναικών και οι επιπλοκές που δημιουργούνται, η βελτίωση της τεχνολογίας, η ευκολία προγραμματισμού γιατρών και γυναικών, η τεχνητή γονιμοποίηση και πολλά άλλα. Ωστόσο, οι παραπάνω παράγοντες δεν δικαιολογούν τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά των καισαρικών τομών που διενεργούνται στην χώρα μας, δεδομένου ότι οι παράγοντες αυτοί ισχύουν για όλες τις χώρες και οι υποθέσεις στις οποίες καταλήγουμε είναι ότι κοινωνικοοικονομικά κίνητρα ευθύνονται για το ζήτημα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα.

Τέλος, παρατίθενται προτάσεις για τον περιορισμό του φαινομένου όπως στρατηγικές μείωσης των καισαρικών από τους παρόχους υγείας, η επιλογή του φυσιολογικού τοκετού μετά από καισαρική τομή και ο τοκετός στο σπίτι, η βελτίωση του ρόλου των μαιών που έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την ενίσχυση του φυσιολογικού τοκετού, καθώς και η δραστηριοποίηση της 'κοινωνίας – πολιτών' στο εν λόγω θέμα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

THE ISSUE OF CAESAREAN SECTIONS IN GREECE

Keywords: Cesarean, childbirth, rates, costs, complications, increase

Abstract

This thesis examines the phenomenon of increased cesarean sections in Greece. Initially, listed the international trends in reference to what should be proper, what is the current situation and which are the factors leading to the increase of the phenomenon. Afterwards follows an historical analysis of the obstetric health system in Greece, for both the public and the private sector. The childbirth insurance coverage is mentioned, before and after the establishment of the National Organization for Health Care and also introduced the costs of spontaneous delivery and caesarean section in the country's largest private maternity hospitals. Furthermore, it is evaluated the significance of the caesarean section for the outcome of childbirth as such complications resulting in mother and the neonatal and finally analyzed two large researches considering the high cesarean sections rate in Greece and the factors that contributed to this increase.

The conclusion of this thesis is that cesarean sections have increased in a global level. Some of the theories are defence medicine, older pregnant women and resulting complications, the improvement of technology, the convenience of schedule between doctors and women, artificial insemination and many others. However, the above factors do not explain the high rates in cesarean sections in our country, given that these factors stand for all countries, and the assumptions we conclude are that socioeconomic motives are responsible for the matter of cesarean sections in Greece.

Finally, there are listed suggestions for limiting the phenomenon like reduction strategies of cesareans from health providers, the option of spontaneous delivery after a cesarean section and childbirth at home, the improvement of midwife's role which is related to supporting the spontaneous delivery, such as the encouragement of society in this matter.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	VII
ABSTRACT.....	IX
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XIII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	XV
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	XVII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	4
ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ: ΟΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ	
ΤΑΣΕΙΣ	4
1.1 Ποιο είναι το δέον	4
1.2 Ποια είναι η υφιστάμενη κατάσταση	10
1.3 Αιτίες που οδηγούν στην αύξηση των καισαρικών τομών	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	24
ΟΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	24
2.1 Η πορεία της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα	26
2.2 Η κατανομή των μαιευτικών κλινών	27
2.3 Οι δημοσίες μαιευτικές υπηρεσίες και οι ανεπίσημες πληρώμες	29
2.4 Οι ιδιωτικές μαιευτικές υπηρεσίες	33
2.5 Το ιατροκентικό μοντέλο των μαιευτικών υπηρεσιών.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	36
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	36
3.1 Ασφαλιστική κάλυψη προ ΕΟΠΥΥ	36
3.2 Δημιουργία ενιαίου οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ).....	39
3.3 Ασφαλιστική κάλυψη μετά ΕΟΠΥΥ	44
3.3.1 Επίδομα τοκετού και άδεια μητρότητας.....	44
3.3.2 Ειδική άδεια μητρότητας.....	46
3.4 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ΣΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ	
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ	47
3.5 Το κόστος του τοκετού στην Ελλάδα	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	54
ΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ	
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	54
4.1 Η χρήση των καισαρικών τομών ανά τους αιώνες.....	54
4.2 Επιπλοκές της καισαρικής τομής στη μητέρα.....	57
4.3 Επιπλοκές της καισαρικής τομής στα νεογνά.....	59

4.4 ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ	61
4.5 ΈΡΕΥΝΑ 1 ^Η – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	62
4.6 ΈΡΕΥΝΑ 2 ^Η – ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	67
4.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^Ο	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	74
5.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	74
5.2 ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	77
5.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	79
5.3.1 Στρατηγικές μείωσης των καισαρικών τομών.....	79
5.3.2 Ο τοκετός στο σπίτι.....	80
5.3.3 Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC-Vaginal Birth After Cesarean).....	80
5.3.4 Παρουσία μαιών.....	82
5.3.5 Δραστηριοποίηση «κοινωνίας – πολιτών».....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	86

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1 Κατανομή των χωρών και του αριθμού των καισαρικών τομών καθώς και του συνόλου των γεννήσεων	11
Πίνακας 2 Ποσοστά καισαρικών τομών, αριθμός ΚΤ που χρειάζονται και εκτιμώμενο κόστος για το έτος 2008 για τις χώρες που παρουσιάζουν ποσοστά κάτω από το 10%. 13	
Πίνακας 3 Ποσοστά καισαρικών τομών, αριθμός ΚΤ που χρειάζονται και εκτιμώμενο κόστος για το έτος 2008 για τις χώρες που παρουσιάζουν ποσοστά κάτω από το 15% 15	
Πίνακας 4 Ποσοστά επειγουσών ΚΤ και ΚΤ από επιλογή	20
Πίνακας 5 Ελλάδα, Δημόσια και Ιδιωτικά θεραπευτήρια 2001-2010.....	24
Πίνακας 6 Μαιευτικές κλίνες στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα και σύμφωνα με το γεωγραφικό διαμέρισμα της χώρας.	27
Πίνακας 7 Ανεπίσημες πληρωμές στη καισαρική τομή και το φυσιολογικό τοκετό	31
Πίνακας 8 Σχέση μεταξύ ανεπίσημων πληρωμών (€) και δημογραφικών χαρακτηριστικών	32
Πίνακας 9 Εισροές του ΕΟΠΥΥ για το έτος 2012.....	39
Πίνακας 10 Δαπάνες ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012)	42
Πίνακας 11 Προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για το 2012	42
Πίνακας 12 Συγκριτικός πίνακας για φυσιολογικό τοκετό με ΕΟΠΥΥ.....	47
Πίνακας 13 Συγκριτικός πίνακας για φυσιολογικό τοκετό με ΕΟΠΥΥ για κάθε επιπλέον μέρα	48
Πίνακας 14 Συγκριτικός πίνακας για καισαρική τομή με ΕΟΠΥΥ	48
Πίνακας 15 Συγκριτικός πίνακας για καισαρική τομή με ΕΟΠΥΥ για κάθε επιπλέον μέρα	49
Πίνακας 16 Πρώιμες επιπλοκές από την επιλογή καισαρικής τομής.....	58
Πίνακας 17 Όψιμες επιπλοκές από την επιλογή καισαρικής τομής.....	59
Πίνακας 18 Επιπλοκές της καισαρικής τομής στα νεογέννητα.....	60
Πίνακας 19 Ποσοστό ΦΤ και ΚΤ στο Δημόσιο νοσοκομείο	64
Πίνακας 20 Ποσοστό ΦΤ και ΚΤ στο Ιδιωτικό νοσοκομείο.....	66
Πίνακας 21 Ελλάδα, Μέση ηλικία της μητέρας κατά την γέννηση	71
Πίνακας 22 Ελλάδα, Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας.....	72

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Ποσοστά καισαρικών τομών	11
Διάγραμμα 2 Μαιευτικές κλίνες ανά γεωγραφικό διαμέρισμα	28
Διάγραμμα 3 Άτυπες πληρωμές στον φυσιολογικό τοκετό και στην καισαρική τομή .	31
Διάγραμμα 4 Εισφορές προς τον ΕΟΠΥΥ σε δις ευρώ για το έτος 2012	40
Διάγραμμα 5 Σύγκριση του κόστους φυσιολογικού τοκετού και καισαρικής τομής για όλες τις κατηγορίες δωματίων στα ιδιωτικά μαιευτήρια.	49
Διάγραμμα 6 Σύγκριση του κόστους φυσιολογικού τοκετού και καισαρικής τομής για όλες τις κατηγορίες δωματίων στα ιδιωτικά μαιευτήρια.	50
Διάγραμμα 7 Ποσοστά ΚΤ, ΦΤ και τοκετών στο σπίτι σε σύνολο 467 ερωτηθέντων .	51
Διάγραμμα 8 Κόστος ΚΤ, ΦΤ και τοκετού στο σπίτι.....	52
Διάγραμμα 9 Σύνθεση φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών κατά τις εργάσιμες ώρες σε Δημόσιο νοσοκομείο	65
Διάγραμμα 10 Ποσοστό καισαρικών τομών σε Δημόσια και Ιδιωτικά νοσοκομεία για τα έτη 2008, 2009	68
Διάγραμμα 11 Ποσοστά καισαρικών τομών για το μαιευτήριο Ελ. Βενιζέλος από το 1972 έως το 2009.....	69
Διάγραμμα 12 Ποσοστά γυναικών ελληνικής καταγωγής που γέννησαν στο μαιευτήριο Ελ. Βενιζέλος από το 1972 έως το 2009	70

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κατάλογος συντομογραφιών

ΕΟΠΥΥ	Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΦΤ	Φυσιολογικός Τοκετός
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΤ	Καισαρική Τομή
ΚΥ	Κέντρα Υγείας
MENN	Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΙΚΠΑ	Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ENCA	European Network of Childbirth Associations
ICD	International Classification of Diseases
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία τριάντα χρόνια η συχνότητα των καισαρικών τομών αυξάνεται στην Ελλάδα, την στιγμή που σε διεθνές επίπεδο γίνονται προσπάθειες μείωσης τους και προώθησης του φυσιολογικού τοκετού. Από το 1996 οι ερευνητές προειδοποιούσαν ότι τα ποσοστά των καισαρικών τομών είχαν διπλασιαστεί στην Ελλάδα σε σύγκριση με την προηγούμενη δεκαετία. Το ποσοστό των καισαρικών τομών που διενεργείται στη χώρα μας θεωρείται υψηλό σε σύγκριση με αυτό άλλων χωρών.

Η αγορά μαιευτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από κυριαρχία του παραγωγού και αδυναμία του αγοραστή. Η πλευρά της προσφοράς που αποτελείται από το μονοπώλιο των μαιευτήρων γυναικολόγων ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα και το ολιγοπώλιο των ιδιωτικών κλινικών στην νοσοκομειακή περίθαλψη, υπερτερεί της ζήτησης από πλευράς των γυναικών που ακολουθούν το παραπάνω μοντέλο χωρίς δυνατότητα επιλογής. Το ιατροκεντρικό μοντέλο παροχής μαιευτικών υπηρεσιών και η μειωμένη συμμετοχή των μαιών στην κλινική διαχείριση των μαιευτικών περιστατικών στη χώρα μας, συμβάλουν επιπλέον στα αυξημένα ποσοστά των καισαρικών τομών εν' αντιθέσει με τους φυσιολογικούς τοκετούς.

Με την παρούσα διπλωματική εργασία, γίνεται προσπάθεια ανάλυσης του φαινομένου αυτού, καθώς και των παραγόντων οι οποίοι προκαλούν την αύξηση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα. Για το λόγο αυτό, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα επιτρεπτά ποσοστά των καισαρικών τομών διεθνώς, καθώς και τα δικαιώματα που έχουν οι επίτοκες γυναίκες κατά την διάρκεια του τοκετού τους. Ακόμα, αναφέρονται οι λόγοι του σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν αυξηθεί οι καισαρικές τομές, δεδομένων των αλλαγών του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Στα επόμενα δύο κεφάλαια αναλύονται οι μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα και οι λόγοι που προκάλεσαν την ιδιωτικοποίηση του τομέα αυτού καθώς και οι συνέπειες για τις μέλλουσες μητέρες στον τρόπο και τόπο επιλογής του τοκετού τους. Επιπλέον, παρατίθενται οι ασφαλιστικές παροχές και το κόστος του τοκετού που εξελίσσεται φυσιολογικά εν αντιθέσει με την επεμβατική καισαρική τομή που δικαιολογούν σε μεγάλο βαθμό την αύξηση του φαινομένου που εξετάζουμε.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και εξηγούν γιατί υπερτερεί η χώρα μας στα ποσοστά των καισαρικών τομών σε σύγκριση με άλλες χώρες, δίνοντας έμφαση στους παράγοντες που διαμόρφωσαν τις μαιευτικές υπηρεσίες κατά την διάρκεια των προηγούμενων ετών.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα την διπλωματικής καθώς και υποθέσεις που προκύπτουν από την ανάλυση του εν λόγω θέματος ενώ αναφέρονται και προτάσεις για την μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών που αφορούν τόσο τους παρόχους υγείας και τις μέλλουσες μητέρες, όσο και το σύνολο της κοινωνίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ: ΟΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ

1.1 Ποιό είναι το δέον

- *Παγκόσμιο επίπεδο*

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας (Π.Ο.Υ.) δημοσίευσε το 1996 μια έκδοση (WHO/MSM/96.24) με τίτλο «Φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό: ένας πρακτικός οδηγός», με σκοπό να διερευνήσει τα στοιχεία που υπάρχουν υπέρ ή εναντίον συγκεκριμένων πρακτικών της μαιευτικής ώστε αυτές να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν πιο σωστά κατά τον φυσιολογικό τοκετό.

Δεδομένης της άποψης ότι «ο τοκετός μπορεί να χαρακτηριστεί φυσιολογικός μόνο εκ των υστέρων», πολλοί μαιευτήρες σ' όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν τη φυσιολογική γέννα με τις ίδιες μεθόδους που εφαρμόζουν σε επιλεγμένους τοκετούς.

Έτσι όμως υπάρχουν πολλές πιθανότητες: (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1996)

- ένα φυσιολογικό γεγονός να μετατραπεί σε ιατρική διαδικασία
- να περιορίζεται η ελευθερία των γυναικών να ζήσουν την γέννηση των παιδιών τους με το δικό τους τρόπο και στο χώρο που εκείνες διαλέγουν
- να γίνονται επεμβάσεις που δεν χρειάζονται
- να συγκεντρώνεται μεγάλος αριθμός επιτόκων σε νοσοκομεία με πολύ υψηλό τεχνολογικό εξοπλισμό
- οι δαπάνες συνεχώς να αυξάνονται

Φυσιολογικός τοκετός σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είναι αυτός που ξεκινάει αυθόρμητα, μεταξύ της 37ης ως 42ης εβδομάδας κύησης. Από την αρχή μέχρι το τέλος του δεν υπάρχουν εμφανείς κίνδυνοι και μετά τη γέννα η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση. Η βασική αρχή για τη φροντίδα του φυσιολογικού τοκετού είναι: "*Στον φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει να υπάρχει σημαντικός λόγος για να διαταράξουμε τη φυσική πορεία.*"

Οι πρακτικές οι οποίες συνήθως εφαρμόζονται κατά τον φυσιολογικό τοκετό κατατάσσονται ανάλογα με την αποδεδειγμένη ή μη αποτελεσματικότητα ή βλαπτικότητά τους. Μερικές από αυτές τις πρακτικές είναι: (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1996)

- Κάθε γυναίκα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της θα πρέπει να συντάσσει μια προσωπική έκθεση, που θα καθορίζει πού θέλει να γεννήσει και ποία άτομα θέλει να παρευρίσκονται στον τοκετό της.
- Η αξιολόγηση του κινδύνου (υψηλού ή χαμηλού) ενός τοκετού, πραγματοποιείται σε κάθε επαφή με το προσωπικό υγείας, καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία. Δεν είναι δυνατόν να αποφασισθεί ο χαμηλός ή υψηλός κίνδυνος με μια μόνο αξιολόγηση. Παρακολούθηση της φυσικής και συναισθηματικής ακεραιότητας της επιτόκου σε όλη τη διάρκεια του τοκετού και μετά το τέλος του.
- Σεβασμός στην απόφαση της γυναίκας για τον τόπο όπου θέλει να γεννήσει, απόφαση που θα πρέπει να έχει πάρει μετά από ενημέρωση. Η περίθαλψη κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό να είναι όσο το δυνατό πλησιέστερα στον προσωπικό χώρο της γυναίκας αλλά και όπου εκείνη νιώθει ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Είναι σωστό να πούμε ότι κάθε επίτοκος θα πρέπει να μπορεί να γεννήσει εκεί που νιώθει ασφάλεια. Αυτό μπορεί να είναι το σπίτι, το κέντρο υγείας, το μαιευτήριο. Εάν ο τοκετός πραγματοποιηθεί στο σπίτι ή στο κέντρο υγείας η δυνατότητα πρόσβασης σε πιο εξοπλισμένο κέντρο θα πρέπει ήδη να έχει μελετηθεί. Μια έρευνα που έγινε στην Ολλανδία, συνέκρινε τα “μαιευτικά αποτελέσματα” τοκετών στο σπίτι και τοκετών στα μαιευτήρια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για πρωτότοκες γυναίκες με εγκυμοσύνη χαμηλού κινδύνου ο τοκετός στο σπίτι ήταν εξίσου ασφαλής με το τοκετό στο μαιευτήριο, για δε πολύτοκους με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη, οι τοκετοί στο σπίτι είχαν πολύ καλύτερη έκβαση από τους τοκετούς στο μαιευτήριο.
- Να σεβόμαστε το δικαίωμα της επιτόκου για ιδιωτικότητα. Κάθε επίτοκος χρειάζεται το δικό της δωμάτιο όπου ο αριθμός των παρευρισκομένων θα είναι περιορισμένος στους απολύτως απαραίτητους.
- Συναισθηματική υποστήριξη από τους υπεύθυνους καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού.
- Να σεβόμαστε την επιλογή της επιτόκου όσον αφορά τα άτομα που θα παρευρίσκονται στον τοκετό. Η επίτοκος στον τοκετό της πρέπει να ακολουθείται από τα άτομα που εμπιστεύεται και με τα οποία νιώθει άνετα. Εκθέσεις και έρευνες

τυχαίας επιλογής έδειξαν ότι η συνεχής υποστήριξη της επιτόκου ψυχικά και σωματικά από ένα και μοναδικό άτομο (στην ιδανική περίπτωση μια έμπειρη μαία), είχε σαν αποτέλεσμα πολλά πλεονεκτήματα: μικρότερης διάρκειας τοκετό, ελάχιστη χρήση φαρμάκων και επισκληριδίου αναισθησίας και μικρότερο αριθμό επεμβατικών τοκετών. Το άτομο αυτό προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη όπως, π.χ., έπαινο, ενθάρρυνση, προτάσεις που προσφέρουν ανακούφιση στη μητέρα, σωματική επαφή όπως μασάζ, διευκρινίσεις για το τι της συμβαίνει, σε ποια φάση βρίσκεται, και τελικά, μια μόνιμη φιλική παρουσία. Η συνεχής υποστήριξη από μια άλλη γυναίκα, ελαττώνει σημαντικά το άγχος και την αίσθηση δυσκολίας στον τοκετό. Επιπρόσθετα, ανεβάζει το ποσοστό των μητέρων που εξακολουθούν να θηλάζουν και μετά τις πρώτες 6 εβδομάδες.

- Να δίνονται στις γυναίκες όσες πληροφορίες και επεξηγήσεις επιθυμούν.
- Χρήση μη επεμβατικών – μη φαρμακολογικών μεθόδων για την ανακούφιση του πόνου κατά τον τοκετό, π.χ., μασάζ και τεχνικές χαλάρωσης.

- *Ευρωπαϊκό επίπεδο*

Όσον αφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση, εκδόθηκε στις Βρυξέλλες το 2007 από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή «Η Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών». Η Χάρτα περιλαμβάνει 14 δικαιώματα, τα οποία από κοινού έχουν στόχο να εξασφαλιστεί ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας και υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τις εθνικές υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη. Τα δικαιώματα αυτά είναι τα εξής: (birthchoices.gr, 2012)

- Δικαίωμα για τη λήψη προληπτικών μέτρων
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα σε μια καλή υπηρεσία για την πρόληψη της ασθένειας.
- Δικαίωμα πρόσβασης
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες της υγείας του. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εγγυώνται ίση πρόσβαση σε όλους, χωρίς διακρίσεις βάσει των οικονομικών πόρων, του τόπου κατοικίας, του είδους της ασθένειας ή της ώρας πρόσβασης στις υπηρεσίες.

- Δικαίωμα στην πληροφόρηση
Κάθε άτομο έχει δικαίωμα πρόσβασης σε κάθε είδους πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο χρήσης τους και σε όλα αυτά που η επιστημονική έρευνα και τεχνολογική καινοτομία καθιστούν διαθέσιμα.
- Δικαίωμα στη συγκατάθεση
Κάθε άτομο δικαιούται να έχει πρόσβαση σε κάθε πληροφορία, η οποία θα μπορούσε να το βοηθήσει να συμμετάσχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του. Η πληροφορία αυτή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε διαδικασία και θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε επιστημονική έρευνα.
- Δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να επιλέγει ελεύθερα μεταξύ των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών και των παρόχων αυτών, με βάση τις κατάλληλες πληροφορίες.
- Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και στο απόρρητο
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα στο απόρρητο των προσωπικών στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και τις πιθανές διαγνωστικές ή θεραπευτικές επιλογές, καθώς και την προστασία της ιδιωτικής του ζωής κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων, των επισκέψεων στον ιατρό και των φαρμακευτικών - χειρουργικών θεραπειών, γενικότερα.
- Δικαίωμα στον σεβασμό του χρόνου του ασθενούς
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την απαραίτητη θεραπεία μέσα σε άμεση και συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το δικαίωμα αυτό ισχύει σε κάθε φάση της θεραπείας.
- Δικαίωμα στην τήρηση των προτύπων ποιότητας
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, με βάση τις προδιαγραφές και την ακριβή τήρηση των προδιαγραφών αυτών.
- Δικαίωμα στην ασφάλεια
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να είναι ελεύθερο από τις βλαβερές συνέπειες που προκαλούνται από την κακή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας όπως είναι η ιατρική αμέλεια και τα λάθη και το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τις θεραπείες που πληρούν υψηλές προδιαγραφές ασφαλείας.

- Δικαίωμα στην καινοτομία
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και ανεξάρτητα από τις οικονομικές σκοπιμότητες.
- Δικαίωμα στην αποφυγή άσκοπης ταλαιπωρίας και πόνου
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να αποφύγει, στο πλαίσιο του δυνατού, τον πόνο και την ταλαιπωρία σε κάθε στάδιο της ασθένειάς του.
- Δικαίωμα στην εξατομικευμένη θεραπεία
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία να είναι προσαρμοσμένα όσο το δυνατόν περισσότερο στις ατομικές του ανάγκες.
- Δικαίωμα υποβολής καταγγελίας
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να διαμαρτύρεται, όταν έχει υποστεί βλάβη και έχει το δικαίωμα να λάβει μια απάντηση ή άλλες πληροφορίες.
- Δικαίωμα αποζημίωσης
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει επαρκή αποζημίωση μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, οποτεδήποτε υποστεί σωματική, ψυχολογική ή ηθική βλάβη που προκλήθηκε από μια υπηρεσία υγείας.

Ακόμα, ένα δίκτυο οργανισμών που δραστηριοποιούνται με στόχο τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας για τις μητέρες και τα μωρά είναι το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Οργανισμών για τον Τοκετό (European Network of Childbirth Associations) ENCA, που ιδρύθηκε το 1993 στην Φρανκφούρτη της Γερμανίας, ως μια πρωτοβουλία του GfG (Οργανισμός Περιγεννητικής Αγωγής). Μέλη του αποτελούν ιδιώτες και φορείς ενεργών πολιτών, καταναλωτών, γονέων, εκπαιδευτών και συμβούλων τοκετού, μαιών και βοηθών μητρότητας, οι οποίοι συμφωνούν ότι πρέπει να υπάρξουν στρατηγικές για να βελτιωθούν οι συνθήκες, το περιβάλλον και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζεται η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία, σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, το ENCA υποστηρίζει: (encahellas.eu, 2012)

- Την ενδυνάμωση και υποστήριξη των γυναικών
- Τη γέννα με επίκεντρο την οικογένεια
- Το θηλασμό
- Τη περιγεννητική φροντίδα από μαιείς και συμβούλους μητρότητας

Ο τρόπος λειτουργίας του δικτύου είναι ο εξής: Οι εθνικοί αντιπρόσωποι της κάθε χώρας-μέλους του ENCA πραγματοποιούν τακτικές συναντήσεις και διατηρούν στενή επαφή, έτσι ώστε να δημιουργήσουν σχέδια δράσης, να μοιραστούν ανησυχίες και να προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη. Βοηθάνε στη συλλογή και διάδοση της πληροφόρησης και οργανώνουν συνέδρια. Κάθε αντιπρόσωπος χώρας είναι υπεύθυνος να επικοινωνήσει την γνώση και την πληροφορία σε φορείς που ασχολούνται με τον τοκετό και την περιγεννητική φροντίδα, όπως και σε ομάδες γονέων. Οι χώρες που συμμετέχουν στο δίκτυο αυτό είναι: Αγγλία, Αυστρία, Βουλγαρία, Βέλγιο, Βοσνία Ερζεγοβίνη, Γαλλία, Γερμανία Δημοκρατία της Τσεχίας, Ελβετία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβακία.

Μία από της σημαντικότερες δράσης του ENCA είναι η Διεθνής Εβδομάδα για τον Σεβασμό στη Γέννα (International Week for Respecting Childbirth – IWRC) η οποία πραγματοποιείται κάθε χρόνο, τον Μάιο. Η δράση αυτή, αποτελεί την ευκαιρία να ακουστούν δυνατά φωνές από ολόκληρο τον πλανήτη σε θέματα που αφορούν την προώθηση του φυσικού τοκετού και τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας. (encahellas.eu, 2013)

Το θέμα της Διεθνούς Εβδομάδας αλλάζει κάθε χρόνο και, ανάλογα με αυτό, προτείνονται ιδέες και στόχοι δράσης. Στη συνέχεια, μεμονωμένα άτομα ή ομάδες αναλαμβάνουν την σταδιακή υλοποίηση των δράσεων, αξιοποιώντας το υλικό που έχει συγκεντρωθεί συλλογικά και βρίσκεται διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: αφίσες, φάκελοι αρχείων, φυλλάδια, κλπ. Ανάλογα με τον χρόνο και τον βαθμό δέσμευσης των ατόμων και των ομάδων που ασχολούνται, μπορούν να οργανωθούν μια σειρά από δραστηριότητες, με σχετικά μεγάλο εύρος όπως είναι εκθέσεις, συναντήσεις, συνέδρια.

Η Διεθνής Εβδομάδα για τον Σεβασμό στη Γέννα οργανώθηκε για πρώτη φορά το 2004, από την «Alliance française pour l'accouchement respecté» (AFAR), μια γαλλική, μη κερδοσκοπική κοινότητα, χωρίς δεσμεύσεις σε φιλοσοφικές, ιατρικές, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις. Από το 2011, τον συντονισμό της Διεθνούς Εβδομάδας για τον Σεβασμό στη Γέννα έχει αναλάβει το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Οργανισμών για τον Τοκετό (European Network of Childbirth Associations -ENCA).

Όσον αφορά την Ελλάδα, Το ENCA Hellas οργάνωσε για πρώτη φορά τον Μάιο του 2011 την «Ανοιχτή Εβδομάδα για τον Σεβασμό στη Γέννα. Άτομα, ομάδες και φορείς που ασχολούνται με τον φυσικό τοκετό, την περιγεννητική φροντίδα, την προώθηση του θηλασμού, την υποστήριξη της εγκύου, την ενδυνάμωση της νέας μητέρας, του ζευγαριού, της οικογένειας, προσέφεραν δωρεάν τις υπηρεσίες και τη γνώση τους, διοργανώνοντας ανοιχτές και δωρεάν εκδηλώσεις και δράσεις.

1.2 Ποια είναι η υφιστάμενη κατάσταση

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το έτος 2010, για τα κόστη και την αναγκαιότητα των καισαρικών τομών παγκοσμίως (The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage), παρατηρήθηκε ότι η κατάχρηση της μεθόδου αυτής από πολλές χώρες, συνιστά εμπόδιο για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εκτιμηθεί ο επιπρόσθετος αριθμός των καισαρικών τομών (ΚΤ) που απαιτούνται στις χώρες με μικρότερα ποσοστά από τα διεθνώς συνιστώμενα, καθώς και ο αριθμός των πλεοναζόντων καισαρικών σε χώρες στις οποίες ο αριθμός τους είναι πολλαπλάσιος.

Συμπεριλαμβάνονται στοιχεία για τον αριθμό των καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν σε 137 χώρες, που αντιπροσωπεύουν το 95% των γεννήσεων παγκοσμίως, για το έτος που εξετάζεται. Οι χώρες με ποσοστό καισαρικών μικρότερο του 10% χρησιμοποιήθηκαν για να δείξουν ελλιπή χρήση, ενώ οι χώρες με ποσοστό άνω του 15%, για να δείξουν υπερβολική χρήση. Εκτός από τα ποσοστά αυτά αναλύθηκαν τα κόστη που προέκυψαν από την επιλογή αυτού του είδους τοκετού.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 54 χώρες είχαν ποσοστά καισαρικών τομών μικρότερα του 10%, ενώ 69 χώρες παρουσίασαν ποσοστά άνω του 15%. Περίπου 10% των χωρών που εξετάστηκαν είχαν ποσοστά μεταξύ 10- 15% όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί.

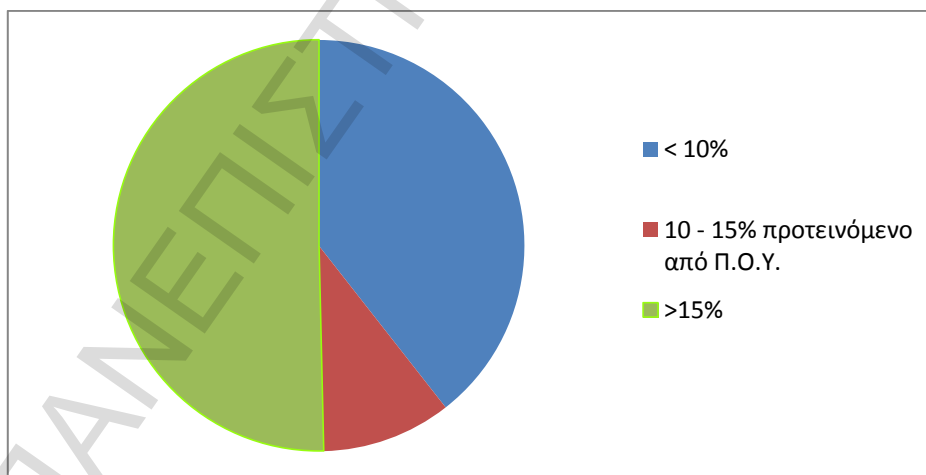
Πίνακας 1 Κατανομή των χωρών και του αριθμού των καισαρικών τομών καθώς και του συνόλου των γεννήσεων

Ποσοστά ΚΤ	Χώρες		Ετήσιος αριθμός ΚΤ (χιλιάδες)		Ετήσιος αριθμός γεννήσεων (έτος 2006) (χιλιάδες)	
	N	%	N	%	N	%
<10%	54	39.4	4,556	24.7	77,417	60.0
*10-15%	14	10.2	414	2.2	3,177	2.5
>15%	69	50.4	13,479	73.1	48,390	37.5
Σύνολο	137	100.0	18,449	100.0	128,884	100.0

*Υποσημείωση: 10-15% είναι το όριο από τον Π.Ο.Υ.

Πηγή: (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Διάγραμμα 1 Ποσοστά καισαρικών τομών



Πηγή: (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Υπολογίσθηκε ότι το 2008, 3,18 εκατομμύρια ΚΤ ήταν αναγκαίες να γίνουν και 6,20 εκατομμύρια ήταν περιττές. Το κόστος της παγκόσμιας ‘υπέρβασης’ σε ΚΤ εκτιμάται

ότι ανέρχεται περίπου σε 2,32 δις δολάρια, ενώ το κόστος για τις επιπρόσθετες ΚΤ που θα έπρεπε να είχαν πραγματοποιηθεί περίπου 432 εκατομμύρια δολάρια.

Παγκοσμίως, οι ΚΤ που πιθανότατα είναι ιατρικώς μη αναγκαίες, φαίνεται να δημιουργούν μία δυσαναλογία στα μερίδια των παγκόσμιων οικονομικών πόρων. Οι υπερβολικές ΚΤ συνεπώς, μπορεί να έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στα οικονομικά της υγείας τόσο εντός των χωρών όσο και μεταξύ τους.

Η μέθοδος αυτή του τοκετού, εισήχθη στην κλινική πρακτική ως μια διαδικασία που σώσει ζωές, τόσο για την μητέρα όσο και για το μωρό. Όπως και σε άλλες διαδικασίες με μια κάποια πολυπλοκότητα, η χρήση της από το σύστημα υγείας ακολουθεί ένα άνισο μοτίβο : ανεπάρκεια χρήσης σε χώρες με χαμηλά εισοδήματα και επαρκής ή ακόμα και άσκοπη χρήση σε μεσαία ή υψηλά εισοδήματα.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το 1985 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δήλωσε: «Δεν υπάρχει αιτιολόγηση για καμία χώρα να έχει ποσοστά ΚΤ υψηλότερα από 10-15% », υπολογίστηκε ο πρόσθετος αριθμός των ΚΤ που ήταν αναγκαίες στις χώρες με χαμηλούς εθνικούς δείκτες, καθώς και τον αριθμό των ΚΤ σε περίσσεια σε χώρες όπου υπήρχε υπερκατανάλωση.

Σύμφωνα με στοιχεία από εθνικές μελέτες, τα ποσοστά των ΚΤ στις ΗΠΑ, έχουν αυξηθεί από 21,2% το 1998 σε 26,3% το 2006, όπως και στον Καναδά. Στην Ευρώπη, το 2008, η συχνότητα των ΚΤ διαφέρει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Στην πραγματικότητα είναι 14% στην Ολλανδία, 21,4% στην Δανία, 15,9% στο Βέλγιο, 16,3% στην Φιλανδία, αλλά βελτιώνεται στη Γαλλία, τη Μεγάλη Βρετανία, την Ισπανία και τη Γερμανία, με ποσοστά αντίστοιχα, 18,8%, 22%, 25,9% και 27,8%. (Lancet, 1985)

Στην Ιταλία, το 2009, τα περιστατικά των ΚΤ ήταν ιδιαίτερα υψηλά (38%), αν και αυτά ποικίλλουν από περιοχή σε περιοχή. Στην Καμπανία, το 60% των γεννήσεων το 2008 φέρεται να συνέβη με την μέθοδο αυτή, ενώ στην περιοχή της Ρώμης, η μέση συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου 44% αλλά μπορεί να φτάσει και το 85% σε ορισμένες ιδιωτικές κλινικές. (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Μεταξύ των αναπτυσσόμενων χωρών το 2005, η Βραζιλία έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ΚΤ στον κόσμο. Στο δημόσιο σύστημα υγείας, το ποσοστό αυτό αγγίζει το 35%, ενώ σε ιδιωτικά νοσοκομεία πλησιάζει το 80% του συνόλου των γεννήσεων.

Οι χώρες που πραγματοποιούν ΚΤ σε ποσοστό μικρότερο του 10% αντιπροσωπεύουν μόνο το 25% (4,5 εκατομμύρια ΚΤ), αλλά και το 60% του συνολικού αριθμού των γεννήσεων σε όλο τον κόσμο. Από την άλλη πλευρά, το 73% του συνόλου των ΚΤ (13,5 εκατομμύρια) πραγματοποιούνται σε 69 χώρες με ποσοστά ΚΤ μεγαλύτερα του 15%, όπου συμβαίνουν το 37.5% των συνολικών γεννήσεων.

Στον πίνακα 2 και 3 παρατίθεται ο ρυθμός των ΚΤ και ο αριθμός των επιπρόσθετων ΚΤ που απαιτούνται καθώς και οι χώρες που υπερβαίνουν τα φυσιολογικά επίπεδα. Υπολογίστηκε ότι 3,2 εκατομμύρια επιπλέον ΚΤ θα χρειαστούν σε 54 χώρες με ποσοστά <10%. Η συντριπτική πλειοψηφία των χωρών αυτών είναι από την Αφρική (68,5%), από την Ασία (29,6%) και μία χώρα από την Λατινική Αμερική και την Καραϊβική.

Πίνακας 2 Ποσοστά καισαρικών τομών, αριθμός ΚΤ που χρειάζονται και εκτιμώμενο κόστος για το έτος 2008 για τις χώρες που παρουσιάζουν ποσοστά κάτω από το 10%.

Χώρα	Ποσοστό ΚΤ (%)	ΚΤ που κρίθηκαν απαραίτητες για το έτος 2008		Σωρευτικά (%)	Εκτιμώμενο κόστος ανά χρόνο (δολάρια)
		N	%		
Νιγηρία	1.8	494,296	15.5	15.5	68,411,688
Ινδία	8.5	403,695	12.7	28.2	42,213,047
Αιθιοπία	1.0	278,370	8.7	36.9	36,940,008
Κονγκό	4.0	173,160	5.4	42.4	22,755,622
Πακιστάν	7.3	144,099	4.5	46.9	22,179,934
Ινδονησία	6.8	135,040	4.2	51.1	19,532,824
Τανζανία	3.2	120,428	3.8	54.9	16,790,318
Ουγκάντα	3.1	101,154	3.2	58.1	14,225,390
Κένυα	4.0	90,360	2.8	60.9	12,563,130
Μπαγκλαντές	7.5	85,750	2.7	63.6	8,411,331
Σουδάν	3.7	81,648	2.6	66.2	12,771,298
Υεμένη	1.4	72,756	2.3	68.5	11,345,196
Νιγηρία	1.0	71,190	2.2	70.7	9,032,588
Μοζαμβίκη	1.9	70,956	2.2	72.9	9,732,704
Μπουρκίνα Φάσο	0.7	67,053	2.1	75.0	9,369,356
Μαδαγασκάρη	1.0	61,830	1.9	77.0	7,942,153
Καμερούν	2.0	56,320	1.8	78.7	8,135,070
Νεπάλ	2.7	53,436	1.7	80.4	5,167,033
Τσαντ	0.4	47,808	1.5	81.9	6,671,882

Μάλι	1.6	45,528	1.4	83.3	6,122,609
Μαλάουι	3.1	41,331	1.3	84.6	5,502,267
Ζάμπια	3.0	37,940	1.2	85.8	5,635,761
Γουινέα	1.7	32,536	1.0	86.9	4,230,705
Σενεγάλη	3.3	31,490	1.0	87.8	4,450,548
Μαρόκο	5.4	29,716	0.9	88.8	5,011,048
Καμπότζη	1.8	29,602	0.9	89.7	4,390,270
Ρουάντα	2.9	28,613	0.9	90.6	3,932,504
Αλγερία	6.0	28,560	0.9	91.5	5,720,662
Ακτή του Ελεφαντοστού	6.4	25,992	0.8	92.3	3,980,374
Γκάνα	6.9	23,467	0.7	93.1	3,190,301
Μπενίν	3.6	21,888	0.7	93.7	3,099,599
Ουζμπεκιστάν	6.3	20,461	0.6	94.4	2,757,576
Ζιμπάμπουε	4.8	19,656	0.6	95.0	2,749,128
Αϊτή	3.0	19,110	0.6	95.6	2,950,103
Σιέρα Λεόνε	1.5	18,955	0.6	96.2	2,406,541
Τόγκο	2.0	17,040	0.5	96.7	2,255,330
Τατζικιστάν	2.1	15,247	0.5	97.2	2,043,552
Ερυθραία	2.7	13,286	0.4	97.6	1,851,706
Κεν. Αφρ. Δημ.	1.9	12,474	0.4	98.0	1,957,706
Λιβερία	3.5	9,425	0.3	98.7	1,278,555
Μαυριτανία	3.2	7,344	0.2	98.9	1,184,720
Ουζμπεκιστάν	3.8	6,882	0.2	99.1	1,237,991
Κιργιστάν	5.8	5,040	0.2	99.3	693,914
Αζερμπαϊτζάν	7.6	3,984	0.1	99.4	597,711
Λιβική Αραβική Τζαμαχίρια	7.5	3,675	0.1	99.5	1,831,130
Τυνησία	8.0	3,280	0.1	99.6	1,148,971
Λεσόθο	5.1	2,891	0.1	99.7	584,603
Μογγολία	5.0	2,891	0.1	99.7	584,603
Ομάν	6.6	2,074	0.1	99.8	1,262,700
Γκαμπόν	5.6	1,760	0.1	99.9	635,007
Βιετνάμ	9.9	1,494	0.0	99.9	223,244
Κομόρες	5.3	987	0.0	100.0	139,393
Σουαζιλάνδη	7.9	735	0.0	100.0	165,915
Σύνολο		3,185,492	100.0		431,578,091

Πηγή: (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Πίνακας 3 Ποσοστά καισαρικών τομών, αριθμός ΚΤ που χρειάζονται και εκτιμώμενο κόστος για το έτος 2008 για τις χώρες που παρουσιάζουν ποσοστά κάτω από το 15%

Χώρα	Ποσοστό ΚΤ (%)	ΚΤ που κρίθηκαν απαραίτητες για το έτος 2008		Σωρευτικά (%)	Εκτιμώμενο κόστος ανά χρόνο (δολάρια)	Χώρα
		N	%			
Κίνα	25.9	1,976,606		31.8	31.8	326,574,644
Βραζιλία	45.9	960,687		15.4	47.2	226,777,248
Ηνωμένο Πολιτείες	30.3	673,047		10.8	58.0	687,167,996
Μεξικό	37.8	467,172		7.5	65.5	122,783,410
Ιράν	41.9	373,372		6.0	71.5	108,495,217
Αίγυπτος	27.6	253,890		4.1	75.6	41,085,585
Αργεντινή	35.2	139,178		2.2	77.9	32,742,409
Ιταλία	38.2	126,672		2.0	79.9	103,505,894
Κολομβία	26.7	107,406		1.7	81.6	23,027,552
Δημοκρατία της Κορέας	37.7	102,604		1.6	83.3	30,381,162
Γερμανία	27.8	85,248		1.4	84.6	72,307,555
Τουρκία	21.2	83,576		1.3	86.0	17,738,346
Νότια Αφρική	20.6	61,096		1.0	87.0	12,241,688
Βενεζουέλα	25.1	60,499		1.0	87.9	15,395,020
Δομινικανή Δημοκρατία	41.9	60,256		1.0	88.9	16,125,808
Περού	24.1	55,663		0.9	89.8	11,316,358
Ισπανία	25.9	53,519		0.9	90.7	39,899,298
Ηνωμένο Βασίλειο	22.0	52,010		0.8	91.5	38,814,108
Ρωσική Ομοσπονδία	18.0	46,350		0.7	92.3	32,191,503
Εκουαδόρ	29.8	41,650		0.7	92.9	9,574,142
Αυστραλία	30.3	40,851		0.7	93.6	37,990,115
Καναδάς	26.3	39,889		0.6	94.2	47,598,044
Χιλή	30.7	39,407		0.6	94.9	11,107,876
Γαλλία	18.8	28,576		0.5	95.3	23,122,636
Παραγουάη	32.2	26,466		0.4	95.7	5,701,984
Ιαπωνία	17.4	24,816		0.4	96.1	28,186,982
Κούβα	35.6	24,308		0.4	96.5	23,457,645
Ταϊλάνδη	17.4	23,448		0.4	96.9	3,948,376
Πορτογαλία	34.0	19,950		0.3	97.2	23,885,569
Ρουμανία	23.6	18,404		0.3	97.5	4,546,021
Ουγγαρία	28.0	12,870		0.2	97.7	25,833,427
Ελ Σαλβαδόρ	25.0	12,400		0.2	97.9	3,024,630

Ελβετία	28.9	10,147	0.2	98.1	20,277,952
Βολιβία	18.6	9,468	0.2	98.2	1,573,282
Αυστρία	27.1	9,196	0.1	98.4	10,232,906
Βουλγαρία	26.8	8,614	0.1	98.5	2,296,566
Ουρουγουάη	31.8	8,400	0.1	98.7	3,289,353
Νικαράγουα	20.6	7,890	0.1	98.8	1,488,783
Ιρλανδία	26.2	7,728	0.1	98.9	14,925,165
Ισραήλ	19.1	5,740	0.1	99.0	3,648,685
Ιορδανία	18.5	5,495	0.1	99.1	1,688,279
Λίβανο	23.3	5,478	0.1	99.2	2,237,762
Λευκορωσία	20.5	5,280	0.1	99.3	2,994,307
Αλβανία	25.6	4,876	0.1	99.3	1,058,556
Κόστα Ρίκα	20.8	4,350	0.1	99.4	1,149,694
Πολωνία	16.1	4,092	0.1	99.5	1,031,147
Δανία	21.4	3,968	0.1	99.5	6,106,812
Γεωργία	22.2	3,744	0.1	99.6	693,756
Δημοκρατία της Τσεχίας	18.4	3,706	0.1	99.7	2,753,787
Νέα Ζηλανδία	20.4	3,132	0.1	99.7	5,752,100
Σλοβακία	20.0	2,750	0.0	99.8	847,305
Σουηδία	17.3	2,461	0.0	99.8	3,263,538
Παναμάς	18.2	2,240	0.0	99.8	687,235
Λετονία	23.3	1,909	0.0	99.9	10,989,789
Λιθουανία	20.5	1,705	0.0	99.9	3,698,045
Βέλγιο	15.9	1,071	0.0	99.9	861,686
Νορβηγία	16.6	928	0.0	99.9	1,915,956
Εσθονία	20.0	800	0.0	99.9	5,333,068
Φιλανδία	16.3	767	0.0	100.0	810,936
Μάλτα	32.0	680	0.0	100.0	570,687
Κροατία	16.4	588	0.0	100.0	736,864
Λουξεμβούργο	24.0	450	0.0	100.0	1,624,920
Σκόπια	16.9	418	0.0	100.0	489,542
Σλοβενία	16.8	342	0.0	100.0	648,372
Σερβία	16.9	152	0.0	100.0	86,426
Μπαχρέιν	16.0	140	0.0	100.0	76,645
Κατάρ	15.9	135	0.0	100.0	563,930
Ανδόρα	23.7	87	0.0	100.0	219,653
Ισλανδία	15.6	30	0.0	100.0	541,213
Σύνολο		6,220,844	100.0		2,323,712,950

Πηγή: (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Ο πίνακας 2 δείχνει ότι 6 χώρες (Νιγηρία, Ινδία, Αιθιοπία, Κονγκό, Πακιστάν και Ινδονησία) αντιπροσωπεύουν το 50% του συνολικού αριθμού των επιπλέον ΚΤ που

απαιτούνται. Χρησιμοποιώντας το οριακό ποσοστό 5% για τον καθορισμό των ανεπαρκών ΚΤ, σχεδόν 1 εκατομμύριο ΚΤ θα ήταν επιπλέον αναγκαίες για 33 χώρες.

Από την άλλη πλευρά, ο πίνακας 3 δείχνει ότι 6,2 εκατομμύρια ΚΤ εκτελούνται ετησίως χωρίς να κρίνονται απαραίτητες. Η Κίνα και η Βραζιλία αριθμούν σχεδόν το 50% των άσκοπων ΚΤ. Χρησιμοποιώντας το 20% ως οριακό ποσοστό για τον καθορισμό της υπερβολικής χρήσης, φαίνεται ότι 4 εκατομμύρια ΚΤ είναι σε περίσσεια για 46 χώρες.

Το κόστος των καθ' υπέρβαση ΚΤ παγκοσμίως εκτιμήθηκε ότι ανήλθε σε περίπου 2,32 δις. δολάρια, για το έτος 2008, ενώ το κόστος για τις επιπρόσθετες ΚΤ που θα έπρεπε να είχαν γίνει σε 432 εκατομμύρια δολάρια. (πίνακας 2,3)

Σε χώρες με μεγαλύτερη ανάγκη για ΚΤ εκτιμήθηκε ότι το μέσο κόστος μιας ΚΤ είναι 135 δολάρια, ενώ σε χώρες με πλεονάζον αριθμό ΚΤ σε 373 δολάρια πράγμα που σημαίνει ότι η διαδικασία αυτή είναι 2,8 φορές ακριβότερη στις χώρες με περιττές ΚΤ από ότι σε χώρες που τις έχουν πραγματικά ανάγκη.

Ακόμα, δεδομένου ότι οι περισσότερες ΚΤ συμβαίνουν σε χώρες με υψηλότερο επίπεδο μέσου εισοδήματος, οι συνδυασμένες επιπτώσεις των υψηλών δαπανών και του αριθμού των ΚΤ είναι ότι το συνολικό κόστος των επιπρόσθετων ΚΤ για το 2008 ήταν περίπου 5,8 φορές το κόστος των αναγκαίων κτ.

Οι πλεονάζουσες λοιπόν ΚΤ θα μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν πάνω από 5 φορές της αναγκαίες ή με άλλα λόγια αν όλοι οι πόροι που διατίθενται σήμερα για τις περίσσειες ΚΤ προσανατολίζονταν στις χώρες με την πραγματική ανάγκη, θα μπορούσαν να τις χρηματοδοτήσουν πλήρως και να υπάρξει και ένα πλεόνασμα πόρων αξίας περίπου 2 δις. δολαρίων.

Αυτή η ανάλυση δείχνει ότι κάθε χρόνο στον κόσμο υπάρχει μια πρόσθετη ανάγκη για 0.8- 3.2 εκατομμύρια ΚΤ στις χώρες με χαμηλά εισοδήματα όπου συμβαίνουν το 60% των γεννήσεων. Ταυτόχρονα, 4,0 – 6,2 εκατομμύρια ΚΤ εκτελούνται σε χώρες μεσαίου και υψηλού εισοδήματος που όμως αντιπροσωπεύουν μόνο το 37,5% του συνόλου των γεννήσεων. (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

1.3 Αιτίες που οδηγούν στην αύξηση των καισαρικών τομών

Όπως παρατηρήθηκε και από τα παραπάνω, οι καισαρικές τομές έχουν αυξηθεί σε διεθνές επίπεδο. Ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες αποτελούν το 50% των τοκετών και οι λόγοι που οι καισαρικές τομές είναι προτιμητέες τόσο από τους μαιευτήρες όσο και από τις επίτοκες γυναίκες είναι ποικίλοι. Μερικοί από αυτούς αναλύονται στην συνέχεια.

➤ Αμυντική Ιατρική

Υπάρχει έντονη η αίσθηση ότι ο αριθμός των αγωγών κατά των γυναικολόγων για ατυχή συμβάντα κατά τη διάρκεια της γέννας έχει αυξηθεί, γεγονός που κάνει πολλούς γιατρούς να αποφασίζουν ευκολότερα την καισαρική, προκειμένου να αποφύγουν ενδεχόμενο πρόβλημα κατά τη διάρκεια ενός δύσκολου τοκετού. Μάλιστα, το γεγονός ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι υψηλότερο το ποσοστό των καισαρικών αποδίδεται από μερικούς στο φαινόμενο της αμυντικής ιατρικής.

Τα προβλήματα στην επικοινωνία και στη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή φαίνεται να διαδραματίζουν τον ουσιαστικότερο ρόλο στην πυροδότηση μιας δικαστικής διαμάχης μεταξύ τους. Η σημασία της επικοινωνίας είναι καθοριστική, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ιατρικών λαθών, αφού οι ασθενείς δυσανασχετούν περισσότερο από την έλλειψη ανθρώπινου ενδιαφέροντος και διάθεσης να ενημερωθούν ικανοποιητικά, παρά για το αρχικό ιατρικό λάθος. Οι ασθενείς προσφεύγουν σε μηνύσεις όταν αισθάνονται ότι δεν τους προσφέρεται η προσοχή, η ευαισθησία, οι εξηγήσεις, αλλά και ο χρόνος που θα ήθελαν. (Τσίμτσιου Ζ., 2011)

Οι ειδικότητες που βρέθηκε να αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο φαίνεται να είναι οι χειρουργοί, οι γυναικολόγοι-μαιευτήρες και οι γενικοί ιατροί. Ο φόβος μιας δικαστικής διαμάχης συχνά οδηγεί τους ιατρούς στην κατάχρηση εργαστηριακών εξετάσεων και στην υπερβολική συνταγογράφηση. Μάλιστα, μεταξύ των γιατρών υπάρχει και η ακραία αντίληψη ότι «κάθε ασθενής που βρίσκεται απέναντί σου πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένας μελλοντικός αντίδικος». Οι αντιλήψεις αυτές είναι αναμενόμενο να προσδίδουν άγχος, ιδίως στους νεότερους ιατρούς, και συχνά να τους κατευθύνουν σε περιττές ιατρικές πράξεις που επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα υγείας και ταλαιπωρούν αναίτια τους ασθενείς.

Στην περίπτωση ιατρικού λάθους, υπάρχουν τρεις μορφές ευθύνης του ιατρού: α) η πειθαρχική ευθύνη για παραβιάσεις των καθηκόντων και των υποχρεώσεων που

επιβάλλονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, β) η αστική ευθύνη απέναντι στον ασθενή, όταν ο ιατρός προκαλεί σε αυτόν ζημιά κατά την άσκηση της δραστηριότητάς του, οπότε και γεννάται υποχρέωση αποζημίωσης, και γ) η ποινική ευθύνη για προσβολή εννόμων αγαθών του ασθενή, π.χ. πρόκληση σωματικής βλάβης ή θανάτου, οπότε τιμωρείται ο ιατρός με ποινές. Στην πρώτη περίπτωση, τα πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων επιβάλλουν κυρώσεις που κυμαίνονται από επίπληξη έως αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος. Στις δύο άλλες περιπτώσεις, αποφασίζουν τα αστικά και ποινικά δικαστήρια και στην περίπτωση ενοχής του ιατρού επιβάλλονται χρηματικές ποινές ή ποινές φυλάκισης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας γνώμης του Ευροβαρόμετρου (Eurobarometer, 2006), το 86% των Ελλήνων θεωρεί ότι τα ιατρικά λάθη είναι σημαντικό πρόβλημα. Το ποσοστό αυτό είναι το τέταρτο υψηλότερο μετά της Ιταλίας (97%), της Πολωνίας (91%) και της Λιθουανίας (90%). (Οικονόμου Χ., Μάρτιος 2012)

Επιπρόσθετα, η ασφάλεια των χειρουργικών επεμβάσεων με τις σύγχρονες τεχνικές αναισθησίας, τη διαθεσιμότητα αντιβιοτικών, τη δυνατότητα μετάγγισης αίματος και τη χρήση ενδοφλέβιας θεραπείας, ενίσχυσε την ασφάλεια της καισαρικής τομής σε σχέση με το παρελθόν και συνέβαλε στην προτίμηση της μεθόδου αυτής από τους μαιευτήρες για την αποφυγή κινδύνων που συνδέονται με τον φυσιολογικό τοκετό. (Νικολουδάκη Κ., 2011)

➤ Ευκολία προγραμματισμού

Όσον αφορά τις ίδιες τις επίτοκες, επιλέγουν την καισαρική τομή για λόγους ευκολίας, είτε προγραμματισμού, είτε αποφυγής των οδυνών κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού. Στις περιπτώσεις αυτές, οι γιατροί οφείλουν να ενημερώνουν τις υποψήφιες μητέρες ότι η καισαρική τομή είναι χειρουργική επέμβαση με πιθανότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών. Το θέμα της «ευκολίας», ισχύει τόσο για τις υποψήφιες μητέρες όσο και για τους ίδιους τους γυναικολόγους πολλοί, εκ των οποίων προτιμούν να έχουν συγκεκριμένο πρόγραμμα. Δεν είναι λίγες οι αναφορές για αυξημένα περιστατικά καισαρικών τομών τις περιόδους των διακοπών ή των αργιών. (Mollamahmutoglu, Danisman, Ertas, Celen, & Simsek, 2012)

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί, φαίνεται ξεκάθαρα ότι η ΚΤ στις μέρες μας, αποτελεί επιλογή των γυναικών και των μαιευτήρων (72.8%) και όχι μια μέθοδο ανάγκης για την πραγματοποίηση ενός τοκετού (27.2%)

Πίνακας 4 Ποσοστά επειγουσών ΚΤ και ΚΤ από επιλογή

Έτος	Λόγοι πραγματοποίησης καισαρικής τομής			
	Επείγουσα κατάσταση		Επιλογή	
	N	%	N	%
2006	2649	25.7	7639	74.3
2007	2890	29.3	6944	70.7
2008	2181	26.5	6054	73.5
Σύνολο	7720	27.2	20637	72.8

Πηγή: (Mollamahmutoglu, Danisman, Ertas, Celen, & Simsek, 2012)

Οι γυναίκες που ζητούν να υποβληθούν σε καισαρική επειδή προτιμούν αυτή τη μέθοδο τοκετού, χωρίς να υπάρχει οποιοσδήποτε ιατρικός λόγος που να την επιβάλλει, πρέπει να λαμβάνουν αναλυτική ενημέρωση και πληροφόρηση για τους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα τόσο του φυσιολογικού τοκετού όσο και της καισαρικής. Η επιλογή της καισαρικής λόγω επιθυμίας της μητέρας μόνον, χωρίς να συντρέχει άλλη αιτία, δεν πρέπει να ενθαρρύνεται ή να προωθείται από τους μαιευτήρες. Στις περιπτώσεις που μια γυναίκα επιμένει στην επιλογή αυτή, τότε είναι απαραίτητο ο γιατρός να εξηγήσει με κάθε λεπτομέρεια τα υπέρ και τα κατά, τους κινδύνους για το παιδί και για τη μητέρα και τις τυχόν επιπλοκές από την μέθοδο αυτή.

Εάν ο πόνος κατά τη φυσιολογική γέννα είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο μια επίτοκος επιμένει στο να επιλέγει την καισαρική για να γεννήσει, τότε οι γιατροί, πρέπει να της εξηγούν τις μεθόδους που καθιστούν τη φυσιολογική γέννα πολύ πιο ανώδυνη. Από τις μεθόδους αυτές, η επισκληρίδιος αναισθησία είναι η πλέον αποτελεσματική για την αναλγησία.

➤ **Ηλικία της εγκύου**

Η αύξηση των καισαρικών τομών οφείλεται και στην μεγαλύτερη ηλικία τεκνοποίησης από την πλευρά των γυναικών. Οι σύγχρονες γυναίκες αργούν να τεκνοποιήσουν σε σύγκριση με το παρελθόν αφού οι περισσότερες εργάζονται ή επιλέγουν να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στην καριέρα τους, δεδομένων και των οικονομικών αλλαγών αλλά και του ρόλου τους στην οικογένεια.

➤ Τεχνητή γονιμοποίηση

Άλλη μια αιτία του φαινομένου που εξετάζουμε αφορά την ευρεία εφαρμογή των μεθόδων υποβοήθησης της αναπαραγωγής. Το θέμα της πολύδυμης κύησης αφορά σε ένα διαρκώς αυξανόμενο αριθμό γυναικών καθώς και ένα διαρκώς αυξανόμενο αριθμό μαιευτήρων, που καλείται να αντιμετωπίσει τέτοιου είδους κύσεις. Προς αυτήν την κατεύθυνση συνέδραμε η αύξηση των κύσεων που είναι αποτέλεσμα τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και η πολιτική της εμφύτευσης παραπάνω του ενός εμβρύου στην περίπτωση εξωσωματικής γονιμοποίησης. Δεν είναι λίγες οι φορές που αναγνωρίζονται υπερηχογραφικά περιπτώσεις κύσεων που αφορούν σε τρία ή και περισσότερα έμβρυα. Ακόμα, τις περισσότερες φορές η μείωση πολύδυμης κύησης σε δίδυμη έχει στόχο την ελάττωση των πιθανών επιπλοκών που σχετίζονται με τις πολύδυμες κύσεις με περισσότερα των δύο εμβρύων. (Βρεκούσης Θ., Στέφος Θ., 2008)

➤ Οικονομικά κίνητρα

Η επιλογή μεταξύ φυσιολογικού τοκετού ή καισαρικής τομής επηρεάζεται όχι μόνο από την πρόγνωση και την εμφάνιση επιπλοκών, αλλά επίσης από τις προτιμήσεις του θεράποντος ιατρού και σπανιότερα της ίδιας της εγκύου. Όπως είναι γνωστό η πράξη της καισαρικής τομής συνεπάγεται μεγαλύτερη αμοιβή για τον ιατρό, γεγονός που αναπόφευκτα επηρεάζει την κρίση του σε περιπτώσεις αβεβαιότητας. Αυτό μπορεί να ισχύει ακόμη και όταν η οικονομική επιρροή αυτή είναι υποσυνείδητη, όταν δηλαδή ο θεράπων ιατρός είναι πεπεισμένος ότι ενεργεί προς το συμφέρον του ασθενούς. (Έρευνες έχουν δείξει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά της αμοιβής για καισαρική τομή σε σχέση με αυτή για φυσιολογικό τοκετό, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των καισαρικών τομών – Gruber κ.ά. 1999-) (Ματσαγγάνης Μ., 2001)

➤ Βελτίωση της τεχνολογίας

Η καισαρική τομή σήμερα αποτελεί πλέον ασφαλή επέμβαση με ελάχιστους κινδύνους. Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, η οποία επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση του εμβρύου που βρίσκεται σε κίνδυνο και την άμεση διενέργεια της καισαρικής τομής καθώς και η ελάττωση του ποσοστού μητρικής και εμβρυϊκής θνησιμότητας κατά την επέμβαση, η οποία οφείλεται μερικώς στην ευρεία χρήση της επισκληριδίου αναισθησίας έναντι της γενικής, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στο φαινόμενο που εξετάζουμε. (Νικολουδάκη Κ., 2011)

➤ Η πρόκληση τοκετού

Η πρόκληση τοκετού, δηλαδή η διαδικασία κατά την οποία προκαλείται τεχνητά ο τοκετός, είναι μια επιλογή που γίνεται ολοένα και πιο συχνή. Όμως η μέθοδος αυτή μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές, συχνά σε καισαρική τομή. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλεται για ιατρικούς λόγους, όπως στην περίπτωση που συμπληρώνονται οι 41 εβδομάδες κύησης, συχνά εφαρμόζεται και για μη ιατρικούς λόγους, όπως για λόγους προγραμματισμού. Ο προκλητός ή προγραμματισμένος τοκετός, που γίνεται συνήθως με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης και τεχνητή ρήξη των εμβρυικών υμένων, είναι πιθανό να προκαλέσει επιπλοκές, όταν δεν είναι ιατρικά απαραίτητος. Με την διαδικασία αυτή, η επίτοκος χρειάζεται νωρίτερα και σε μεγαλύτερες δόσεις παυσίπονα, το παιδί στρεσάρεται έντονα, και το τελικό αποτέλεσμα είναι η καισαρική τομή.

Ο προκλητός τοκετός έχει αρχίσει να κερδίζει συνεχώς έδαφος και εφαρμόζεται σε γυναίκες για διάφορους μη ιατρικούς λόγους. Σε πρόσφατη μελέτη που αφορούσε περισσότερα από 28.000 περιστατικά πρόκλησης τοκετού, μη απαραίτητα για ιατρικούς λόγους, παρατηρήθηκε αυξημένη πιθανότητα να χρειαστεί εκ των υστέρων καισαρική τομή κατά 67%, αυξημένη πιθανότητα το νεογνό να χρειαστεί ειδική φροντίδα κατά 64% και αυξημένο κίνδυνο να χρειαστεί θεραπεία κατά 44%. (healthyliving.gr, 2012)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΟΙ ΜΑΥΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από σοβαρές αντιφάσεις οι οποίες κινούνται μεταξύ του σχεδιασμού και της εφαρμογής του. Η βασικότερη αντίφαση συναντάται στην πηγή χρηματοδότησης του. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει αναπτυχθεί σύμφωνα με τα μοντέλα Bismark και Beveridge, στα οποία οι πηγές χρηματοδότησης είναι η κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή πόροι που προέρχονται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων (μοντέλο Bismark) και τη γενική φορολογία (μοντέλο Beveridge). Σε αντίθεση με τα παραπάνω, το 40% επί του συνόλου των δαπανών υγείας αποτελούν ιδιωτική δαπάνη, συνιστώντας το Ε.Σ.Υ. ως ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα της Ευρώπης. (Σουλιώτης Κ, 2008)

Χαρακτηριστικά είναι τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για τα Δημόσια και Ιδιωτικά θεραπευτήρια της Ελλάδας, όπως παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013)

Πίνακας 5 Ελλάδα, Δημόσια και Ιδιωτικά θεραπευτήρια 2001-2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Δημόσια θεραπευτήρια	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2	1.2	1.3	1.2
Ιδιωτικά θεραπευτήρια	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5

Πηγή: (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013)

Ένα ακόμα μελανό σημείο του Ε.Σ.Υ. είναι αυτό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η έλλειψη κάθε μορφής συντονισμού δραστηριοτήτων, η ανυπαρξία μηχανισμών και η απουσία κάθε μορφής συμμετοχής της κοινότητας, δεν επέτρεψαν την ουσιαστική μετάβαση του συστήματος υγείας από την αυστηρή νοσοκομειακή αντίληψη στην ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας. Υποστηρίζεται, μάλιστα, ότι η εφαρμογή της ΠΦΥ στις αστικές περιοχές υστερεί έναντι ημιαστικών και αγροτικών περιοχών.

Μια εξίσου σημαντική αδυναμία του Ε.Σ.Υ. σχετίζεται με την απόκλιση που υπάρχει μεταξύ των αμοιβών που παρέχονται στους ασφαλισμένους, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και στα πραγματικά στοιχεία κόστους. Με το ισχύον σύστημα, τα ποσά αποζημίωσης των εξόδων περίθαλψης εκ μέρους της κοινωνικής ασφάλισης είναι σχεδόν συμβολικά, καθώς καλύπτουν ένα μέρος του πραγματικού κόστους νοσηλείας, τόσο στα δημόσια νοσοκομεία όσο και στις ιδιωτικές κλινικές. Αποτέλεσμα της υπάρχουσας κατάστασης είναι οι επαναλαμβανόμενες κρατικές παρεμβάσεις για την κάλυψη των χρεών των δημόσιων νοσοκομείων και η οικονομική επιβάρυνση των χρηστών ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. (Σουλιώτης Κ, 2008)

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009)

- Έλλειψη οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κυρίως στα αστικά κέντρα και προγραμμάτων Πρόληψης ή Προαγωγής Υγείας
- Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία
- Σοβαρές ελλείψεις νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού - Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής .
- Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

2.1 Η πορεία της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα

Όσον αφορά τις μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, αυτές ξεκινούν με τον νόμο 1856 «Περί του Μαιευτικού Σχολείου», οπότε και αρχίζει επισήμως η εκπαίδευση των μαιών. Η δεύτερη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα ήταν μια πολιτικά ασταθής περίοδος για την Ελλάδα. Το 1922 ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων που για αιώνες ζούσαν στην Μικρά Ασία και στα παράλια της Μαύρης Θάλασσας ήρθαν στην Ελλάδα ως πρόσφυγες, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός μόνο της Αθήνας να διπλασιαστεί μεταξύ του 1922 και του 1928. Μετά από αυτήν την αξιοσημείωτη αύξηση του πληθυσμού, η ανάγκη για αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης της χώρας ήταν προφανής. Το 1922, μεταξύ άλλων ρυθμίστηκε και το θέμα της δημιουργίας ειδικού τμήματος για την προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας στο «Υπουργείο Περιθάλψεως», το οποίο μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως». (Παναγιωτάκη, 2012)

Το 1926 στην Αθήνα, μια πόλη με 400.000 κατοίκους, ήταν διαθέσιμα περίπου 100 μαιευτικά κρεβάτια και οι περισσότεροι τοκετοί πραγματοποιούνταν από μαιές, κατ'οίκον. Επιπλέον, οι στατιστικές για το έτος 1928 έδειχναν ότι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ανερχόταν στα 93 βρέφη ανά 1000 γεννήσεις. Ενώ επικρατούσαν αυτές οι συνθήκες, το ελληνικό κράτος μερίμνησε και από τον επόμενο χρόνο ιδρύθηκαν τα Λαϊκά Ιατρεία, στα οποία προβλεπόταν μέριμνα για την μητέρα και το παιδί.

Η διεθνής βιβλιογραφία σχετικά με την προστασία της μητρότητας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη πριν την δεκαετία του '70, εντούτοις υπάρχει μια γενική θεώρηση ότι μέχρι την δεκαετία του '60, οι περισσότεροι τοκετοί στις αγροτικές περιοχές πραγματοποιούνταν κυρίως από πρακτικές μαιές, ενώ στις αστικές περιοχές μια παρόμοια κατάσταση ίσχυε μέχρι την δεκαετία του '50.

Το 1951 έγινε ένα βήμα προς τα εμπρός, δεδομένου ότι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), εγκαινίασε την παροχή υπηρεσιών στον ασφαλισμένο πληθυσμό από τις πολυκλινικές του, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών μητρότητας. Εντούτοις, για τη κατεξοχήν γεωργική χώρα, όπως ήταν τότε η Ελλάδα, η μεγαλύτερη πλειοψηφία του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστη. Τη δεκαετία του 60', όλες οι νοσηλεύτριες, οι μαιές και οι γιατροί, αμέσως μετά την λήψη του διπλώματος τους, είχαν υποχρέωση να υπηρετήσουν για ένα τουλάχιστον έτος σε αγροτικά ιατρεία ή κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές. Βαθμιαία από τότε οι έγκυες γυναίκες άρχισαν να εξετάζονται από εκπαιδευμένες μαιές ή γιατρούς και οι τοκετοί σταδιακά άρχισαν να

πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία ή στα αγροτικά κέντρα υγείας. (Παναγιωτάκη, 2012)

Στις μέρες μας, η παρακολούθηση της εγκύου συνίσταται να γίνεται από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως μαίες, κοινοτικούς νοσηλευτές και μαιευτήρες – γυναικολόγους. Προληπτικές υπηρεσίες μητρότητας προσφέρονταν από τους Σταθμούς Προστασίας Μητέρας και Παιδιού του ΙΚΑ, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως (ΠΙΚΠΑ), τα Κέντρα Υγείας και τα εξωτερικά, γυναικολογικά – μαιευτικά ιατρεία των μαιευτηρίων και νοσοκομείων, καθώς και από ιδιώτες γιατρούς.

2.2 Η κατανομή των μαιευτικών κλινών

Μία από τις βασικότερες μεταβλητές που συνδέονται άμεσα με την χρησιμοποίηση μαιευτικών υπηρεσιών είναι η διαθεσιμότητα των κλινών. Αν και είναι δύσκολο να απομονωθούν οι καθαρώς μαιευτικές κλίνες από τις γυναικολογικές που χρησιμοποιούνται για την περίθαλψη και νοσηλεία γυναικών με γυναικολογικά προβλήματα, εντούτοις η ύπαρξη γυναικολογικών ή και μαιευτικών τμημάτων με τον αντίστοιχο αριθμό κλινών αποτυπώνει τη εικόνα της διαθέσιμης προσφοράς, η οποία όπως είναι φυσικό επηρεάζει την κατανομή της ζήτησης μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. (Νιάκας Δ., 2001)

Πίνακας 6 Μαιευτικές κλίνες στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα και σύμφωνα με το γεωγραφικό διαμέρισμα της χώρας.

Γεωγραφικό διαμέρισμα	Δημόσιος τομέας		Ιδιωτικός τομέας		Σύνολο	
	Κλίνες	Ποσοστό %	Κλίνες	Ποσοστό %	Κλίνες	Ποσοστό %
Αθήνα	776	42,2	1020	56,8	1796	37,4
Στερεά& Εύβοια	115	47,9	125	52,1	240	5,0
Πελοπόννησος	260	54,7	215	45,3	475	9,9
Ιόνιο	55	91,7	5	8,3	60	1,2

Ήπειρος	131	55,9	104	44,3	235	4,9
Θεσσαλία	79	28,5	198	71,5	277	5,8
Μακεδονία	594	50,0	593	50,0	1187	24,7
Θράκη	94	72,9	35	27,1	129	2,7
Αίγιο	127	80,9	30	19,1	157	3,3
Κρήτη	108	44,1	137	55,9	245	5,1
Σύνολο	2339	48,7	2462	51,3	4801	100,0

Πηγή: (Νιάκας Δ., 2001)

Ο πίνακας 6 δείχνει την προσφορά μαιευτικών – γυναικολογικών κλινών τόσο στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας, όσο και την κατανομή αυτών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί φαίνονται οι μεγάλες διακυμάνσεις της κατανομής των μαιευτικών κλινών στις διάφορες περιοχές της Ελλάδας, με την Αθήνα και την Μακεδονία να υπερσχύουν στο σύνολο των κλινών. (37,4% και 24.7% αντίστοιχα)

Διάγραμμα 2 Μαιευτικές κλίνες ανά γεωγραφικό διαμέρισμα



Πηγή: (Νιάκας Δ., 2001)

Όσον αφορά τον χαρακτήρα των μαιευτικών υπηρεσιών, σε σύνολο 4801 κλινών του έτους 1994, οι 2339 (48,7%) ανήκουν στο δημόσιο τομέα και οι 2462 (51,3%) στον ιδιωτικό. Παρατηρείται δηλαδή μια υπεροχή του ιδιωτικού τομέα και μάλιστα πριν την δημιουργία μεγάλων ιδιωτικών μαιευτηρίων στην περιοχή της Αθήνας, από την χρονολογία που εξετάζουμε.

Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση ότι η παραπάνω εικόνα αντιστρέφεται για τις νοσοκομειακές κλίνες της Ελλάδας στο σύνολο τους: το 1998 το 63% των κλινών άνηκε στον δημόσιο τομέα και το υπόλοιπο 37% στον ιδιωτικό. Η τελευταία σύγκριση δείχνει ότι οι κλίνες των μαιευτικών υπηρεσιών δεν ακολουθούν την γενικότερη τάση μείωσης του ιδιωτικού τομέα με την επέκταση του ΕΣΥ. Μια ακόμα παρατήρηση είναι ότι η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα δεν μειώνεται παρότι η ζήτηση μαιευτικών υπηρεσιών είναι σταθερή. Αυτό ίσως οφείλεται στο ιδιοκτησιακό καθεστώς των ιδιωτικών μαιευτηρίων, τα οποία στην πλειονότητα τους ανήκουν όχι σε ιδιώτες επιχειρηματίες αλλά σε μαιευτήρες – γυναικολόγους που ασκούν το επάγγελμά τους σε επιχειρήσεις στο εταιρικό κεφάλαιο των οποίων συμμετέχουν οι ίδιοι. (Νιάκας Δ., 2001)

2.3 Οι δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες και οι ανεπίσημες πληρωμές

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Η δημόσια δαπάνη, σε ποσοστό 66% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2010, χρηματοδοτείται κατά 35% από τη γενική κυβέρνηση και κατά 65% από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Τα φορολογικά έσοδα προέρχονται τόσο από την άμεση φορολογία εισοδήματος όσο και από τους έμμεσους φόρους για αγαθά και υπηρεσίες. Οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία, καθιστώντας το ελληνικό σύστημα υγείας ένα από τα πιο «ιδιωτικοποιημένα» μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Kaitelidou, Tsirona, Galanis, Siskou, Mladovsky, & Kouli, 2013)

Το υψηλό επίπεδο των ανεπίσημων πληρωμών για την υγειονομική περίθαλψη συνεπάγεται σημαντική οικονομική επιβάρυνση για τους Έλληνες πολίτες. Σύμφωνα με τους Balabanova και McKee, «*άτυπες πληρωμές ορίζονται ως η νομισματική ή σε είδος συναλλαγή μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, και προκαλούνται από ανεπάρκειες του συστήματος υγείας*». Ο πιο κοινός τύπος της άτυπης πληρωμής είναι οι περιπτώσεις όπου οι πάροχοι υγείας εκμεταλλεύονται την

ισχύ τους στην αγορά, προκειμένου να αποσπάσουν την πληρωμή τους από τους ασθενείς και ένας από τους πιο κοινούς τρόπους για να το κάνουν αυτό είναι η καθυστέρηση στην θεραπεία μέχρι την πληρωμή τους.

Σύμφωνα με μια ελληνική μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2008, 36% των ασθενών που νοσηλεύονταν ανέφεραν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή σε ιατρό. Οι πληρωμές αυτές, που αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 20% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών των νοικοκυριών, δεν είναι ένα πολιτιστικό χαρακτηριστικό ή μια συνειδητή επιλογή πολυτέλειας, αλλά μια αναγκαστική κοινωνική συμπεριφορά που απαιτείται για όσους αναζητούν εύκολη πρόσβαση σε ποιοτική θεραπεία. (Kaitelidou, Tsirona, Galanis, Siskou, Mladovsky, & Kouli, 2013)

Ένα κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα στις δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, είναι οι πληρωμές ‘κάτω από το τραπέζι’ και η επιλογή της μεθόδου τοκετού (καισαρική τομή ή φυσιολογικός τοκετός) από τους μαιευτήρες – γυναικολόγους.

Ανάλογα ήταν τα στοιχεία και από μελέτη με τίτλο ‘Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece’ και θέμα τις ανεπίσημες πληρωμές στα δημόσια μαιευτήρια της Ελλάδας, που δημοσιεύθηκε το 2012 από το περιοδικό Health Policy. Από τις 160 γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη, αναφέρθηκαν 119 άτυπες πληρωμές (74,4%). 78% των οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΚΤ (καισαρική τομή) ανέφεραν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για κολπικό τοκετό ήταν 69,6%.

Η πιο συχνή αιτία για την “κάτω από το τραπέζι” πληρωμή ήταν η απαίτηση του ίδιου του μαιευτήρα, σε ποσοστό 56.3%, όπως φαίνεται και στον πίνακά που ακολουθεί. Στο φυσιολογικό τοκετό, οι πληρωμές των γιατρών ήταν κατά μέσο όρο 878€ ενώ αντίστοιχα στην καισαρική τομή 983€. Η μέση συνολική ιδιωτική πληρωμή ήταν 1549€. Περιελάμβανε μια μέση άτυπη πληρωμή που υπολογίζεται σε 848€ και η επίσημη πληρωμή σε 701€.

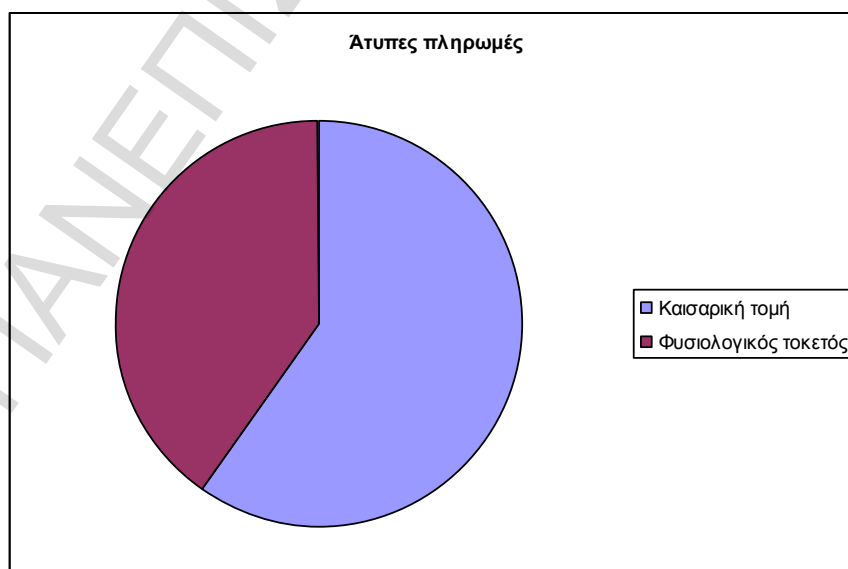
Η μέση άτυπη πληρωμή ήταν υψηλότερη για την καισαρική τομή, έναντι των φυσιολογικών τοκετών.

Πίνακας 7 Ανεπίσημες πληρωμές στη καισαρική τομή και το φυσιολογικό τοκετό

Ανεπίσημες πληρωμές σε γιατρούς	N(%)
Ναι	119 (74.4 %)
Όχι	34 (21.2)
Ανεπίσημες πληρωμές για καισαρική τομή	
Ναι	71 (78%)
Όχι	17 (18.7%)
Ανεπίσημες πληρωμές για φυσιολογικό τοκετό	
Ναι	48 (69.6%)
Όχι	18 (26.1%)
Λόγοι που οδήγησαν σε ανεπίσημη πληρωμή	
<i>Ο γιατρός ζήτησε την πληρωμή</i>	67 (56.3%)
<i>Θεώρησα ότι ο ιατρός θα μου έδινε μεγαλύτερη σημασία</i>	4 (3.4%)
<i>Πλήρωσα μετά την ιατρική πράξη σαν έκφραση ευγνωμοσύνης</i>	48 (40.3%)

Πηγή: (Kaitelidou, Tsirona, Galanis, Siskou, Mladovsky, & Kouli, 2013)

Διάγραμμα 3 Άτυπες πληρωμές στον φυσιολογικό τοκετό και στην καισαρική τομή



Πηγή: (Kaitelidou, Tsirona, Galanis, Siskou, Mladovsky, & Kouli, 2013)

Στον πίνακα 8 φαίνεται η σχέση μεταξύ της συνολικής άτυπης πληρωμής και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα όπως είναι η εθνικότητα, ο τόπος του τοκετού, η εργασιακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα και το είδος του τοκετού που πραγματοποιήθηκε. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι περισσότερες ανεπίσημες πληρωμές πραγματοποιήθηκαν στην Αθήνα, από ελληνικής καταγωγής γυναίκες, εργαζόμενες και με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα ήταν πάνω από 3.000 ευρώ ενώ στις καισαρικές τομές παρατηρήθηκαν περισσότερες άτυπες πληρωμές (921) έναντι των φυσιολογικών τοκετών (755).

Τέλος, διαπιστώνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ήταν προσωπική επιλογή των γυναικών η μέθοδος του τοκετού που θα ακολουθούσαν και η σχέση κατηγορίας δωματίου και ανεπίσημων πληρωμών ήταν ανάλογη, δηλαδή όσο καλύτερο ήταν το δωμάτιο, τόσο καλύτερες ήταν και οι πληρωμές των γιατρών, γεγονός που συνδέεται με το εισόδημα όπως φαίνεται στον ίδιο πίνακα.

Πίνακας 8 Σχέση μεταξύ ανεπίσημων πληρωμών (€) και δημογραφικών χαρακτηριστικών

Τόπος τοκετού	
Αθήνα	989
Επαρχία	332
Εθνικότητα	
Ελληνική	1031
Μη ελληνική	385
Εργασιακή κατάσταση	
Εργαζόμενοι	1044
Άνεργοι	534
Μορφωτικό επίπεδο	
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	488
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	867
Ανώτερη εκπαίδευση	1121
Μηνιαίο οικογενειακό	

εισόδημα	
< 3000 €	811
>3000 €	1177
Τύπος τοκετού	
Καισαρική τομή	921
Φυσιολογικός τοκετός	755
Ιατρική εκτέλεση της εργασίας	
Με ευθύνη του γιατρού	261
Προσωπική επιλογή	953
Τύπος δωματίου	
Μονόκλινο	1121
Δίκλινο	897
Τρίκλινο	229

Πηγή: (Kaitelidou, Tsirona, Galanis, Siskou, Mladovsky, & Kouli, 2013)

2.4 Οι ιδιωτικές μαιευτικές υπηρεσίες

Η γέννηση ενός παιδιού στην οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό και ευτυχές γεγονός για την συντριπτική πλειονότητα των ανθρώπων. Η ελαχιστοποίηση των επιπλοκών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η γέννηση υγιών παιδιών αποτελεί στόχο της εθνικής πολιτικής υγείας, ο οποίος στην χώρα μας έχει αφηθεί κυρίως στην οικογένεια και την έγκυο μητέρα. Τουλάχιστον το 90% των ενδιαφερόμενων δείχνει να θεωρεί ότι η αποτελεσματική έκβαση της εγκυμοσύνης και του τοκετού αντιμετωπίζεται με την προσφυγή σ' ένα ειδικό ιατρό (μαιευτήρα - γυναικολόγο). Ο τελευταίος αναλαμβάνει την συστηματική παρακολούθηση της εγκύου και την υλοποίηση της τελικής πράξης του τοκετού, η οποία για λόγους ασφαλείας έχει καθιερωθεί από τους ίδιους τους ειδικούς να πραγματοποιείται σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές. (Νιάκας Δ., 2001)

Οι αντιλήψεις αυτές, σε συνδυασμό με τις καθιερωμένες διαδικασίες πρόσβασης στους ειδικούς ιατρούς και τα μαιευτήρια, διαμορφώνουν τα δεδομένα της αγοράς μαιευτικών υπηρεσιών. Σε αντίθεση με τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, στις μαιευτικές κυριαρχεί η ιδιωτική παροχή. Οι κυριότεροι λόγοι κατά πάσα πιθανότητα σχετίζονται με: (Νιάκας Δ., 2001)

- τη φύση του τοκετού, ο οποίος δεν αποτελεί «ασθένεια», άρα η υπέρτατη ποιότητα των ξενοδοχειακών υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα βαραίνει περισσότερο από το υψηλότερο επίπεδο των στενά ιατρικών υπηρεσιών στον δημόσιο τομέα,
- τη μικρή παράδοση και την ανεπαρκή ακόμα ανάπτυξη των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, ιδίως στην περιφέρεια, φαινόμενο που εξηγεί τη συρροή επίτοκων από όλη την Ελλάδα στα μαιευτήρια της Αθήνας και
- τη μεγάλη προσφορά ειδικών ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα και αναμένουν να αποκομίσουν εισοδήματα από την ιδιωτική άσκηση του έργου τους.

Με σταθερό αριθμό τοκετών και διαρκώς αυξανόμενη προσφορά ειδικών γιατρών, ασκείται συνεχώς πίεση προς τον δημόσιο τομέα και αυξάνεται ο αριθμός των γεννήσεων στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Ο αριθμός των μαιευτήρων, σε σχέση με το μέγεθος της ιδιωτικής τους πελατείας, καθορίζει και τη ροή των τοκετών προς το μαιευτήριο με το οποίο συνεργάζονται. Συνεπώς, οι ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες ανταγωνίζονται άμεσα όχι για τον αριθμό των εγκύων γυναικών, αλλά για τον αριθμό και την φήμη των συμβεβλημένων μαιευτήρων, ώστε να προσελκύσουν ιατρούς και έτσι να αυξήσουν τον αριθμό των τοκετών που πραγματοποιούν. Αυτή η παρατήρηση είναι χαρακτηριστική του ιδιωτικού τομέα παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών σε φιλελεύθερα συστήματα υγείας, όπως αυτό των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Ο ιδιωτικός τομέας έχει αποσπάσει σημαντικό μερίδιο της αγοράς μαιευτικών υπηρεσιών, μέσω των αποκλειστικών συμβολαίων με μαιευτήρες, ξεπερνώντας με αυτόν τον τρόπο, το εμπόδιο της σταθερότητας της ζήτησης. Ωστόσο, η επιλογή του ιδιωτικού τομέα για την πράξη του τοκετού συνεπάγεται ένα υψηλό κόστος για την οικογένεια λόγω της έλλειψης πολιτικής αποζημίωσης από πλευράς κοινωνικής ασφάλισης. (Νικολουδάκη Κ., 2011)

2.5 Το ιατροκεντικό μοντέλο των μαιευτικών υπηρεσιών

Οι μαιευτικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν ορισμένες ιδιομορφίες δεδομένων των δυνάμεων της ζήτησης και προσφοράς στην αγορά των υπηρεσιών αυτών. Η ζήτηση για μαιευτικές υπηρεσίες είναι σταθερή και ο ιδιωτικός τομέας καλείται να αντιμετωπίσει το εμπόδιο αυτό μέσω της προσέλκυσης μαιευτήρων –

γυναικολόγων και της σύναψης αποκλειστικών συμβάσεων. Η κυριαρχία του ιατρικοκεντρικού μοντέλου στην χώρα μας σε συνδυασμό με τις δυσκολίες πρόσβασης της εγκύου στον ειδικό μαιευτήρα αλλά και στις προγεννητικές υπηρεσίες στον δημόσιο τομέα ενισχύουν τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα στον κλάδο των γυναικείων υπηρεσιών υγείας. (Αρσενοπούλου Ι., 2001)

Σε μερικές χώρες η διενέργεια των τοκετών από μαίες έχει σχεδόν εκλείψει. Οι Η.Π.Α. και ο Καναδάς αποτελούν τα πιο κραυγαλέα παραδείγματα, ενώ όμοια φαινόμενα παρατηρούνται και στην Ελλάδα. Η έλλειψη οργανωμένης δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις μαιευτικές υπηρεσίες, η οποία εμφανίζεται κυρίως στο στάδιο της προγεννητικής φροντίδας με την μορφή μακράς λίστας αναμονής, εμποδίζει την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ εγκύου και γιατρού. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη του ιατροκεντρικού μοντέλου στις μαιευτικές υπηρεσίες είναι αισθητή σε όλα τα στάδια της κύησης.

Σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στην Ελλάδα η επιβεβαίωση της κύησης πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο από τον γυναικολόγο μαιευτήρα και όχι από τον οικογενειακό γιατρό. Ακόμα και κατά την διάρκεια της προγεννητικής περιόδου και της πράξης του τοκετού, κύριος υπεύθυνος παραμένει ο μαιευτήρας, σε αντίθεση με άλλες χώρες όπου πρωταγωνιστικό ρόλο κατέχουν οι μαίες. Ακόμα, στις μαίες αποδίδεται ο λιγότερος ιατρικός παρεμβατισμός και η μεγαλύτερη ικανοποίηση των μητέρων. Συγκεκριμένα, αναφέρονται λιγότερες τεχνικές πρόκλησης τοκετού, λιγότερη φαρμακευτική αναλγησία και λιγότερη χρήση επισκληρίδιας αναισθησίας. (Ματσαγγάνης Μ., 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

3.1 Ασφαλιστική κάλυψη προ ΕΟΠΥΥ

Πριν από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, με το 50% αυτού να καλύπτεται από το ΙΚΑ, το 20% από τον ΟΓΑ, το 13% από τον ΟΑΕΕ και το 12% από τον ΟΠΑΔ. Επομένως, ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ καλύπτει περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Η ύπαρξη διαφορετικών ταμείων είχε ως αποτέλεσμα να διαμορφωθούν ποικίλες δέσμες παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά τη δεκαετία του 1980, το εύρος των υπηρεσιών αυτών επεκτάθηκε. Από το 1982, ο ΟΓΑ άρχισε να παρέχει φαρμακευτική κάλυψη, ενισχύθηκε η διαθεσιμότητα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη λειτουργία 200 περίπου αγροτικών κέντρων υγείας και ο ΟΑΕΕ επέκτεινε την κάλυψη πρωτοβάθμιας φροντίδας. (Οικονόμου Χ., Μάρτιος 2012)

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο αριθμός των ταμείων μειώθηκε περίπου στο μισό, με πολλά μικρά ταμεία να ενσωματώνονται στο ΙΚΑ, το οποίο προσέφερε το πιο ολοκληρωμένο πακέτο προστασίας. Παρ' όλα αυτά, σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κάλυψη εξακολούθησαν να υπάρχουν. Για παράδειγμα, οι παροχές του ΟΠΑΔ ήταν καλύτερες από αυτές του ΙΚΑ, του ΙΚΑ καλύτερες από του ΟΑΕΕ, ενώ του ΟΓΑ ήταν οι πιο περιορισμένες. Διαφοροποιήσεις επίσης υπήρχαν μεταξύ των ταμείων ως προς την ελευθερία επιλογής από τους ασφαλισμένους των προμηθευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όσον αφορά τις παροχές μητρότητας, παρουσιάζονται παρακάτω τα επιδόματα και η οικονομική βοήθεια που παρείχαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία.

- *Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών – ΙΚΑ*

Το ΙΚΑ, προσέφερε στην νέες μητέρες ένα σύνολο παροχών είτε με την μορφή χρηματικών επιδομάτων, είτε μέσω ολοκληρωμένων υπηρεσιών. Στις άμεσα ασφαλισμένες χορηγούσε επίδομα μητρότητας (κυοφορίας και λοχείας) και το εφάπαξ βοήθημα τοκετού.

Το επίδομα μητρότητας παρεχόταν στην άμεσα ασφαλισμένη που είχε πραγματοποιήσει τουλάχιστον 200 ημέρες ασφάλισης στο διάστημα των δύο προηγούμενων ετών πριν την πιθανή ημερομηνία τοκετού και δεν εργαζόταν την περίοδο της επιδότησης. Το ποσό της επιδότησης υπολογιζόταν βάση του μέσου όρου των αποδοχών των τριάντα τελευταίων ημερών ασφάλισης του προηγούμενου έτους, ενώ καταβαλλόταν ένα συμπληρωματικό ποσό από τον ΟΑΕΔ στη μητέρα προκειμένου να συμπληρώσει το σύνολο των αποδοχών της για τις ημέρες που δεν εργάστηκε.

Το εφάπαξ βοήθημα τοκετού δικαιούταν η άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένη κατά την στιγμή του τοκετού. Το βοήθημα τοκετού υπολογιζόταν βάσει του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη που ανερχόταν στα 33,04 ευρώ. Συνεπώς το βοήθημα αυτό διαμορφωνόταν στο ποσό των 991,20 ευρώ. ($33,04 \times 30 = 991,20$). Αυτό το ποσό διπλασιαζόταν σε περίπτωση δίδυμης κύησης κοκ. (Νικολουδάκη Κ., 2011)

Το βοήθημα τοκετού δινόταν αντί μαιευτικής περίθαλψης σε νοσοκομείο του ΕΣΥ ή σε ιδιωτική κλινική για φυσιολογικό τοκετό έως 6 ημέρες νοσηλείας. Τα έξοδα νοσηλείας καλύπτονταν από την ασφαλισμένη και στην συνέχεια της καταβάλλονταν το ποσό των 991,20 ευρώ αντί της μαιευτικής περίθαλψης. Σε περίπτωση παθολογικής εξέλιξης του τοκετού (καισαρική τομή, χρήση θερμοκοιτίδας) ο οργανισμός παρείχε επιπρόσθετη νοσοκομειακή περίθαλψη με απόδοση της σχετικής δαπάνης σύμφωνα με την κρατική διατίμηση.

Ακόμα, το ΙΚΑ κάλυπτε τις βασικές δαπάνες σε περίπτωση εξωσωματικής γονιμοποίησης για τις γυναίκες ηλικίας 23 έως 45 ετών. Σε κάθε γυναίκα επιτρεπόταν εξωσωματική γονιμοποίηση έως και τέσσερις φορές συνολικά και στο διάστημα της προσπάθειας αυτής καλυπτόταν πλήρως η φαρμακευτική αγωγή που θα χρησιμοποιούταν καθώς και οποιοδήποτε υγειονομικό υλικό.

- *Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων - ΟΓΑ*

Οι γυναίκες που ήταν ασφαλισμένες στον ΟΓΑ , είτε άμεσα είτε έμμεσα, δικαιούνταν τις κοινωνικές παροχές και τις παροχές υγείας από τον οργανισμό, που σημαίνει ότι λάμβαναν επίδομα μητρότητας (κυφορίας και λοχείας) και παροχές περιθάλψεως.

Ειδικότερα, το επίδομα μητρότητας για τις γυναίκες που θα επέλεγαν να γεννήσουν σε δημόσιο νοσοκομείο ανερχόταν στο ποσό των 450,09 ευρώ. Σε περίπτωση που θα γεννούσαν δίδυμα, τρίδυμα κοκ και βρίσκονταν στην ζωή κατά την ημερομηνία

υποβολής αίτησης για την χορήγηση παροχών, το επίδομα αυτό αυξανόταν για κάθε παιδί κατά 50%. Ακόμα, οι ασφαλισμένες μητέρες του ΟΓΑ απαλλάσσονταν από την υποχρέωση καταβολής νοσηλίων σε νοσοκομεία του ΕΣΥ. (Νικολουδάκη Κ., 2011)

Αντίστοιχα, για τις γυναίκες που θα επέλεγαν να γεννήσουν σε ιδιωτικό μαιευτήριο, προβλεπόταν η παροχή εφάπαξ του επιδόματος κυοφορίας και λοχείας, ίσο με 450,09 ευρώ, και επιπλέον βοήθημα τοκετού ίσο με 225,04 ευρώ.

- *Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου – ΟΠΑΔ*

Στις ασφαλισμένες γυναίκες του δημοσίου, η άδεια κύησης και τοκετού χορηγούταν με πλήρεις αποδοχές και ασφαλιστική κάλυψη και θεωρούταν χρόνος πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας. Οι αποδοχές της περιόδου κύησης και τοκετού κάλυπταν συνολικά διάστημα 5 μηνών και υπολογίζονταν με βάση τις πραγματικές αποδοχές της εργαζόμενης.

Ακόμα, ο ΟΠΑΔ κατέβαλλε επίδομα τοκετού (φυσιολογικού ή καισαρικής τομής) 1000 ευρώ στην άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένη χωρίς καμία άλλη υποχρέωση. Το επίδομα αυτό αυξανόταν κατά 50% σε περίπτωση γέννησης δίδυμων ή τρίδυμων. Το επίδομα τοκετού κάλυπτε τα έξοδα νοσηλείας έως 4 ημέρες σε νοσοκομείο του ΕΣΥ ή σε ιδιωτικό μαιευτήριο. Διευκρινίζεται ότι το ποσό των 1000 ευρώ αφαιρούνταν από τις αποδοχές που καταβάλλονταν στην ασφαλισμένη την περίοδο της άδειας μητρότητας.

- *Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών – ΟΑΕΕ*

Ο ΟΑΕΕ παρείχε στις ασφαλισμένες του επίδομα τοκετού ίσο με 800 ευρώ. Σε περίπτωση διδύμων το ποσό αυξανόταν κατά 50% και σε περίπτωση τριδύμων κατά 100%. Το εφάπαξ βοήθημα τοκετού κάλυπτε φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή έως 4 ημέρες νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτικό μαιευτήριο. Εάν προέκυπε τοκετός με επιπλοκές, όπου η νοσηλεία παρατεινόταν πέραν των τεσσάρων ημερών, ο οργανισμός κατέλαβε συμπληρωματικά, το ισχύον κλειστό νοσήλιο κρατικών νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών για τις επιπλέον ημέρες νοσηλείας. (Νικολουδάκη Κ., 2011)

Τέλος, ο ΟΑΕΕ συνέβαλλε και στην κάλυψη δαπανών για εξωσωματική γονιμοποίηση, όπου εάν η προσπάθεια είχε θετική έκβαση, ο οργανισμός κατέβαλε το ποσό που ορίζουν κάθε φορά από τις διατάξεις. Για το 2010 το ποσό αυτό ανερχόταν

στα 352,16 ευρώ. Σε περίπτωση ανεπιτυχούς προσπάθειας κατέβαλε το ήμισυ του παραπάνω ποσού. Καλυπτόταν επίσης και η φαρμακευτική αγωγή με συμμετοχή του ασφαλισμένου κατά 25%.

3.2 Δημιουργία Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό, αποτελεί την βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην πρόσφατη περίοδο. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 90% του πληθυσμού και κατ' επέκταση κατέχει ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας.

Σύμφωνα με τον κανονισμό της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ, επιδιώκεται να εξασφαλισθεί η ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των πολιτών. (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2011)

Οι εισροές του οργανισμού με βάση τις αρχικές εκτιμήσεις προέρχονταν κατά το μεγαλύτερο μέρος τους από την ετήσια κρατική επιχορήγηση και από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των αρμοδίων δημοσίων αρχών. Δεδομένων αυτών ο ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό, ανέμενε έσοδα άνω των 8 δις € για το 2012, με βάση το ύψος της κρατικής χρηματοδότησης και της εξίσωσης των εισφορών των τεσσάρων ταμείων στο 7,65% του εισοδήματος.

Πίνακας 9 Εισροές του ΕΟΠΥΥ για το έτος 2012

Εισροές	2012
Σύνολο Ασφαλισμένων (x 1.000)	11.351
Άμεσα	6.381
Έμμεσα	4.970
Ετήσιες Εισφορές (σε εκατ. €)	4.565
Εργοδότες	2.080
Ασφαλισμένοι	2.485
Συμμετοχή του κράτους (εκτίμηση σε εκατ. €)	1.500

Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ (εκτίμηση σε εκατ. €)	500
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65% (του ΙΚΑ) (εκτίμηση σε εκατ. €)	>1.500
Σύνολο	>8.000

Πηγή: (Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2012)

Αναλυτικότερα, από τη συμμετοχή του κράτους η οποία αντιστοιχεί στο 0,6% του ΑΕΠ εισέρχονται στα ταμεία του ΕΟΠΥΥ 1,5 δις € και από τις ασφαλιστικές εισφορές, 4,5 δις €. Επιπλέον από τις νομοθετικές ρυθμίσεις προσαρμογής των εισφορών του ΟΠΑΔ υπολογίζονται επιπλέον 500 εκατ. € και από τη εξίσωση των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων στα επίπεδα των εισφορών του ΙΚΑ (7,65%) αναμένονται επιπλέον έσοδα 1,5 δις €.

Διάγραμμα 4 Εισφορές προς τον ΕΟΠΥΥ σε δις ευρώ για το έτος 2012



Πηγή: (Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2012)

Παρά το γεγονός αυτό, το αρχικό σχήμα και οι αντίστοιχες προβλέψεις δεν έχουν επαληθευθεί, ενώ οι τροποποιήσεις οι οποίες έλαβαν χώρα πρόσφατα, όπως η μείωση της κρατικής επιχορήγησης στο 0,4% του ΑΕΠ (από 0,6%), σε συνδυασμό με την μη προσαρμογή των εισφορών του ΟΠΑΔ και την αδυναμία εξίσωσης των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την σημαντική υστέρηση των εσόδων, κατάσταση η οποία υπολείπεται των αρχικών εκτιμήσεων πλέον των 2,5 δις €. (ΕΣΔΥ, 2012)

Η διαπραγματευτική δύναμη του οργανισμού δύναται να ασκηθεί μερικώς και ατελώς στις συναλλαγές με τους συμβεβλημένους γιατρούς και με τον ιδιωτικό τομέα, δηλαδή τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται εξαιτίας του συσσωρευμένου χρέους το οποίο έχει μεταφερθεί στον ΕΟΠΥΥ από τα εντασσόμενα ταμεία (3,6 δις € περίπου) και ακόμη από την δυσχέρεια ανταπόκρισης στις πληρωμές των προμηθευτών (γιατροί, φαρμακεία, κλινικές, νοσοκομεία).

Με βάση αυτές τις εκτιμήσεις, η προσδοκώμενη μείωση της δαπάνης από την άσκηση της μονοψωνιακής δύναμης του ΕΟΠΥΥ υπόκειται σε περιορισμούς καθώς η διαπραγματευτική ικανότητά του οργανισμού είναι μικρή και δεν μπορεί να ασκηθεί σε μεγάλο μέρος του πεδίου εφαρμογής. Η μείωση της δαπάνης εν τούτοις, αναμένεται να προκαλέσει μετακύληση του κόστους στα νοικοκυριά και δεδομένου ότι δεν έχουν αναπτυχθεί πολιτικές βελτίωσης της αποδοτικότητας εκτιμάται ότι μεσοπρόθεσμα ωθεί σε μια διαδικασία αποασφάλισης και δραματικής μείωσης των παροχών υγείας. (Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2012)

Ενδεικτικά, ο ΕΟΠΥΥ προς συγκράτηση της δαπάνης προσανατολίζεται σε συμβάσεις με περιορισμένο αριθμό ιδιωτών γιατρών ενώ διατηρεί παράλληλα τις αμοιβές τους σε χαμηλά επίπεδα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, η μη διασφάλιση κινήτρων στους γιατρούς να λειτουργεί ως εμπόδιο σύναψης συμβάσεων με τον οργανισμό γεγονός το οποίο οδηγεί σε περιορισμό της προσφοράς υπηρεσιών και συνεπώς σε ανικανοποίητη ζήτηση, η οποία αναζητεί διέξοδο στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, πράγμα το οποίο προκαλεί αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα (κατά 28%), φαινόμενο το οποίο δεν ερμηνεύεται από την αύξηση της νοσηρότητας ή την μετακίνηση από τον ιδιωτικό τομέα.

Πίνακας 10 Δαπάνες ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012)

Δαπάνη	2012
Οικογενειακός γιατρός	0,35 - 0,50 δις €
Οικογενειακός παιδίατρος	0,10 - 0,15 δις €
Γιατροί ειδικοτήτων	1,20 – 1,50 δις €
Εργαστηριακές πράξεις	0,50 – 0,70 δις €
Φαρμακευτική περίθαλψη	2,50 – 3,00 δις €
Σύνολο	4,65 – 5,85 δις €
Υπάρχουσα υποδομή	0,60 – 0,70 δις €
Γενικό Σύνολο	5,25 – 6,55 δις €

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Με βάση τις εκτιμήσεις των ασφαλιστικών φορέων οι οποίοι συναπαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ αναμενόταν μεταφορά πόρων στον προϋπολογισμό του 2012 ύψους 7,87 δις €. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΠΥΥ το σύνολο των εσόδων ανέρχεται στα 5,53 δις € και ως εκ τούτου διαμορφώνεται έλλειμμα άνω των 2 δις €. Το αποτέλεσμα είναι να μην ικανοποιείται η προϋπόθεση συγκρότησης ασφαλιστικού μονοφωνίου, καθώς ο νέος οργανισμός δεν διαχειρίζεται τον προϋπολογισμό του ως ασφαλιστικός οργανισμός με την άσκηση κατάλληλων και τεκμηριωμένων πολιτικών, αλλά ενεργεί ως «ταμειακός μηχανισμός είσπραξης εσόδων και εξόφλησης δαπανών». (ΕΣΔΥ, 2012)

Πίνακας 11 Προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για το 2012

Σύνοψη έσοδα	Προϋπολογισμός 2012	Εκτίμηση 2011 των φορέων οι οποίοι μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ 31.12.2011	Διαφορά (%)
Επιχορηγήσεις	795.000.000	2.015.770.000	-60,56%
Φόροι, τέλη, δικαιώματα	-	41.850.000	-100,00%
Ασφαλιστικές εισφορές	4.634.650.000	5.035.859.022	-7,97%

Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα	82.300.000	330.888.878	-75,13%
Προσαυξήσεις, πρόστιμα, χρηματικές ποινές και παράβολα	29.300.000	48.992.433	-40,19%
Λοιπά έσοδα	289.550.000	19.771.000	1364,52%
Έκτακτα έσοδα	200.000	3.268.018	-93,88%
Έσοδα από δάνεια	450.000	150.000	200,00%
Σύνολα	5.831.150.000	7.865.549.351	

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2012

Ο ΕΟΠΥΥ σχεδιάστηκε ως συγχώνευση των ασφαλιστικών οργανισμών με τη μορφή μονοψωνίου για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Στόχος του είναι η διεύρυνση της πρόσβασης μέσω της ελευθερίας επιλογής ιατρού, αλλά από συγκεκριμένο (και περιορισμένο) αριθμό ιατρών. Παράλληλα, η πληρωμή των προμηθευτών βασίζεται σε ένα σχήμα με “συμβάσεις πάγιας αντιμισθίας τύπου ΟΑΕΕ” ανεξαρτήτως του αριθμού των επισκέψεων, της δέσμης φροντίδας και της ποιότητας των υπηρεσιών.

Η κατάσταση, όμως, αυτή εμπεριέχει αντιφάσεις, οι οποίες οδηγούν στην αναπαραγωγή των στρεβλώσεων. (Κυριόπουλος Γ. , 2012)

- Ο ΕΟΠΥΥ στην πραγματικότητα είναι ένας διευρυμένος Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), με οικονομικά κίνητρα τύπου ΟΑΕΕ.
- Οι “συμβάσεις τύπου ΟΑΕΕ” δεν δημιουργούν προϋποθέσεις ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών ποιοτικής και ποσοτικής βελτίωσης της προσφοράς.
- Δεν δίδονται κίνητρα συνέχειας και ολοκλήρωσης της φροντίδας με την ενίσχυση της δικτύωσης και της ομαδικής άσκησης της κλινικής ιατρικής.

Το βασικό προς επίλυση ζήτημα παραμένει και είναι αναγκαίο να επιλυθεί με τη δημιουργία σχήματος με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (Κυριόπουλος Γ. , 2012)

- Την ελεύθερη επιλογή, η οποία προάγει την κυριαρχία του καταναλωτή.
- Την εμπλοκή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού προμηθευτών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις.
- Την προαγωγή μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης με προκαθορισμένες τιμές προς αποφυγή των φαινομένων ηθικού κινδύνου.
- Την ενθάρρυνση της ομαδικής άσκησης της κλινικής πρακτικής, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

3.3 Ασφαλιστική κάλυψη μετά ΕΟΠΥΥ

Η θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ συνοδεύτηκε με περιορισμό των ασφαλιστικών εισφορών προς τους δικαιούχους, καθώς ο αρχικός Κανονισμός Παροχών του οργανισμού (ΦΕΚ 2456/Β'/3-11-2011) τροποποιήθηκε δύο φορές (ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012 και ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012) και οδήγησε, α) στην εισαγωγή εισοδηματικών κριτηρίων για τη δωρεάν χορήγηση υγειονομικού υλικού σε τετραπληγικούς, παραπληγικούς, νεφροπαθείς, μεταμοσχευμένους, οροθετικούς, β) σε περιορισμό των δικαιολογούμενων φυσικοθεραπειών, λογοθεραπειών, εργοθεραπειών, αεροθεραπειών, λουτροθεραπειών και γ) στη μη κάλυψη ορισμένων ακριβών εξετάσεων όπως για παράδειγμα PCR και για θρομβοφιλία. Αναφορικά με το επίδομα τοκετού, οι αλλαγές που επέφερε ο ΕΟΠΥΥ παρουσιάζονται παρακάτω. (Οικονόμου Χ., 2013)

3.3.1 Επίδομα τοκετού και άδεια μητρότητας

Τον Οκτώβριο του 2011, το επίδομα τοκετού αξιοποιήθηκε για να ενισχυθούν με αυτό τα ιδιωτικά μαιευτήρια, αφού οι δικαιούχοι περιορίστηκαν στις γυναίκες που γεννούσαν σε αυτά και το ποσό του επιδόματος κατέληγε στα ταμεία τους. Η κυβέρνηση χρησιμοποιεί το επίδομα των 900 ευρώ για να πριμοδοτήσει τον τοκετό στο σπίτι, αφού μόνο σε αυτές τις περιπτώσεις το χορηγεί. (Στο άρθρο 13 της υπ' αριθμ. ΕΜΠ5 Αρ. Φύλλου 3054/18-11-2012 ΚΥΑ ορίζεται ρητά ότι ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρέχει στις άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένες του μαιευτική περίθαλψη μέσω των συμβεβλημένων παρόχων υγείας, στα πλαίσια της ισχύουσας κάθε φορά νομοθεσίας και των όρων των

συμβάσεων με αυτούς. Η συμμετοχή των ασφαλισμένων γίνεται με τους ίδιους όρους που αφορούν τις νοσηλείες του άρθρου 10. Σε περίπτωση τοκετού εκτός νοσηλευτικού ιδρύματος, καταβάλλεται αντί μαιευτικής περίθαλψης εφάπαξ χρηματικό βοήθημα ύψους 900€, 1200€ για δίδυμη κύηση και 1600€ για τρίδυμη κύηση. Από τα ανωτέρω συνάγεται ότι δεν καταβάλλεται επίδομα τοκετού όταν αυτός πραγματοποιηθεί εντός νοσηλευτικού ιδρύματος, κρατικού ή ιδιωτικού, συμβεβλημένου ή μη συμβεβλημένου) (Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης, 2013)

Πριν τον ΕΟΠΥΥ τα ασφαλιστικά ταμεία χορηγούσαν επίδομα τοκετού που υπερκάλυπτε το κόστος του τοκετού στο δημόσιο. Για παράδειγμα, σε δημόσιο μαιευτήριο οι ασφαλισμένοι πλήρωναν για τις 4 μέρες - τις επιπλέον τις πλήρωνε το ταμείο - 308 ευρώ και το επίδομα τοκετού που χορηγούσε το ΙΚΑ και ο ΟΠΑΔ ήταν 1.006 ευρώ. Όσον αφορά τα νέα αυτά μέτρα, το υπουργείο Υγείας εκτιμά πως από τον περιορισμό τους θα εξασφαλίσει 15 εκατ. ευρώ το 2013.

Την κατάργηση του επιδόματος τοκετού ανακοίνωσε ο τότε αναπληρωτής υπουργός Υγείας, στο πλαίσιο της περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης του ΕΟΠΥΥ. Αναφέρθηκε ότι καταργείται το επίδομα τοκετού γιατί το κόστος εκτοξεύθηκε το 2012 στα 19 εκατ. ευρώ καθώς δόθηκε σε όλες τις γυναίκες ανεξαιρέτως, ενώ ο νόμος όριζε ότι το επίδομα λαμβάνουν όσες γυναίκες δεν γεννούν σε δημόσιο νοσοκομείο. «Αφού ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει τα νοσήλια στα ιδιωτικά και δημόσια μαιευτήρια, δεν μπορεί να δίνει και επίδομα», αναφέρθηκε χαρακτηριστικά.

Από την άλλη μεριά, ενέχονται κίνδυνοι για τη μητέρα και το παιδί όταν ο τοκετός στο σπίτι δεν πραγματοποιείται σε συνθήκες όπου υπάρχει ασθενοφόρο σε ετοιμότητα, σύνδεση με το νοσοκομείο και το γιατρό για να αντιμετωπιστούν πιθανές επιπλοκές, λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές. Τη στιγμή που τα δημόσια νοσοκομεία ασφυκτιούν από τις ελλείψεις, τα κενά και την υποχρηματοδότηση, το επίδομα τοκετού χρησιμοποιείται σαν δικαιολογία για να παγιδεύσει τις γυναίκες να γεννήσουν έξω από αυτά. (Ομοσπονδία Γυναικών Ελλάδας, 2013)

Σε περίπτωση πάραυτα που ο τοκετός πραγματοποιηθεί στο σπίτι, χορηγείται το βοήθημα τοκετού με την υποβολή των παρακάτω δικαιολογητικών: (Υπουργείο Υγείας , 2012)

- ✓ Απόδειξη παροχής υπηρεσιών της μαίας.
- ✓ Βεβαίωση αυτής ότι ο τοκετός πραγματοποιήθηκε στο σπίτι.

- ✓ Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 της άμεσα ασφαλισμένης στην οποία θα δηλώνει ότι το τοκετός πραγματοποιήθηκε στο σπίτι.
- ✓ Ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού.

3.3.2 Ειδική άδεια μητρότητας

Μετά τη λήξη της άδειας μητρότητας και της ισόχρονης προς το μειωμένο ωράριο άδειας, η ασφαλισμένη που απασχολείται σε επιχειρήσεις ορισμένου ή αορίστου χρόνου, με πλήρη ή μερική απασχόληση, δικαιούται να λάβει ειδική άδεια προστασίας μητρότητας έξι (6) μηνών. Για τη διάρκεια της εν λόγω άδειας καταβάλλεται από τον ΟΑΕΔ ειδική παροχή στην εργαζόμενη μητέρα.

Ο χρόνος της ειδικής άδειας προστασίας της μητρότητας λογίζεται ως χρόνος ασφάλισης στον κλάδο Σύνταξης και Ασθένειας. Η παροχή αυτή μπορεί να διακοπεί είτε λόγω πρόσληψης και απασχόλησης της δικαιούχου σε νέο εργοδότη ή με αίτηση διακοπής της γυναίκας. Αρμόδιος φορέας για την καταβολή της ειδικής παροχής είναι η τοπική Υπηρεσία του ΟΑΕΔ και η δικαιούχος οφείλει, εντός 60 ημερών από τη λήξη της άδειας μητρότητας, της ισόχρονης προς το μειωμένο ωράριο άδειας ή και της ετήσιας κανονικής άδειας, να υποβάλλει το σχετικό της αίτημα στον ΟΑΕΔ. (Ινστιτούτο Εργασίας, 2012-2015)

Η εν λόγω άδεια έπεται της κανονικής άδειας μητρότητας ή της περιόδου κατά την οποία η εργαζόμενη ασκεί μισθωτή δραστηριότητα με μειωμένο ωράριο και η διάρκεια της μπορεί να είναι 6 μήνες κατ' ανώτατο όριο. Κατά τη διάρκεια της άδειας αυτής, ο ΟΑΕΔ καταβάλλει στην εργαζόμενη μηνιαίο ποσό ίσο με τον ελάχιστο μισθό, καθώς και ένα ποσοστό του επιδόματος αδείας. (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2012)

Τέλος, για νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) ιδιωτικών κλινικών αποδίδεται:

- α) ημερήσιο νοσήλιο ύψους 150 € για απλή ή πρωτοβάθμια φροντίδα (επίπεδο I) και ενδιάμεση νοσηλεία ή δευτεροβάθμια φροντίδα (επίπεδο II) και
- β) ημερήσιο νοσήλιο ύψους 300 € για εντατική νοσηλεία ή τριτοβάθμια φροντίδα (επίπεδο III). (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2011)

3.4 Κοστολόγηση καισαρικών τομών και φυσιολογικών τοκετών στα ιδιωτικά μαιευτήρια

Όπως αναφέρθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια, η ιδιωτικοποίηση των μαιευτικών υπηρεσιών στην χώρα μας είναι γεγονός και για πολλές επίτοκες η επιλογή ενός ιδιωτικού μαιευτηρίου αποτελεί μονόδρομο.

Στους παρακάτω συγκριτικούς πίνακες παρατίθενται οι τιμές για τις πιο συνηθισμένες κατηγορίες δωματίων (τρίκλινο, δίκλινο, μονόκλινο, LUX και σουίτα) για τα 5 μεγαλύτερα ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας, όπως διαμορφώνονται μέσω της ασφαλιστικής κάλυψης του ΕΟΠΥΥ για το έτος 2013. (genna.gr, 2013)

Πίνακας 12 Συγκριτικός πίνακας για φυσιολογικό τοκετό με ΕΟΠΥΥ

	<u>Μαιευτήριο Α</u> Πακέτο 3 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Β</u> Πακέτο 3 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Γ</u> Πακέτο 3 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Δ</u> Πακέτο 3 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Ε</u> Πακέτο 3 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ
Τρίκλινο	1017 ευρώ	1017 ευρώ	972 ευρώ	1000 ευρώ	1412 ευρώ
Δίκλινο	1300 ευρώ	1465 ευρώ	1989 ευρώ	2000 ευρώ	2486 ευρώ
Μονόκλινο	4012 ευρώ	3616 ευρώ	3571 ευρώ	3700 ευρώ	4011 ευρώ
LUX	5085 ευρώ	4520 ευρώ	5096 ευρώ	6750 ευρώ	7910 ευρώ
Σουίτα	7910 ευρώ	7400 ευρώ	10170 ευρώ	9500 ευρώ	11300 ευρώ

Πηγή: (genna.gr, 2013)

Όπως φαίνεται από των παραπάνω πίνακα, ο μέσος όρος κοστολόγησης ενός τρίκλινου δωματίου με φυσιολογικό τοκετό είναι 1083,6 ευρώ, ποσό αρκετά υψηλό αν αναλογιστούμε την κατάργηση του επιδόματος τοκετού από τον ΕΟΠΥΥ. Στην συνέχεια παρατίθεται το επιπρόσθετο κόστος νοσηλείας για κάθε επιπλέον ημέρα στα αντίστοιχα μαιευτήρια.

Πίνακας 13 Συγκριτικός πίνακας για φυσιολογικό τοκετό με ΕΟΠΥΥ για κάθε επιπλέον μέρα

	<u>Μαιευτήριο Α</u> Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Β</u> Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Γ</u> Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Δ</u> Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Ε</u> Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ
Τρίκλινο	113 ευρώ	113 ευρώ	113 ευρώ	180 ευρώ	203 ευρώ
Δίκλινο	170 ευρώ	170 ευρώ	282 ευρώ	260 ευρώ	339 ευρώ
Μονόκλινο	452 ευρώ	565 ευρώ	508 ευρώ	560 ευρώ	565 ευρώ
LUX	565 ευρώ	791 ευρώ	1526 ευρώ	-	1695 ευρώ
Σουίτα	904 ευρώ	1074 ευρώ	άγνωστο	1000 (περίπου)	-

Πηγή: (genna.gr, 2013)

Οι διαφορές στην τιμολόγηση του φυσιολογικού τοκετού και της καισαρικής τομής φαίνονται στους πίνακες 14 και 15 καθώς και στα διαγράμματα που ακολουθούν.

Πίνακας 14 Συγκριτικός πίνακας για καισαρική τομή με ΕΟΠΥΥ

	<u>Μαιευτήριο Α</u> Πακέτο 4 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Β</u> Πακέτο 4 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Γ</u> Πακέτο 4 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Δ</u> Πακέτο 4 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ	<u>Μαιευτήριο Ε</u> Πακέτο 3 διανυκτερεύσεων με ΕΟΠΥΥ
Τρίκλινο	1187 ευρώ	1130 ευρώ	1085 ευρώ	1240 ευρώ	1412 ευρώ
Δίκλινο	1469 ευρώ	1865 ευρώ	2283 ευρώ	2280 ευρώ	2486 ευρώ
Μονόκλινο	4294 ευρώ	4181 ευρώ	4147 ευρώ	4650 ευρώ	4011 ευρώ
LUX	5650 ευρώ	5085 ευρώ	5673 ευρώ	8200 ευρώ	7910 ευρώ
Σουίτα	9040 ευρώ	8475 ευρώ	10170 ευρώ	10000 ευρώ	11300 ευρώ

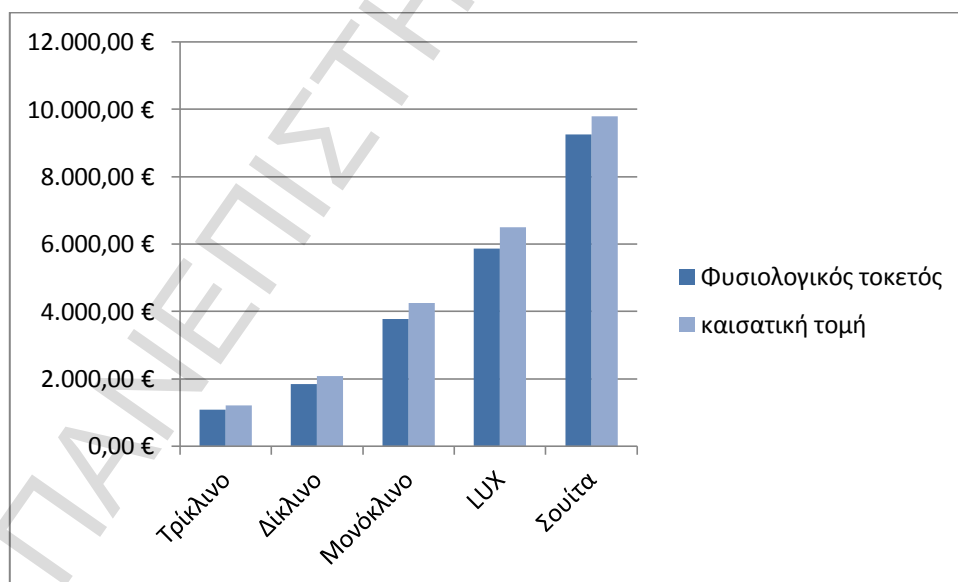
Πηγή: (genna.gr, 2013)

Πίνακας 15 Συγκριτικός πίνακας για καισαρική τομή με ΕΟΠΥΥ για κάθε επιπλέον μέρα

	<u>Μαιευτήριο Α</u>	<u>Μαιευτήριο Β</u>	<u>Μαιευτήριο Γ</u>	<u>Μαιευτήριο Δ</u>	<u>Μαιευτήριο Ε</u>
	Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ	Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση με ΕΟΠΥΥ
Τρίκλινο	113 ευρώ	113 ευρώ	113 ευρώ	180 ευρώ	203 ευρώ
Δίκλινο	170 ευρώ	170 ευρώ	282 ευρώ	260 ευρώ	339 ευρώ
Μονόκλινο	452 ευρώ	565 ευρώ	508 ευρώ	560 ευρώ	565 ευρώ
LUX	565 ευρώ	791 ευρώ	1526 ευρώ	-	1695 ευρώ
Σουίτα	904 ευρώ	1074 ευρώ	άγνωστο	1000 (περίπου)	-

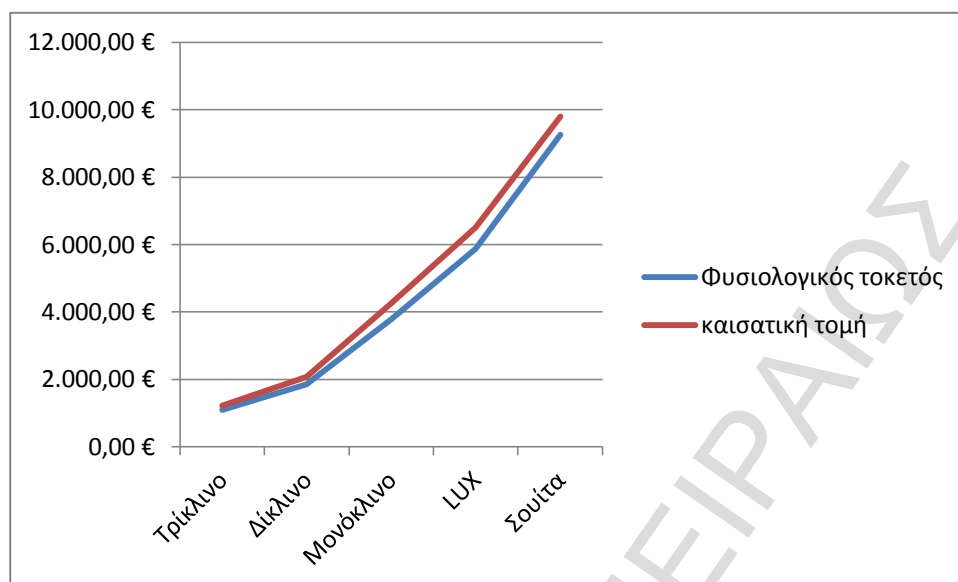
Πηγή: (genna.gr, 2013)

Διάγραμμα 5 Σύγκριση του κόστους φυσιολογικού τοκετού και καισαρικής τομής για όλες τις κατηγορίες δωματίων στα ιδιωτικά μαιευτήρια.



Πηγή: (genna.gr, 2013)

Διάγραμμα 6 Σύγκριση του κόστους φυσιολογικού τοκετού και καισαρικής τομής για όλες τις κατηγορίες δωματίων στα ιδιωτικά μαιευτήρια.



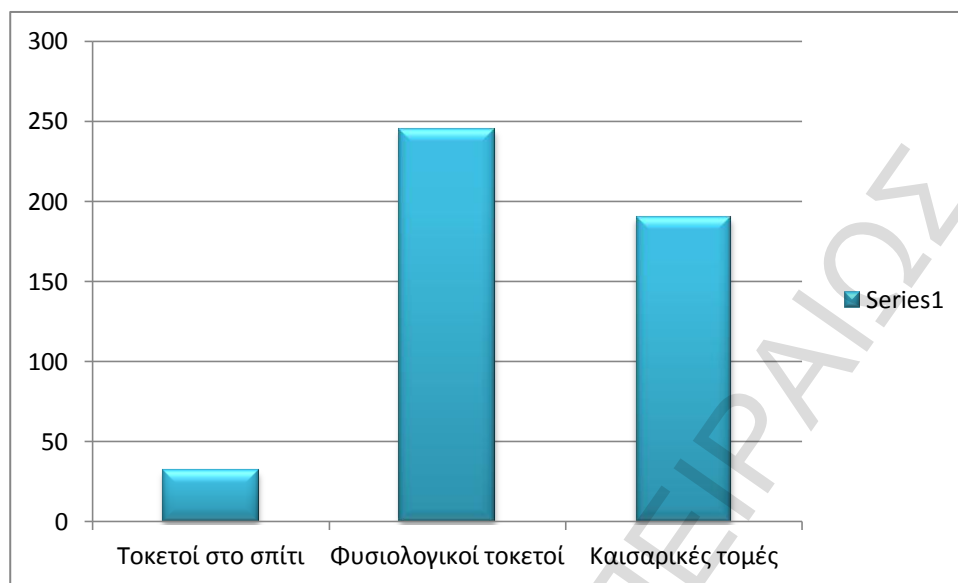
Πηγή: (genna.gr, 2013)

Από τους παραπάνω πίνακες γίνεται εμφανές ότι οι καισαρικές τομές κοστίζουν περισσότερο από τους φυσιολογικούς τοκετούς και δεδομένου του ιδιωτικού χαρακτήρα των μαιευτηρίων που εξετάζουμε είναι μια μέθοδος που επιφέρει κέρδη αν όχι επιδιώκεται.

3.5 Το κόστος του τοκετού στην Ελλάδα

Σύμφωνα με διαδικτυακή έρευνα που πραγματοποιήθηκε με θέμα το ποσοστό των καισαρικών τομών και το κόστος όλων των μεθόδων τοκετού για το έτος 2012 (σύνολο τοκετών που αξιολογήθηκαν 467), οι 245 ήταν φυσιολογικοί τοκετοί (52,46%), οι 190 ήταν καισαρικές τομές (40,69%) και οι 32 ήταν στο σπίτι (6,85%), όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι φυσιολογικοί τοκετοί με τις καισαρικές τομές αγγίζουν σχεδόν τα ίδια ποσοστά όταν σε χώρες του εξωτερικού γίνεται προσπάθεια μείωσης του ποσοστού των δεύτερων (20% είναι ένα αρκετά αυξημένο ποσοστό για τις αντίστοιχες χώρες). (Καλοπίσης Γ. Balasso P., 2012)

Διάγραμμα 7 Ποσοστά ΚΤ, ΦΤ και τοκετών στο σπίτι σε σύνολο 467 ερωτηθέντων

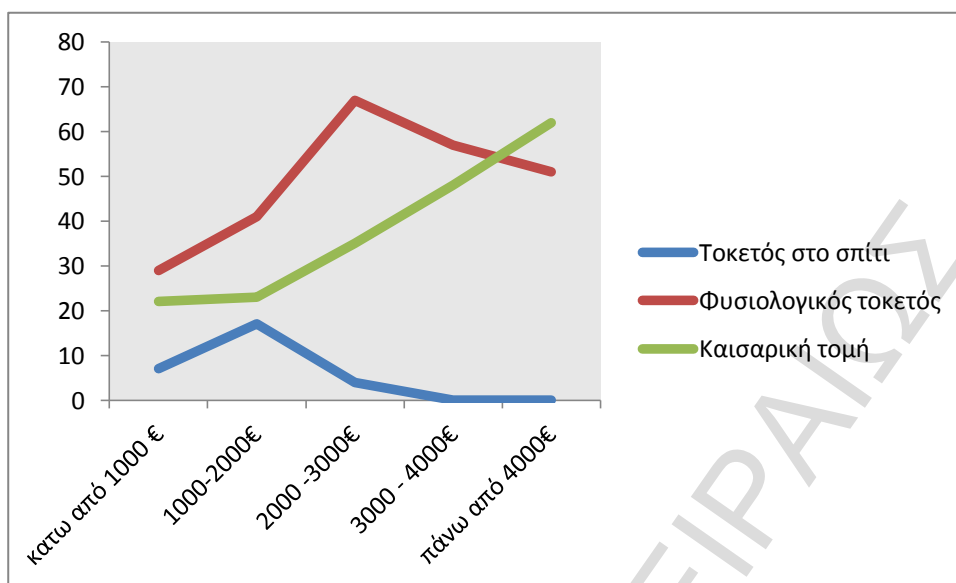


Πηγή: (Καλοπίσης Γ. Balasso P., 2012)

Όσον αφορά το κόστος του τοκετού, οι διακυμάνσεις είναι χαρακτηριστικές. Πιο αναλυτικά, σε 17 περιπτώσεις (53,13%) τοκετού στο σπίτι, το κόστος ήταν μεταξύ 1000 και 2000 ευρώ, σε 7 περιπτώσεις (21,88%) ήταν κάτω από 1000 ευρώ, σε 4 (12,5%) κόστισαν μεταξύ 2000 και 3000 ευρώ και σε άλλες 4 περιπτώσεις πάνω από 3000 ευρώ. Το κόστος του φυσιολογικού τοκετού έχει μεγαλύτερο εύρος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι 29 τοκετοί (11,84%) κόστισαν λιγότερο από 1000 ευρώ και 41 τοκετοί (16,73%) μεταξύ 1000 και 2000 ευρώ. Οι περισσότεροι τοκετοί, 67 (27,35%) κόστισαν μεταξύ 2000 και 3000 ευρώ. Επίσης πολλοί εντάσσονται στις δύο ακριβότερες κατηγορίες, με 57 τοκετούς (23,27%) να κοστίζουν μεταξύ 3000 και 4000 ευρώ και 51 (20,82) πάνω από 4000 ευρώ.

Το κόστος του τοκετού με καισαρική τομή είναι το υψηλότερο μεταξύ των τριών τύπων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περισσότεροι τοκετοί με καισαρική τομή κόστισαν πάνω από 4000 ευρώ (62 τοκετοί με ποσοστό 32,63%). Περίπου το ένα τέταρτο των περιπτώσεων κόστισε μεταξύ 3000 και 4000 ευρώ (48 καισαρικές), ενώ στις πιο χαμηλές διαβαθμίσεις τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 35 καισαρικές (18,42%) κόστισαν 2000 με 3000 ευρώ, 23 (12,11%) μεταξύ 1000 και 2000 ευρώ και μόνο 22 (11,58%) κόστισαν κάτω από 1000 ευρώ.

Διάγραμμα 8 Κόστος ΚΤ, ΦΤ και τοκετού στο σπίτι



Πηγή: (Καλοπίσης Γ. Balasso P., 2012)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 Η χρήση των καισαρικών τομών ανά τους αιώνες

Η καισαρική τομή είναι γνωστή από τα αρχαία χρόνια. Σε όλους τους πολιτισμούς από την Ανατολή μέχρι τη Δύση συναντάμε αναφορές για τη μέθοδο αυτή. Πανάρχαιοι μύθοι γύρω από την καισαρική τομή αποδίδουν ιδιαίτερες ικανότητες στα μωρά που γεννιούνται με τη μέθοδο αυτή και το αποτέλεσμα είναι σχεδόν πάντα επιτυχημένο αφού η μητέρα, αλλά και το βρέφος, καταφέρνουν να επιβιώσουν. Τη περίοδο της Αναγέννησης, η πρόοδος της ανατομίας βοήθησε στη βελτίωση της μεθόδου. Από το 16ο αιώνα έως το 18ο αιώνα πληθαίνουν οι αναφορές για τη χρήση της, όμως με μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας.

Η προέλευση της λέξης «καισαρική» δεν είναι σαφής. Τρεις κύριες εξηγήσεις έχουν προταθεί (Τζεβελέκης Φ., 2008):

1) Ο Ιούλιος Καίσαρ γεννήθηκε κατά τον τρόπο αυτό (1ος αιώνας π.Χ.). Ωστόσο, η άποψη δεν ευσταθεί λόγω του ότι η μητέρα του ήταν εν ζωή όταν εκείνος εισέβαλλε στη Βρετανία, κάτι το οποίο διαφαίνεται ακατόρθωτο, το να επιζήσει δηλαδή μια γυναίκα μετά από καισαρική τομή την εποχή εκείνη.

2) Πολύ νωρίτερα, τον 8ο αιώνα π.Χ., εφαρμόστηκε από τον κυβερνήτη της Ρώμης ένας νόμος (lex regia), ο οποίος αργότερα με την έλευση των ρωμαίων αυτοκρατόρων μετονομάστηκε σε lex caesarea, που σημαίνει «αυτοκρατορικός νόμος». Ο νόμος αυτός επέβαλλε τη μεταθανάτια επέμβαση σε μητέρες που απεβίωσαν κατά τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης με στόχο τη διάσωση του εμβρύου.

3) Η λέξη «καισαρική» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά κατά το Μεσαίωνα, προερχόμενη από τη λατινική λέξη caedere που σημαίνει «κόβω» ή «τέμνω», από την οποία προέρχεται και η λέξη caesura που σημαίνει «κόψιμο» ή «τομή». Υπό αυτή την έννοια ο όρος καισαρική τομή αποτελεί ταυτολογία. Θεωρούταν ένα μέτρο έσχατης ανάγκης για την επιβίωση του βρέφους από μια ετοιμοθάνατη ή ήδη νεκρή γυναίκα.

Σήμερα, ο όρος που αποδίδεται στην καισαρική τομή είναι: « η έξοδος του εμβρύου, του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων από την μητριαία κοιλότητα μετά από λαπαροτομία και διάνοιξη του τοιχώματος της μήτρας». (Παράσχος, 2012). Ενώ σύμφωνα με τον Μ. Ματσαγγάνη, «καισαρική τομή είναι η χειρουργική εκμαίευση του εμβρύου διαμέσου των τοιχωμάτων της μήτρας και της κοιλίας. Μπορεί να γίνει είτε προγραμματισμένα, συνήθως πριν από την αρχή του τοκετού, ή επειγόντως κατά την διάρκεια του τοκετού».

Κατά την ελληνική μυθολογία, ο θεός Απόλλωνας αγάπησε μια θνητή, την Κορωνίδα. Η Κορωνίδα ντράπηκε για την περιπέτεια της με το θεό Απόλλωνα γιατί ήταν αρραβωνιασμένη με τον Ισχύ, το γιο του βασιλιά της Αρκαδίας, με τον οποίο σε λίγες μέρες θα παντρευόταν. Την ημέρα του γάμου της ο Απόλλωνας θυμωμένος σκότωσε τον Ισχύ, ενώ η αδελφή του η Άρτεμις σκότωσε την Κορωνίδα. Η Κορωνίδα όμως ήταν έγκυος και ο Απόλλωνας δεν ήθελε να χαθεί το παιδί του. Λίγο πριν το σώμα της Κορωνίδας καεί στη νεκρική πυρά, ο ίδιος ο Απόλλωνας εξήγαγε το βρέφος δια μέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων της. Το παιδί ήταν ο Ασκληπιός, ο πατέρας της Ιατρικής.



ΕΙΚΟΝΑ 1

Η γέννηση του Ασκληπιού.

Αλλά και πλήθος άλλων "χειρουργικών" γεννήσεων ανάγουν την απώτερη καταγωγή της καισαρικής στην ελληνική μυθολογία. Για παράδειγμα, η γέννηση της θεάς Αθηνάς από το κεφάλι του Δία ή η γέννηση του Διόνυσου, τον οποίο ο Δίας έβγαλε από την κοιλιά της νεκρής αγαπημένης του, της Σεμέλης. Μάλιστα, ο Δίας όταν πήρε το βρέφος άνοιξε το μηρό του και το φύλαξε εκεί μέχρις ότου ολοκληρωθεί η κύηση. Λίγους μήνες αργότερα, γεννήθηκε ο Διόνυσος από το μηρό του Δία.

Στην αρχαία μυθολογία και στους θρύλους ο τοκετός με καισαρική τομή έδινε στο παιδί υπερφυσικές δυνάμεις και το αναδείκνυε υπεράνω των κοινών θνητών. Παρόμοιες περιπτώσεις γεννήσεων συναντάμε και σε άλλες αφηγήσεις από την ινδική, την περσική και τη σκανδιναβική μυθολογία.

Παρ' όλα αυτά χρειάστηκε να φτάσουμε στα 1500 για να τολμήσει να επανεφεύρει ο Γ. Νούφερ στην Ελβετία την καισαρική τομή για να ξαναγίνει αποδεκτή πρακτική στον σύγχρονο κόσμο μας. (Τσιάμης Κ., Λ. Βλαδίμηρος, Ι. Λασκαράκος, 2003) Τον 19ο αιώνα η μέθοδος αυτή αρχίζει να εκτελείται συστηματικά, παρά την υψηλή διεγχειρητική και μετεγχειρητική θνησιμότητα που εμφανίζει. Στις ΗΠΑ, η πρώτη καισαρική αποδίδεται στον ιατρό Jesse Bennett από την Πενσυλβάνια. Ωστόσο, η πρώτη επίσημα καταγεγραμμένη καισαρική αποδίδεται στον ιατρό John Lambret Richmond από τη Μασαχουσέτη. Τα πρώτα 75 χρόνια του 19ου αιώνα, η καισαρική τομή εκτελούνταν στην Ευρώπη με υψηλή μητρική θνησιμότητα. Το 1844 ο Δανός Kayser παρουσίασε μια στατιστική ανάλυση με μητρική θνησιμότητα 54% σε 1605 περιπτώσεις της μέχρι τότε βιβλιογραφίας. Στις ΗΠΑ σε 80 περιπτώσεις μέχρι το 1878, η θνησιμότητα ανερχόταν στο 52,5%.

Το 1876, ο Ιταλός Eduardo Porro συνιστά την εξαίρεση του σώματος της μήτρας και των εξαρτημάτων κατά την εκτέλεση της καισαρικής. Η επέμβαση αυτή είχε ως κύριο στόχο τον έλεγχο της γενικευμένης λοίμωξης και της αιμορραγίας. Στις 21 Μαΐου 1876, ο Porro στην Pavia της Ιταλίας εκτελεί την εγχείρηση με ακρίβεια και ταχύτητα ολοκληρώνοντάς την σε 26 λεπτά. Κατά την εγχείρηση αυτή, επιβίωσαν μητέρα και νεογέννητο. Έκτοτε και μέχρι σήμερα, η επέμβαση εφαρμόζεται κυρίως για να ελεγχθεί μια αιμορραγία μετά από καισαρική ή μαιευτική επέμβαση. Αναμφισβήτητα, η εγχείρηση κατά Porro αποτέλεσε έναν ακρογωνιαίο λίθο στην πορεία της καισαρικής τομής, σηματοδοτώντας μια καινούργια εποχή στη διαχρονική της εξέλιξη.

Για ιστορικούς λόγους αναφέρεται ότι στην Ελλάδα η πρώτη καισαρική τομή έγινε από τον Χατζηγιάννη το 1893. Ακολούθησαν σποραδικές περιπτώσεις, αλλά πιο συστηματικά άρχισε η διάδοσή της από τον καθηγητή Κωνσταντίνο Λούρο μεταξύ των ετών 1915-1922.

Η βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής, η εξέλιξη της αναισθησίας, η δυνατότητα μετάγγισης αίματος, η ανακάλυψη των αντιβιοτικών και η εφαρμογή της χημειοθεραπείας, ελάττωσαν σημαντικά τη θνησιμότητα της καισαρικής τομής ενώ οι ενδείξεις της επεκτάθηκαν σταδιακά. Είναι γεγονός ότι οι θάνατοι από τη μέθοδο αυτή

περιορίστηκαν εντυπωσιακά, υπολογίζονται ένας ή δύο στις χίλιες επεμβάσεις, αλλά η θνητότητα δυστυχώς ακόμη υφίσταται. (Μανταλενάκης, 2008)

Είναι βέβαιο ότι η καισαρική τομή είναι σωτήρια για τη ζωή του παιδιού ή και της μητέρας σε σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων όπως:

- Εγκυμοσύνες ψηλού κινδύνου με δίδυμα, τρίδυμα ή περισσότερα παιδιά
- Προβλήματα στον πλακούντα
- Προηγούμενες καισαρικές, ιδιαίτερα εάν υπήρξαν δύο ή περισσότερες προηγούμενες καισαρικές
- Μολύνσεις της μητέρας με ιούς που μπορούν να βλάψουν το παιδί, όπως τον HIV που προκαλεί το AIDS ή τον ιό του έρπητα κατά τις ημέρες του τοκετού. Η μόλυνση με τον ιό της ηπατίτιδας C στη μητέρα μπορεί να αποτελεί ένδειξη για καισαρική.
- Δυσκολία διόδου του παιδιού από το γεννητικό σύστημα της μητέρας. Για παράδειγμα όταν υπάρχει πραγματική δυσαναλογία μεταξύ του μεγέθους του κεφαλιού του παιδιού και της λεκάνης της μητέρας που δυσκολεύει την έξοδο του
- Η θέση του παιδιού πριν από τον τοκετό στο χώρο της λεκάνης της μητέρας μπορεί να επιβάλλει την καισαρική τομή. Σε περιπτώσεις ισχιακής προβολής (το παιδί έρχεται με τα οπίσθια, τα οποία βρίσκονται προς την έξοδο της λεκάνης) ή άλλων ανώμαλων προβολών, ο μαιευτήρας είναι πιθανόν να επιλέξει την καισαρική
- Εάν η μητέρα παρουσιάσει προεκλαμψία, πιθανόν να επιλεγθεί η καισαρική

Όμως η καισαρική δεν είναι μια απλή επέμβαση. Πρόκειται για σοβαρή επέμβαση στην κοιλιά της γυναίκας με τομή στη μήτρα που μπορεί να συνοδευτεί από επιπλοκές για την ίδια και το νεογνό, οι κυριότερες από τις οποίες αναλύονται παρακάτω.

4.2 Επιπλοκές της καισαρικής τομής στη μητέρα

Οι κύριες ενδείξεις για καισαρική τομή είναι η προηγούμενη καισαρική τομή (35%), η δυστοκία (30%), η ισχιακή προβολή (10%), το εμβρυϊκό στρες (8%) και άλλες αιτίες (όπως πολύδυμη κύηση, υπέρταση της μητέρας και δυσαναλογία πυελού – εμβρύου). Υπερβολικά υψηλός αριθμός καισαρικών τοκετών συνεπάγεται αυξημένη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Σε ορισμένες βιβλιογραφικές αναφορές μελέτης μεγάλου αριθμού ασθενών διαφαίνεται ότι ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας μετά από

καισαρική τομή είναι διπλάσιος σε σχέση με αυτόν μετά από φυσιολογικό τοκετό. (Τζεβελέκης Φ., 2008)

Κάποιες από τις επιπλοκές της καισαρικής τομής πέρα από την αύξηση της μητρικής θνησιμότητας, είναι η αιμορραγία, καθώς και υστερεκτομή εξαιτίας αιμορραγίας, η εμφάνιση μετεγχειρητικής λοίμωξης και η διάνοιξη στο σημείο συρραφής της τομής επί της μήτρας, ειλεός, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή.

Ακόμα, οι καισαρικές τομές ενοχοποιούνται για μετατραυματικές αντιδράσεις στρες, κατάθλιψη μετά τον τοκετό, ενώ για τις επόμενες εγκυμοσύνες μειωμένη γονιμότητα και αυξημένος αριθμός αποβολών, καθώς και εμφάνιση πρόδρομου πλακούντα και πρόωρης αποκόλλησης πλακούντα. Επίσης ο θηλασμός είναι αρκετά πιο δύσκολος μετά από καισαρική τομή. (Αρσενούλου Ι., 2001)

Πιο συνοπτικά, στους πίνακες που ακολουθούν φαίνονται οι πρώιμες και οι όψιμες επιπλοκές για μια γυναίκα από την επιλογή της καισαρικής τομής.

Πίνακας 16 Πρώιμες επιπλοκές από την επιλογή καισαρικής τομής

	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ
Μητρικός θάνατος	ΧΑΜΗΛΗ έως ΠΟΛΗ ΧΑΜΗΛΗ
Αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων	ΥΨΗΛΗ 1:100
Πήγματα αίματος και αγγειακό επεισόδιο	ΧΑΜΗΛΗ 1:10.000
Υστερεκτομή έκτακτης ανάγκης	ΜΕΣΑΙΑ 1:1.000
Δυνατό άλγος το οποίο κρατάει περισσότερο	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ 1:10
Ανάγκη επιστροφής στο νοσοκομείο	ΜΕΣΑΙΑ

Πηγή: (Ρούζκοβα, 2008)

Πίνακας 17 Όψιμες επιπλοκές από την επιλογή καισαρικής τομής

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ	
Ιλεός	ΜΕΣΑΙΑ
Μελλοντική υπογονιμότητα	ΥΨΗΛΗ έως ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ
Εξωμήτρια εγκυμοσύνη	ΜΕΣΑΙΑ
Πρόδρομος πλακούντας	ΥΨΗΛΗ, ΜΕΣΑΙΑ
Ρήξη μήτρας	ΜΕΣΑΙΑ

Πηγή: (Ρούζκοβα, 2008)

4.3 Επιπλοκές της καισαρικής τομής στα νεογνά

Στην έντονη αύξηση που παρατηρήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες διεθνώς στις αλλεργίες και το άσθμα στα παιδιά, έχουν συντελέσει πολλοί παράγοντες τόσο από το φυσικό περιβάλλον (ποιότητα του αέρα, αλλεργιογόνα) όσο και η γενικότερη υιοθέτηση ενός δυτικότερου τρόπου ζωής με αποτέλεσμα τη μειωμένη έκθεση σε λοιμώξεις στην παιδική ηλικία, τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα κτλ.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου μια σημαντική αύξηση στο ποσοστό των παιδιών που γεννιούνται με καισαρική τομή. Για το λόγο αυτό, είναι αρκετές οι επιδημιολογικές μελέτες οι οποίες διερεύνησαν τη πιθανή συσχέτιση της καισαρικής τομής και της συχνότητας του άσθματος και των αλλεργιών.

Σε σχετική έρευνα όπου έλαβαν μέρος 2216 παιδιά ηλικίας 8 με 9 ετών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο η συχνότητα συμπτωμάτων όσο και η διάγνωση άσθματος ήταν σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των παιδιών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή σε σχέση με αυτά που γεννήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό. Για παράδειγμα, η συχνότητα της διάγνωσης άσθματος μέχρι την ηλικία των οκτώ ετών ήταν 21.3% σε αυτά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή ενώ μόλις 15.9% σε αυτά που γεννήθηκαν φυσιολογικά. Το άσθμα, που ταλαιπωρεί πάνω από 300 εκατ. ανθρώπους παγκοσμίως, είναι η πιο συχνή χρόνια παιδική ασθένεια, με συμπτώματα όπως η δυσκολία αναπνοής, ο βήχας και το βάρος στο στήθος. (Αϊναλής Παντελής, 2008)

Όσον αφορά στην αλλεργική ευαισθητοποίηση, η συχνότητα ήταν της τάξεως του 18.5% στα παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική ενώ στα παιδιά που γεννήθηκαν φυσιολογικά ο επιπολασμός ήταν σημαντικά χαμηλότερος στο 13.7%. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι η σχέση της καισαρικής τομής με την αλλεργική ευαισθητοποίηση φάνηκε να περιορίζεται στα παιδιά με οικογενειακό ιστορικό αλλεργιών. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε η ίδια διαφοροποίηση της σχέσης της καισαρικής τομής με το άσθμα ως προς το οικογενειακό ιστορικό άσθματος αφού αυξημένος κίνδυνος παρατηρήθηκε στα παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή ανεξαρτήτως του οικογενειακού ιστορικού. (Κολοκοτρώνη, 2002)

Ωστόσο οι λόγοι που βρίσκονται πίσω απ' αυτή τη σχέση πρέπει ακόμη να διερευνηθούν. Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικές με το γιατί οι καισαρικές μπορεί να προκαλούν άσθμα. Η πρώτη είναι ότι τα μωρά που γεννιούνται με καισαρική τομή δεν εκτίθενται στα βακτήρια της μητέρας τους στη διάρκεια του τοκετού, η άλλη θεωρία είναι ότι τα βρέφη που γεννιούνται με καισαρική τομή αντιμετωπίζουν περισσότερα αναπνευστικά προβλήματα μετά τον τοκετό, γιατί είναι λιγότερο εκτεθειμένα στις ορμόνες του στρες και στη συμπίεση του στήθους, με δεδομένο ότι αυτοί οι μηχανισμοί συμβάλλουν στο άδειασμα των πνευμόνων από το αμνιακό υγρό. Στον πίνακα που ακολουθεί, παρατίθεται οι επιπλοκές που αναλύθηκαν. (Αϊναλής Παντελής, 2008)

Πίνακας 18 Επιπλοκές της καισαρικής τομής στα νεογέννητα

	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ
Ακούσια τέμνοντα τραύματα	ΥΨΗΛΗ
Αναπνευστικά προβλήματα	ΥΨΗΛΗ έως ΜΕΣΑΙΑ
Να μη θηλάζει	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ έως ΥΨΗΛΗ
Άσθμα	ΥΨΗΛΗ

Πηγή: (Ρούζκοβα, 2008)

4.4 Παρατηρούμενη αύξηση των καισαρικών τομών

Τα ποσοστά των καισαρικών τομών (ΚΤ) έχουν αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι ΚΤ συνθέτουν ένα υψηλό ποσοστό του συνόλου των τοκετών στη Βραζιλία (36%), στο Μεξικό (30%), στην Ιταλία (31%), στις ΗΠΑ (23%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (19%), με τα ποσοστά στις περισσότερες χώρες να κυμαίνονται μεταξύ 15% και 25%. Η τάση είναι παρόμοια στις χώρες του ΟΟΣΑ και όλο και περισσότερο σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (π.χ. Βραζιλία, Μεξικό, Ταϊλάνδη και κάποιες περιοχές της Ινδίας).

Σύμφωνα με ιατρικές μελέτες, έχει βρεθεί ότι το αποδεκτό επίπεδο των ΚΤ ποικίλει μεταξύ 7 και 14%. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι «δεν υπάρχει καμία δικαιολογία για οποιαδήποτε περιοχή να έχει ποσοστό καισαρικών τομών μεγαλύτερο από 10-15%», δίνοντας έμφαση στην σοβαρότητα του θέματος για την πλειονότητα των χωρών. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Η ανησυχία αυτή μεγεθύνεται από το οικονομικό κόστος και τους συσχετιζόμενους κινδύνους για την υγεία του πληθυσμού που συνδέονται με την μέθοδο αυτή. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι καισαρικές τομές αυξάνουν σημαντικά το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι κοστίζουν διπλάσια από τον φυσιολογικό τοκετό. Ομοίως, στο Μεξικό, το μεγάλο ποσοστό των ΚΤ έχει δημιουργήσει μια σοβαρή επιβάρυνση για τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, στις αρχές του 1990 η μητρική θνησιμότητα ήταν 2-4 φορές υψηλότερη, και η συχνότητα εμφάνισης νοσηρότητας ήταν 5-10 φορές μεγαλύτερη για τις ΚΤ, σε σύγκριση με τον παραδοσιακό τοκετό.

Λόγω του ότι προέκυψε «επιδημία» των ΚΤ στις περισσότερες χώρες, έχουν υπάρξει αρκετές έρευνες σχετικά με τους λόγους για τα αυξανόμενα ποσοστά. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ιατρική αναγκαιότητα των ΚΤ δεν μπορεί να εξηγήσει αυτές τις αυξήσεις και οι πρόσφατες μελέτες αποκαλύπτουν ένα πλήθος επικίνδυνων παραγόντων που σχετίζονται με την ΚΤ, που κυμαίνονται από ιατρικούς και δημογραφικούς παράγοντες σε κοινωνικό-οικονομικούς και θεσμικούς παράγοντες. Οι πιο κοινοί παράγοντες περιλαμβάνουν την αύξηση στην ηλικία της μητέρας, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, προηγούμενες ΚΤ, μαιευτικές επιπλοκές, επιθυμία των ιδίων των γυναικών και υψηλό επίπεδο εισοδήματος και κοινωνικής τάξης.

Επιπλέον, ορισμένες μελέτες, ιδιαίτερα στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, έχουν

εκτιμήσει την επίδραση της μορφής των νοσοκομείων (ιδιωτικό ή δημόσιο), της ασφάλισης των γυναικών και την επιρροή των γιατρών σχετικά με το ποσοστό των κτ. Τα υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών συνεπώς, προβλέπονται από την ιδιωτική ιατρική ασφάλιση ή τα ιδιωτικά νοσοκομεία και σχετίζονται με οικονομικά κίνητρα, παράγοντες που συνδέονται με την ευκολία για τους γιατρούς, όπως η επιλογή της μεθόδου αυτής κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες και από την πλευρά της προσφοράς, παράγοντες όπως ο μεγάλος αριθμός γυναικολόγων. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

4.5 Έρευνα 1^η – Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των γιατρών για την εκτέλεση καισαρικών τομών στην Ελλάδα

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα και σύμφωνα με έρευνα για τα ποσοστά των καισαρικών τομών σε τρία μαιευτήρια της Ελλάδας, που δημοσιεύθηκε από το European Journal of Public Health με επικεφαλής τον καθηγητή κ. Ε. Μόσσιαλο για το έτος 2005, τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά αν όχι απογοητευτικά.

Ο στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση ενός γιατρού για να εκτελέσει μια ΚΤ σε δύο δημόσια νοσοκομεία και ένα ιδιωτικό στην περιοχή της Αθήνας. Το ποσοστό των ΚΤ στην Ελλάδα, αυξήθηκε κατά σχεδόν 50% μεταξύ του 1983 και 1996. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το ποσοστό υπερέβαινε το 30% σε ένα δημόσιο μαιευτήριο στην Αθήνα το 1998, ποσοστό πολύ υψηλότερο από ό, τι σε οκτώ αντίστοιχα ευρωπαϊκά μαιευτήρια. Η πρόσφατη αύξηση των ΚΤ στην Ελλάδα, μπορεί να εξηγηθεί από την αλλαγή στη σύνθεση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από ένα συνδυασμό ιδιωτικών και δημόσιων εσόδων, με πάνω από 44% ιδιωτική χρηματοδότηση. Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά δαπάνης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ, (9,4% του ΑΕΠ για το 2001). Το 2000, η ιδιωτική ιατρική ασφάλιση αποτελούσε το 5,3% της συνολικής υγειονομικής περίθαλψης, η οποία συνεχώς αυξάνεται, ενώ περίπου 95% των ιδιωτικών δαπανών αποτελούνταν από άτυπες ή άμεσες πληρωμές στους παρόχους υγείας. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα βασίζεται στην απόδοση, ακολουθώντας το μοντέλο αποζημίωσης, έτσι δεν υπάρχουν ποιοτικοί έλεγχοι ή προνομιούχες συμφωνίες

μεταξύ ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και παρόχων υγείας. Παρόλο που οι επίτοκες έχουν πρόσβαση σε δημόσια νοσοκομεία, με τη δημόσια ασφάλιση υγείας, εξακολουθούν να καταβάλλουν υψηλά ποσά σε άτυπες πληρωμές. Το 1994, τα ελληνικά νοικοκυριά πλήρωναν κατά μέσο όρο 5,66% των συνολικών μηνιαίων δαπανών τους σε υπηρεσίες υγείας, το οποίο ανήλθε σε 6,82% το 1999, αντιπροσωπεύοντας την «παραοικονομία της υγείας»

Η συγκεκριμένη έρευνα εξετάζει τον αντίκτυπο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα και την πραγματοποίηση άτυπων πληρωμών στο ποσοστό των ΚΤ στην Ελλάδα. Εντός των δημόσιων νοσοκομείων, υποθέεται ότι το ποσοστό αυτό θα είναι υψηλότερο για τους Έλληνες απ' ό,τι για τους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, καθώς η οικονομική κατάσταση των πρώτων είναι καλύτερη από ό,τι των δεύτερων και ως εκ τούτου είναι περισσότερο σε θέση να κάνουν άτυπες πληρωμές.

Εντός ενός ιδιωτικού νοσοκομείου, προβλέπεται ότι η ιδιωτική ιατρική ασφάλιση θα αυξήσει σημαντικά τις πιθανότητες να υποστούν οι επίτοκες γυναίκες ΚΤ, σε σύγκριση με αυτές που δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση. Επιπλέον, λόγω της πρόσφατης εμπορευματοποίησης των γυναικολογικών υπηρεσιών υγείας, υποθέεται ότι η αυξημένη πίεση για οικονομική ανάπτυξη στα ιδιωτικά νοσοκομεία, επηρεάζει την απόφαση των γιατρών για την εκτέλεση ΚΤ. Έτσι, αναμένεται ο ρυθμός τους να είναι μεγαλύτερος στα ιδιωτικά νοσοκομεία από ό,τι στα δημόσια.

Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης, ο πληθυσμός διαχωρίστηκε σε δύο ομάδες: Έλληνες και μετανάστες. Η πλειοψηφία των μεταναστών προέρχονται από την Αλβανία (65%), ενώ το υπόλοιπο από άλλες Βαλκανικές χώρες, καθώς και το Πακιστάν, τις Φιλιππίνες και την Ινδία. Η διαφοροποίηση βάσει εθνικότητας συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση των δημόσιων νοσοκομείων, αφού μόνο οι Ελληνίδες επέλεξαν το ιδιωτικό νοσοκομείο για την πραγματοποίηση του τοκετού τους. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό των ΚΤ στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 41,6% (n = 183), ενώ το ποσοστό των ΚΤ στο ιδιωτικό νοσοκομείο ήταν 53% (n = 193). Ο Πίνακας 19 δείχνει ότι στα δημόσια νοσοκομεία, οι περισσότερες Ελληνίδες (52,5%) γέννησαν με ΚΤ, σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό, ενώ μόνο το 26% των μεταναστριών υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.

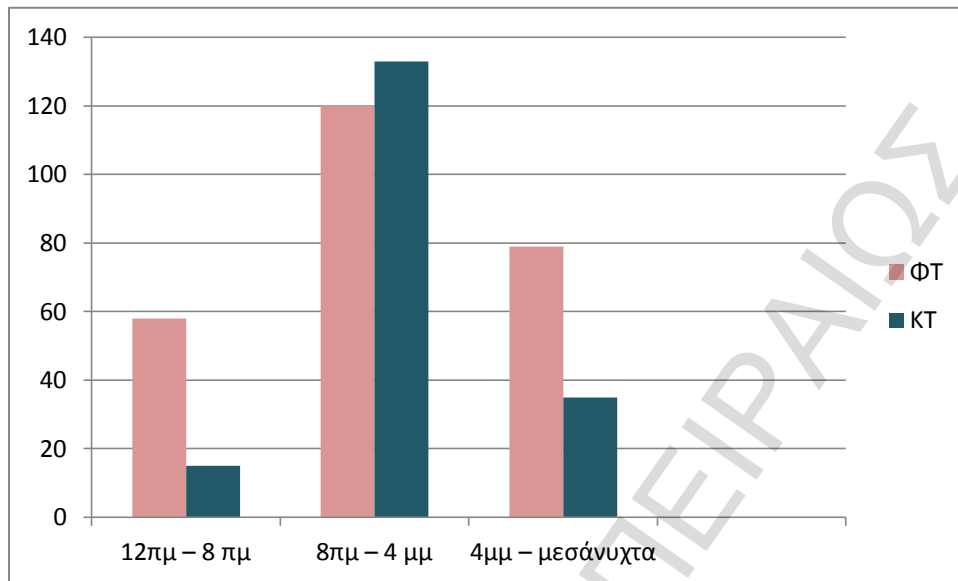
Επιπρόσθετα, ο χρόνος πραγματοποίησης ενός τοκετού είναι σημαντικός παράγοντας, καθώς η πιθανότητα να υποβληθούν οι γυναίκες σε καισαρική τομή αυξάνεται κατά τη διάρκεια των εργάσιμων ωρών της ημέρας και μειώνεται τις βραδινές ώρες. Παρατηρήθηκε ότι το 70% των καισαρικών τομών ήταν μεταξύ 8 π.μ. και 4 μ.μ. Επιπλέον, οι καισαρικές τομές αυξάνονται σημαντικά τις Δευτέρες, Τετάρτες και Παρασκευές. (Γράφημα 9) «Τα Σαββατοκύριακα εργάζεται μικρός αριθμός ειδικευμένων γιατρών στα νοσοκομεία» εξηγούν οι συντάκτες της μελέτης. Αυτός μπορεί να είναι όμως και ο λόγος που τις Κυριακές αυξάνεται ο αριθμός των φυσιολογικών τοκετών στα δημόσια μαιευτήρια. «Ίσως επειδή τις Κυριακές εργάζονται ως επί το πλείστον ειδικευόμενοι γιατροί» εκτιμά ο κ. Μόσιαλος.

Πίνακας 19 Ποσοστό ΦΤ και ΚΤ στο Δημόσιο νοσοκομείο

	Φυσιολογικός τοκετός % (n)	Καισαρική τομή % (n)
Εθνικότητα		
Έλληνες	47.5 (123)	52.5 (136)
Μετανάστες	74.0 (134)	26.0 (47)
Επαγγελματική κατάσταση		
Νοικοκυρές / Άνεργοι	63.2 (177)	36.8 (103)
Εργαζόμενοι	50.0 (80)	50.0 (80)
Ώρα τοκετού		
12πμ – 8 πμ	79.5 (58)	20.5 (15)
8πμ – 4 μμ	47.4 (120)	52.6 (133)
4μμ – μεσάνυχτα	69.3 (79)	30.7 (35)
Ημέρα τοκετού		
Δευτέρα	55.6 (40)	44.4 (32)
Τρίτη	61.8 (47)	38.3 (29)
Τετάρτη	52.1 (38)	47.9 (35)
Πέμπτη	57.1 (32)	42.9 (24)
Παρασκευή	50.7 (35)	49.3 (34)
Σαββάτο	60.0 (27)	40.0 (18)
Κυριακή	77.6 (38)	22.4 (11)

Πηγή: (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Διάγραμμα 9 Σύνθεση φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών κατά τις εργάσιμες ώρες σε Δημόσιο νοσοκομείο



Πηγή: (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Ακόμα, η σχέση μεταξύ ΚΤ και ιδιωτικής ασφάλισης φαίνεται στον επόμενο πίνακα. Οι γυναίκες που ασφαλίζονται ιδιωτικά έχουν 7,73 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν ΚΤ, σε σύγκριση με αυτές που πληρώνουν άμεσα τα έξοδα της νοσηλείας τους. Όπως και στα δημόσια νοσοκομεία, η ώρα και η ημέρα του τοκετού είναι σημαντική στη πρόβλεψη των καισαρικών τομών: οι πιθανότητες για την μέθοδο αυτή αυξάνονται σημαντικά μεταξύ 8 π.μ. και 4 μ.μ., και μεταξύ 4 μ.μ. - μεσάνυχτα. Επίσης, οι καισαρικές τομές είναι πολύ πιο πιθανό να συμβούν το Σάββατο από ότι την Κυριακή.

Πίνακας 20 Ποσοστό ΦΤ και ΚΤ στο Ιδιωτικό νοσοκομείο

	Φυσιολογικός τοκετός % (n)	Καισαρική τομή % (n)
Μέθοδος πληρωμής		
Μετρητά	76.1 (83)	23.9 (26)
Ιδιωτική ασφάλεια	34.8 (89)	65.2 (167)
Επαγγελματική κατάσταση		
Νοικοκυρές / Άνεργοι	44.1 (64)	55.9 (81)
Εργαζόμενοι	49.1 (108)	50.9 (112)
Ώρα τοκετού		
12πμ – 8 πμ	64.2 (34)	35.8 (19)
8πμ – 4 μμ	43.8 (102)	56.2 (131)
4μμ – μεσάνυχτα	45.6 (36)	54.4 (43)
Ημέρα τοκετού		
Δευτέρα	54.9 (28)	45.1 (23)
Τρίτη	42.3 (30)	57.7 (41)
Τετάρτη	45.7 (21)	54.3 (25)
Πέμπτη	52.0 (26)	48.0 (24)
Παρασκευή	46.7 (28)	53.3 (32)
Σάββατο	40.6 (26)	59.4 (38)
Κυριακή	56.5 (13)	43.5 (10)

Πηγή: (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Παρατηρείται ότι, στο ιδιωτικό νοσοκομείο, υπάρχει απότομη μείωση του αριθμού των καισαρικών τομών, την Κυριακή, ενώ στα δύο δημόσια νοσοκομεία υπάρχει μια συνεχής μείωση το Σαββατοκύριακο. Επίσης, υπάρχει μια εμφανής αύξηση των καισαρικών τομών στο ιδιωτικό νοσοκομείο την Τρίτη, την Παρασκευή και το Σάββατο, σε σύγκριση με παρόμοιες αυξήσεις στα δημόσια νοσοκομεία την Τετάρτη και την Παρασκευή.

Κατά την εξέταση των τριών νοσοκομείων από κοινού, υπάρχουν κάποια ενδιαφέροντα ευρήματα. Για παράδειγμα, όλες οι γυναίκες που είχαν προηγουμένη καισαρική τομή, υπέστησαν τη διαδικασία ξανά. Ένα αινιγματικό εύρημα ήταν η αναφορά της μυωπίας στη μητέρα ως «επιπλοκή» που οδηγεί σε ΚΤ σε επτά περιπτώσεις, ενώ αναφέρθηκε ότι δεν υπάρχουν επιπλοκές σε 91,6% των κολπικών τοκετών. Είναι πιθανό οι δικαιολογίες για ΚΤ να μην είναι κατ'ανάγκη αξιόπιστες, δεδομένου ότι μπορεί να είναι για σκοπούς ευκολία.

Από τα παραπάνω στοιχεία εξάγεται το συμπέρασμα ότι το μεγάλο ποσοστό των καισαρικών τομών στην Ελλάδα σχετίζεται άμεσα με τη διαφορά στο περιθώριο κέρδους των δύο μεθόδων. Η καισαρική απαιτεί την εισαγωγή της γυναίκας στο χειρουργείο, μπορεί να προγραμματιστεί - σε αντίθεση με τον φυσιολογικό τοκετό - και αφήνει στον γιατρό περισσότερο χρόνο για άλλες επεμβάσεις. Αντίθετα, Ο χρόνος που μπορεί να διαρκέσει ένας φυσιολογικός τοκετός δεν μπορεί να προβλεφθεί. (Φυντανίδου Ε., 2005)

Μια άλλη διαπίστωση είναι η σχεδόν αποκλειστική χρήση της γενικής αναισθησίας στην ΚΤ (99,2%). Ακόμα, η νεογνική θνησιμότητα είναι δύο φορές πιο μεγάλη στις ΚΤ σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς τοκετούς, (16 θνησιγενείς νεογνά με ΚΤ, σε σύγκριση με 7 στον ΦΤ). Πληροφορίες σχετικά με τη συμμετοχή των εκπαιδευμένων και ειδικών γιατρών στους τοκετούς συλλέχτηκαν επίσης από τα ιατρικά αρχεία. Αποκαλύφθηκε ότι οι εκπαιδευόμενοι (που εργάζονται μόνο σε δημόσια νοσοκομεία) συμμετείχαν στους κολπικούς τοκετούς, και κυρίως εκείνους των γυναικών που δεν ήταν ελληνικής καταγωγής. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

4.6 Έρευνα 2^η – Συσχέτιση καισαρικών τομών με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες στην Ελλάδα

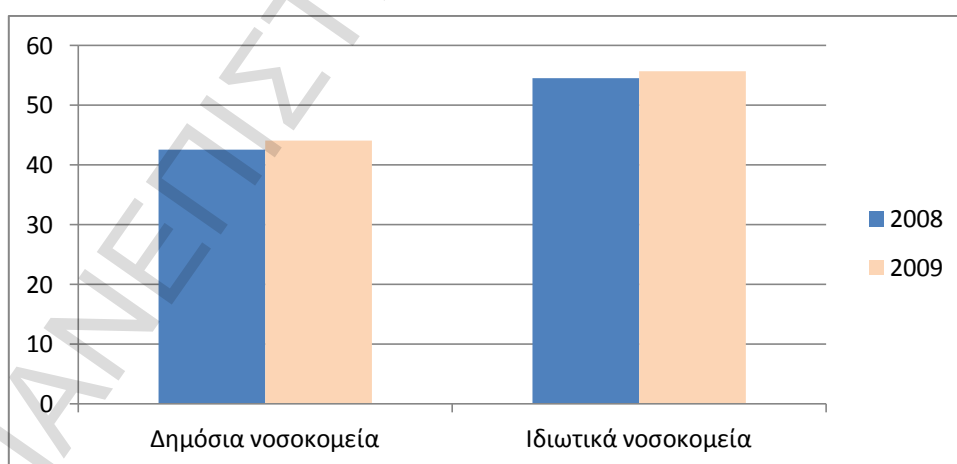
Μία δεύτερη σημαντική έρευνα για το ζήτημα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα, έγινε από ειδική επιτροπή του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) για την περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα. Το θέμα βρέθηκε στο επίκεντρο του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Περιγεννητικής Ιατρικής και το ζήτημα της αύξησης των καισαρικών αποδόθηκε στα οικονομικά συμφέροντα των γιατρών, αλλά και στο γεγονός ότι πλέον τα ζευγάρια προγραμματίζουν τον τοκετό για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. (Φούρα Γ., 2012)

Η μελέτη αφορούσε το σύνολο των γεννήσεων στην χώρα μας τη διετία 2008-2009 σε σχέση με τον αριθμό τους, την μέθοδο τοκετού και τις δυνατότητες παρακολούθησης της εγκύου και των νεογέννητων. Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία ερωτηματολογίου, το οποίο εστάλη από την ειδική επιτροπή προς τους διευθυντές όλων των μαιευτικών κλινικών της χώρας.

Έγινε συλλογή στοιχείων από 82 (επί συνόλου 85) πανεπιστημιακές και κλινικές μονάδες του ΕΣΥ και σε 38 (επί συνόλου 53) ιδιωτικά μαιευτήρια. Το σύνολο των γεννήσεων κατά τη διετία ήταν 223.291, από τις οποίες οι μισές έγιναν σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

Το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν στα δημόσια μαιευτήρια 42,51% και 44,1% για το 2008 και 2009, ενώ στα ιδιωτικά τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 54,54% και 55,65%. (Γράφημα 10) « Οι άσκοπες καισαρικές αποτελούν ένα ακόμη φαινόμενο προκλητής ζήτησης διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών πράξεων, που οφείλονται στην υπερπληθώρα των γιατρών. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει επιστημονικός μηχανισμός ελέγχου και αξιολόγησης και κάθε γιατρός ενεργεί κατά βούληση.» δήλωσε μεταξύ άλλων ο πρόεδρος του ΚΕΣΥ. (Φούρα Γ., 2012)

Διάγραμμα 10 Ποσοστό καισαρικών τομών σε Δημόσια και Ιδιωτικά νοσοκομεία για τα έτη 2008, 2009



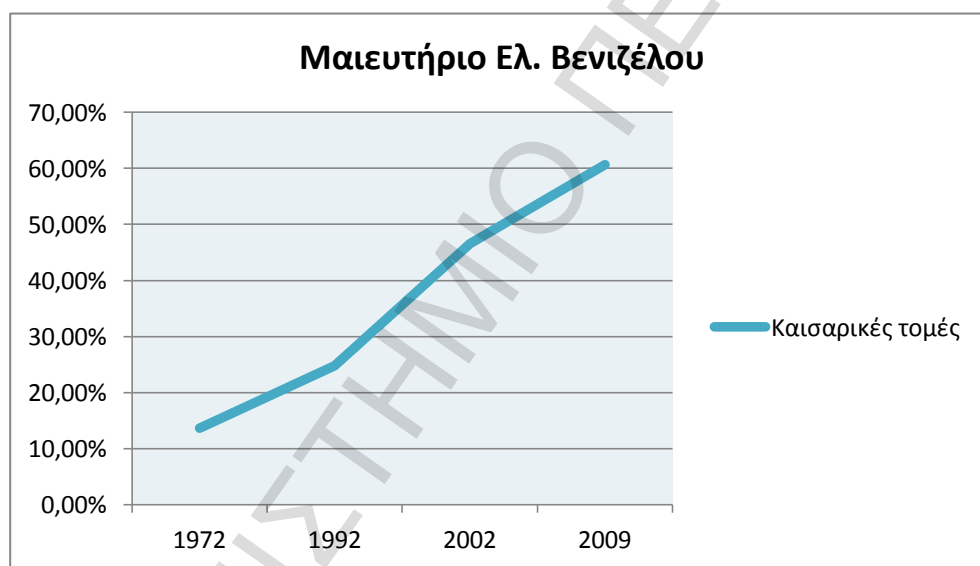
Πηγή: Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)

Ακόμα, στο ίδιο συνέδριο παρουσιάστηκε μελέτη που αφορούσε όλες τις γεννήσεις στο μαιευτήριο Ελ. Βενιζέλου στη διάρκεια των 40 τελευταίων χρόνων και πραγματοποιήθηκε από ομάδα ερευνητών του νοσοκομείου και του ΤΕΙ Αθήνας. Οι

ερευνητές κατέγραψαν όλες τις γεννήσεις σε τέσσερις χρονιές: το 1972, το 1992, το 2002 και το 2009. Τα αποτελέσματα ήταν τα κάτωθι:

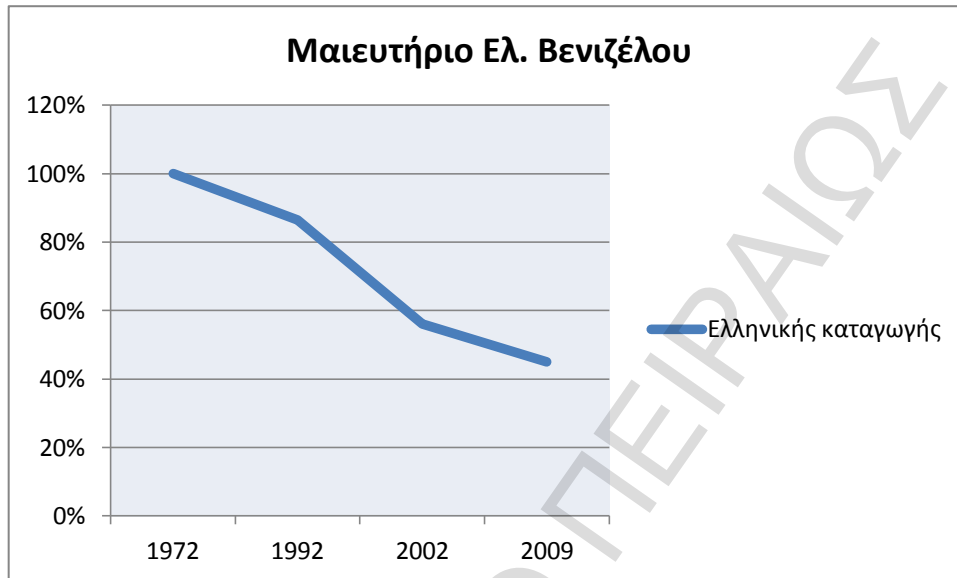
Συνολικά, καταγράφηκαν αντίστοιχα 6.986 τοκετοί το 1972, 4.000 το 1992, 6.157 το 2002 και 6.838 τοκετοί το 2009. Το ποσοστό των καισαρικών τομών αυξήθηκε από μόλις 13,6% το 1972, σε 24,75% το 1992, σε 46,6% το 2002 και έφτασε στο 60,7% το 2009. (Γράφημα 11). Τέλος, όσον αφορά την καταγωγή των γυναικών που γέννησαν στο συγκεκριμένο μαιευτήριο, το 1972 σχεδόν όλες οι μητέρες ήταν ελληνικής καταγωγής, το 1992 ήταν 86,5%, το 2002 ήταν 56% και το 2009 ήταν 45%. (Γράφημα 12) (Ο κόσμος του Επενδυτή, 2011)

Διάγραμμα 11 Ποσοστά καισαρικών τομών για το μαιευτήριο Ελ. Βενιζέλος από το 1972 έως το 2009



Πηγή : Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)

Διάγραμμα 12 Ποσοστά γυναικών ελληνικής καταγωγής που γέννησαν στο μαιευτήριο Ελ. Βενιζέλος από το 1972 έως το 2009



Πηγή : Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)

4.7 Παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα

Όπως είδαμε και στο πρώτο κεφάλαιο, οι λόγοι που διεθνώς προκαλούν την αύξηση των καισαρικών τομών, είναι πολλοί, με σημαντικότερους από αυτούς την αμυντική ιατρική, την ευκολία προγραμματισμού, την ηλικία της εγκύου, την τεχνητή γονιμοποίηση, τα οικονομικά κίνητρα, τη βελτίωση της τεχνολογίας και την πρόκληση τοκετού. Οι ίδιοι λόγοι ισχύουν και για την ελληνική πραγματικότητα με επιπρόσθετους την εμπορευματοποίηση των μαιευτικών υπηρεσιών και τον αυξημένο αριθμό γυναικολόγων συγκριτικά με τον πληθυσμό της χώρας.

Όσον αφορά την ηλικία της εγκύου στην Ελλάδα, αυτή έχει αυξηθεί σημαντικά στην διάρκεια των τελευταίων χρόνων. Όπως διαφαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, η μέση ηλικία των επίτοκων γυναικών από το 2001 έως το 2011 έχει αυξηθεί κατά 2 χρόνια, αριθμός αρκετά μεγάλος για το μικρό διάστημα των 10 χρόνων. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013)

Πίνακας 21 Ελλάδα, Μέση ηλικία της μητέρας κατά την γέννηση

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Μέση ηλικία επιτόκου	29.3	29.5	29.7	30.0	30.3	30.5	30.7	30.9	31.1	31.2	31.4

Πηγή: (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013)

Αναφορικά με την τεχνητή γονιμοποίηση, εκτιμάται ότι το 2%-3% των γεννήσεων που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα, είναι με τη βοήθεια μίας τέτοιας μεθόδου. Σε αυτές τις περιπτώσεις η εγκυμοσύνη θεωρείται ιδιαίτερα πολύτιμη για το ζευγάρι, καθώς συνήθως έχουν προηγηθεί πολλές προσπάθειες, και έτσι συχνά οδηγούνται στην καισαρική. Ενώ η συχνότητα των διδύμων φυσικών κυήσεων είναι 1%, στις γυναίκες που κάνουν εξωσωματική είναι 25%. Αντίστοιχα, η συχνότητα των φυσικών τρίδυμων κυήσεων είναι μία στις 3200 γεννήσεις, ενώ στις γυναίκες που κάνουν εξωσωματική είναι μία στις 22. Η συχνότητα εγκεφαλικής παράλυσης στα δίδυμα είναι 5 φορές μεγαλύτερη από ότι στις μονήρεις κυήσεις, ενώ στα τρίδυμα είναι 20 φορές μεγαλύτερη, γεγονός που οφείλεται στα προβλήματα της προωρότητας και των επιπλοκών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του τοκετού. Άρα θεωρούνται υψηλού κινδύνου κυήσεις και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή γι' αυτό και συχνά οδηγούνται στην επιλογή της καισαρικής. (Μπουλουτζιά Γιάνναρου, 2007)

Από την άλλη μεριά, πολλές μελέτες συνηγορούν στην υπόθεση ότι οι γιατροί κάνουν καισαρική τομή λόγω οικονομικών κινήτρων και λόγω ευκολίας. Κύριοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα για καισαρική τομή στα κρατικά νοσοκομεία είναι η ελληνική καταγωγή της εγκύου (εκτιμάται ότι οι ελληνίδες έχουν μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα σε σύγκριση με τις μετανάστριες) , οι ώρες της ημέρας και οι εργάσιμες μέρες, ενώ για τις ιδιωτικές κλινικές είναι η ιδιωτική ασφάλεια που τυχόν έχει η γυναίκα, οι ώρες της ημέρας, καθώς και το Σάββατο. (Ρούζκοβα, 2008)

Μεγάλα είναι όμως είναι τα κέρδη και για τους γιατρούς, οι οποίοι, πέραν του μισθού τους ή των ποσοστών που παίρνουν για κάθε επίτοκο γυναίκα από το μαιευτήριο, δικαιούνται και έξτρα νόμιμη αμοιβή, η οποία διαμορφώνεται ανάλογα με τη θέση νοσηλείας. Το ποσόν που σχετίζεται με το δωμάτιο νοσηλείας και

συμπληρώνει την αμοιβή του γιατρού μπορεί να φθάσει ακόμη και τα 200 ευρώ. (Φυντανίδου Ε., 2005)

Εκτός όμως των ποσοστών που παίρνουν οι γιατροί σύμφωνα με την θέση νοσηλείας που επιλέγει μια επίτοκος γυναίκα, οι άτυπες πληρωμές όπως αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο σχετίζονται με την επιλογή της καισαρικής τομής.

Οι άτυπες πληρωμές αφορούν κυρίως την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και τις πληρωμές σε γιατρούς, κυρίως χειρουργούς, έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορούν να παρακάμψουν λίστες αναμονής ή να εξασφαλίσουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και περισσότερη προσοχή από τους γιατρούς. Μια πρόσφατη έρευνα, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 4738 ατόμων, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 36% εκείνων που έλαβαν θεραπεία σε νοσοκομείο ανέφεραν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή σε έναν γιατρό. Από αυτούς, το 42% ανέφερε ότι η πληρωμή δόθηκε λόγω του φόβου παροχής μειωμένης νοσοκομειακής φροντίδας και ένα 20%, υποστήριξε ότι ο γιατρός τους απαίτησε μια τέτοια πληρωμή. Επιπλέον, οι χειρουργικές περιπτώσεις, όπως είναι οι καισαρικές τομές, είχαν 137% υψηλότερη πιθανότητα να σχετίζονται με άτυπες πληρωμές σε σύγκριση με τις μη χειρουργικές. (Econoμου C., 2010)

Ένας ακόμα παράγοντας της αύξησης των καισαρικών τομών στην χώρα μας είναι η βελτίωση της τεχνολογίας που επιτρέπει την πραγματοποίηση επεμβατικών τοκετών. Στον πίνακα που ακολουθεί, φαίνεται χαρακτηριστικά η μεγάλη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας (η αναλογία των θανάτων βρεφών ηλικίας κάτω του 1 έτους κατά τη διάρκεια του έτους αναφοράς, προς τον αριθμό των γεννήσεων ζώντων, στο ίδιο έτος) στο διάστημα μίας δεκαετίας. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013)

Πίνακας 22 Ελλάδα, Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας	5.1	5.1	4.0	4.1	3.8	3.7	3.6	2.7	3.1	3.8	3.4

Πηγή: (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013)

Παράλληλα με τις ως άνω αλλαγές στο χώρο των μαιευτικών υπηρεσιών, υπήρξε μια σταδιακή εμπορευματοποίηση των γυναικολογικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, καθώς οι

γεννήσεις πραγματοποιούνταν ολοένα και περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα (62,9% των τοκετών στην Αθήνα το 1994 πραγματοποιήθηκαν σε ιδιωτικά νοσοκομεία). Την ίδια στιγμή, μαζί με αυτή τη τάση, αυξήθηκε και ο αριθμός των γυναικών που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας (αύξηση από 187.000 σε 328 000 γυναίκες μεταξύ του 1994 και του 1998). Η ανάπτυξη των γυναικολογικών υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα αντικατοπτρίζεται περαιτέρω από τη συνολική αύξηση των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε το 2001, το 18% της ιδιωτικής αγοράς στην υγειονομική περίθαλψη να κατευθύνεται προς τους γυναικολόγους. Αυτή η αύξηση μπορεί να οφείλεται εν μέρει, στο γεγονός ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι μέρος της χρηματιστηριακής αγοράς από τα τέλη της δεκαετίας του 1990. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Επιπρόσθετοι παράγοντες της προσφοράς για καισαρικές τομές μπορεί να είναι ο αυξανόμενος αριθμός των γυναικολόγων στην Αθήνα. Για παράδειγμα, το 1997 υπήρχαν 20,3 γυναικολόγοι ανά 100.000 κατοίκους, διπλάσιοι απ'ότι στο Παρίσι, στην Βαρκελώνη και στο Άμστερνταμ. Επιπλέον, μεταξύ του 1985 και του 2000, ο αριθμός των γυναικολόγων αυξήθηκε κατά 34%, ενώ ο πληθυσμός αυξήθηκε κατά, 10%. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συμπεράσματα

Ένα γενικά αποδεκτό όριο για τον αριθμό των καισαρικών τομών που πραγματοποιούνται σε μία χώρα και ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1985 είναι το 15%. Από το ποσοστό αυτό φαίνεται να υπάρχουν αποκλείσεις και θα μπορούσε να είναι λιγότερο έγκυρο στις μέρες μας, δεδομένων των αλλαγών που συμβαίνουν στους πληθυσμούς των χωρών με υψηλά εισοδήματα. Μερικές από αυτές τις αλλαγές είναι η ηλικία της εγκύου κατά το πρώτο παιδί, το βάρος του εμβρύου και ο αριθμός τους και πολλοί άλλοι παράγοντες που πιθανά να οδηγήσουν στην επιλογή της καισαρικής τομής. Ωστόσο, δεν έχουν αποδειχθεί μέχρι σήμερα τα οφέλη για την μητέρα και το νεογνό σε πληθυσμούς με ποσοστά καισαρικών τομών μεγαλύτερα του 15%. (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Τα αποτελέσματα από αντίστοιχες μελέτες δείχνουν μια άνιση κατανομή του υπό εξέταση φαινομένου που από την μια πλευρά πρέπει να αυξηθεί στις φτωχότερες χώρες για να μειωθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις του τοκετού στην μητέρα και το νεογνό και από την άλλη να μειωθούν στις πλουσιότερες χώρες, δεδομένου ότι η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση και θα μπορούσε να οδηγήσει σε προστιθέμενη νοσηρότητα όταν χρησιμοποιείται άσκοπα.

Οι περιττές καισαρικές αποτελούν μεγάλο ποσοστό των οικονομικών πόρων που δαπανούνται από μια χώρα για την υγεία και που θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν για άλλες ανάγκες του συστήματος υγείας. Το φαινόμενο αυτό λοιπόν, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις για τα κεφάλαια που δαπανούνται στον χώρο της υγείας, τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών. Ακόμα, πρέπει να ληφθούν συντονισμένες δράσεις, παγκοσμίως, για την έγκαιρη καισαρική τομή στις γυναίκες που την έχουν πραγματικά ανάγκη και να υποστηριχθεί η ορθολογική χρήση αυτών. (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, το ζήτημα των καισαρικών τομών είναι πιο επίκαιρο από ποτέ. Ήδη από το 2002, το ήμισυ του συνόλου των τοκετών που πραγματοποιήθηκαν σε τρία μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας ήταν με την μέθοδο της καισαρικής τομής. Το ποσοστό αυτό είναι εξαιρετικά υψηλό σε σύγκριση με εκείνο που συνιστάται από τον ΠΟΥ. Αποκαλύφθηκε ότι, εκτός από τους διάφορους ιατρικούς λόγους, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αυξάνουν επίσης την πιθανότητα καισαρικής τομής τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Διαπιστώθηκε ότι οι ελληνικής καταγωγής γυναίκες, στα δημόσια νοσοκομεία, έχουν 2,7 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν καισαρική τομή από ότι γυναίκες που βρίσκονται στην χώρα μας ως μετανάστες και πιστεύεται ευρέως ότι βρίσκονται σε σημαντικά χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των καισαρικών σε δείγμα Ελληνίδων γυναικών ήταν 52,5%, έναντι 26% μεταξύ των άλλων εθνικοτήτων. Ενώ η πολιτισμική διαφοροποίηση μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στους διαφοροποιημένους συντελεστές, η επιρροή της ενδέχεται να αντισταθμιστεί από τις εντυπωσιακές κοινωνικοοικονομικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Επιπρόσθετα, σημαντικές επιπτώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης στο φαινόμενο που εξετάζουμε, βρέθηκαν στον ιδιωτικό τομέα. Μεταξύ των γυναικών που γέννησαν σε ιδιωτικό νοσοκομείο, στην πλειοψηφία τους ελληνικής καταγωγής, αυτές με ιδιωτική ασφάλιση είχαν 7,73 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε καισαρική τομή, από εκείνες οι οποίες κατέβαλλαν το ποσό του τοκετού άμεσα. Πιο συγκεκριμένα, το 65% των γυναικών με ιδιωτική ασφάλιση πραγματοποίησε καισαρική, σε σύγκριση με το 24% των γυναικών οι οποίες δεν ήταν ασφαλισμένες.

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι, παρόμοια με άλλες μελέτες σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Βραζιλία, το Μεξικό και η Ταϊλάνδη, μη ιατρικοί παράγοντες, βρέθηκαν να είναι πιο σημαντικοί από τους ιατρικούς στην απόφαση να πραγματοποιηθεί η μέθοδος αυτή τοκετού. Ενώ οι ιατρικές επιπλοκές καταγράφηκαν να «δικαιολογούν» τη μέθοδο αυτή, αποκαλύφθηκε ότι δεν είναι κατ'ανάγκην αξιόπιστες και δύνανται να χρησιμεύουν για να κάνουν τη μέθοδο αυτή «κοινωνικά αποδεκτή». Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι σημαντικότεροι μη κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται με την μέθοδο αυτή είναι ο τύπος ασφάλισης και η εθνικότητα, αποκαλύπτοντας τα οικονομικά κίνητρα, σε συνδυασμό με παράγοντες που συνδέονται με την ευκολία για τους γιατρούς (ώρα και ημέρα τοκετού). (Mossialos,

Allin, & Karras, 2005)

Η επιρροή αυτών των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, μπορεί να γίνει αντιληπτή μέσα από την ανάλυση της δομής του ελληνικού συστήματος υγείας. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η μεγαλύτερη ιδιωτική χρηματοδότηση προέρχεται από τις ανεπίσημες πληρωμές που λαμβάνουν χώρα στα δημόσια νοσοκομεία. Οι πληρωμές αυτές είναι σημαντικά υψηλότερες για τις καισαρικές τομές από ότι για τους φυσιολογικούς τοκετούς, λόγω της πολυπλοκότητας της διαδικασίας. Πιστεύεται ότι οι πληρωμές αυτές εξαρτώνται εν μέρει από το εισόδημα, καθώς οι πιο ευκατάστατες γυναίκες πληρώνουν περισσότερο από ότι οι λιγότερο ευκατάστατες. Έτσι, υπάρχουν κίνητρα που επηρεάζουν την απόφαση να υποβληθούν σε καισαρική, ιδιαίτερα για τις πλουσιότερες ασθενείς. Αυτή η εξήγηση μπορεί να αποσαφηνίσει τις σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να υποβληθεί στην μέθοδο αυτή μια Ελληνίδα, που είναι σε θέση να πληρώσει περισσότερα ανεπίσημα χρήματα στα δημόσια νοσοκομεία. Όσο για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, οικονομικά κίνητρα προκύπτουν από τη σημαντικά μεγαλύτερη ιδιωτική επιστροφή ασφάλισης υγείας για καισαρική τομή απ' ότι για φυσιολογικό τοκετό.

Ακόμα, πολλές αλλαγές έχουν συμβεί κατά την τελευταία δεκαετία με αποτέλεσμα την εμπορευματοποίηση της γυναικολογίας στην Ελλάδα. Αυτές οι αλλαγές αντανακλώνται κυρίως από την αυξανόμενη συμμετοχή του ρόλου του ιδιωτικού τομέα: αυξανόμενη χρήση των ιδιωτικών ασφαλειών, αύξηση του αριθμού των τοκετών στα ιδιωτικά νοσοκομεία και δραματική αύξηση του αριθμός των γυναικολόγων στην Ελλάδα, ιδίως στον ιδιωτικό τομέα.

Περαιτέρω πιέσεις στους ιδιωτικούς γιατρούς, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τις αποφάσεις τους, προέρχονται από τον πρόσφατο ρόλο των ιδιωτικών νοσοκομείων στο χρηματιστήριο. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

Κατά την εξέταση των παραγόντων της ευκολίας των γιατρών, τα ποσοστά των καισαρικών τομών μειώνονται σημαντικά τα Σάββατα και τις Κυριακές στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και την Κυριακή στα ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ τα ποσοστά των φυσιολογικών τοκετών αυξάνονται τα Σαββατοκύριακα. Ίσως το ποσοστό των καισαρικών να μειώνεται τα Σάββατα στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά όχι στα ιδιωτικά, λόγω της περισσότερο επιχειρηματικής σχέσης των μαιευτήρων - γυναικολόγων στο ιδιωτικό περιβάλλον και το γεγονός ότι μόνο ένας μικρός αριθμός ειδικευμένων γιατρών εργάζονται τα Σαββατοκύριακα. Οι ιδιωτικοί γιατροί εργάζονται με σύμβαση και με αμοιβή για κάθε υπηρεσία στα ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ οι δημόσιοι γιατροί

είναι εργαζόμενοι του κράτους και έχουν λιγότερα κίνητρα για να εργαστούν τα Σαββατοκύριακα, ενώ η εκτέλεση των τοκετών γίνεται μόνο στις εφημερίες.

Επίσης, η παρατηρούμενη αύξηση του ποσοστού των καισαρικών, αντανακλά τον εύκολο χαρακτήρα της μεθόδου, και όχι μία διαδικασία έκτακτης ανάγκης όπως θα πρέπει να είναι. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος της πραγματοποίησης μιας καισαρικής αυξάνει σημαντικά κατά τη διάρκεια των «εργασίμων» ωρών της ημέρας και είναι πολύ πιθανό να συμβεί ανάμεσα στα μεσάνυχτα και στις 8 πμ.

Θα μπορούσε επίσης να υποστηριχτεί ότι το υψηλό ποσοστό των καισαρικών μπορεί να προκύψει εν μέρει και από την ζήτηση των ίδιων των γυναικών. Έχει προταθεί ότι, όλο και περισσότερο, οι μητέρες ζητούν την μέθοδο αυτή για να αποφύγουν τις δυσκολίες του φυσιολογικού τοκετού. Οι προτάσεις αυτές μελετώνται για να εξηγήσουν τα πολύ υψηλά ποσοστά (πάνω από 50%) σε σύγκριση με τα ευρέως αποδεκτά ποσοστά (<20%). Ως εκ τούτου, υπό το φως της ανακάλυψης σημαντικών ιατρικών και μη παραγόντων για τον καθορισμό των καισαρικών, είναι απίθανο η ζήτηση των γυναικών να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα φουσκωμένα νούμερα των ελληνικών νοσοκομείων. (Mossialos, Allin, & Karras, 2005)

5.2 Διαπιστώσεις αναφορικά με την Ελλάδα

Το ζήτημα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές και θεωρείται ότι τα ποσοστά τους είναι ιδιαίτερα υψηλά εν συγκρίσει με τα προηγούμενα χρόνια. Θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι τα αυξημένα αυτά ποσοστά αντικατοπτρίζουν το υψηλό επίπεδο ασφάλειας που απαιτεί η σύγχρονη ιατρική πρακτική. Υπάρχουν όμως επιχειρήματα που καταρρίπτουν μία τέτοια υπόθεση.

Πρώτον, είναι άστοχο να υποθέτουμε ότι οι γυναίκες και οι γιατροί άλλων ευρωπαϊκών χωρών δε λειτουργούν με παρόμοιο αίσθημα ασφάλειας και χρησιμοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας. Επιπλέον, είναι δύσκολο να σκεφτούμε ότι ο ελληνικός γυναικείος πληθυσμός διαφέρει πολύ από αυτόν των υπολοίπων χωρών σε θέματα ηλικίας της μέλλουσας μητέρας, φυσικής κατάστασης, χρησιμοποίησης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, προγραμματισμού του τοκετού και πολλών άλλων δικαιολογημένων ή μη εξηγήσεων του φαινομένου.

Ακόμα, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι περισσότερες καισαρικές τομές εκτελούνται λόγω επαπειλούμενης υγείας του εμβρύου, θα υπέθετε κανείς ότι, με τη δημοφιλή τακτική της καισαρικής στην Ελλάδα, εξασφαλίζουμε λιγότερες επιπλοκές. Παρόλα αυτά, η

βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα στη χώρα μας δε διαφέρει από αυτή των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών, καταρρίπτοντας τη φήμη της υπερασφαλούς καισαρικής τομής. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι στην ελληνική επικράτεια εκτελούνται περισσότερες καισαρικές επεμβάσεις, εξασφαλίζοντας παρόμοιο επίπεδο ασφάλειας με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης.

Η ελλιπής ιατρική ενημέρωση συμβάλλει το δικό της μερίδιο στα «φουσκωμένα» νούμερα των καισαρικών τομών. Ένας πολύωρος τοκετός, με τα δεδομένα που μας έχει επιβάλλει η ίδια η φύση, είναι στα πλαίσια του φυσιολογικού. Οι σύγχρονοι πολιτισμοί όμως, λαμβάνουν αρνητικά μηνύματα από ένα τέτοιο τοκετό και αναπόφευκτα προτιμάται η ταχεία διεκπεραίωση που προσφέρει η λύση της καισαρικής. Πιστεύεται δε ότι, εφόσον ακολουθείται η κατεύθυνση της «μάζας», η καλή έκβαση είναι σχεδόν εγγυημένη. Δυστυχώς όμως, ακόμα και με τις καλύτερες προθέσεις, κανείς δε μπορεί να εγγυηθεί προκαταβολικά το καλό αποτέλεσμα σε θέματα υγείας. (Παπαθανασίου Θ., 2012)

Σε αντίθεση όμως με την κοινή αντίληψη, ο πόνος δεν αποτελεί πια αναγκαία συνθήκη για ένα φυσιολογικό τοκετό. Οι μοντέρνες τακτικές ανώδυνου τοκετού έχουν καταξιωθεί διεθνώς και ήδη χρησιμοποιούνται και στα ελληνικά μαιευτήρια. Από την άλλη πλευρά, η καισαρική τομή παραμένει μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση που δεν εξασφαλίζει από μόνη της ένα υγιές μωρό. Είναι επιστημονικά αποδεκτό ότι ο φυσιολογικός τοκετός όχι μόνο δεν κουράζει το μωρό, αλλά απεναντίας το προετοιμάζει για την έξοδό του στο κόσμο, ενδεχομένως καλύτερα από μια προγραμματισμένη καισαρική τομή. (Μπουλουτζά Γιάνναρου, 2007)

Σύμφωνα με τις ως άνω υποθέσεις, θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι οι λόγοι αύξησης των καισαρικών τομών διεθνώς, δεν επαρκούν για να δικαιολογήσουν το ποσοστό τους στην χώρα μας. Έχει διαπιστωθεί ότι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η εθνικότητα, το οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα, η εκπαίδευση, η ύπαρξη ιδιωτικής ή μη ασφάλισης υγείας και πολλοί άλλοι παράγοντες, επηρεάζουν καθοριστικά το ποσοστό των καισαρικών τομών σε σχέση με τους φυσιολογικούς τοκετούς.

5.3 Προτάσεις

5.3.1 Στρατηγικές μείωσης των καισαρικών τομών

Ο μεγάλος αριθμός καισαρικών τομών συνεπάγεται αυξημένη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Αντίθετα, υπερβολικά χαμηλό ποσοστό μπορεί να έχει επιπλοκές στη μητέρα και στο μωρό. Η απάντηση στην ερώτηση ποίο είναι το αποδοτικότερο ποσοστό καισαρικών τομών είναι δύσκολη δεδομένων των διαφορών μεταξύ των χωρών. Στις ΗΠΑ υπήρξε συμφωνία των ειδικών ότι το 25% των καισαρικών τομών που παρατηρήθηκε στην δεκαετία του '80 ήταν υπερβολικά υψηλό και ότι το επιθυμητό για την καλύτερη δυνατή περίθαλψη των γυναικών θα ήταν γύρω στο 12-15%. (Αρσενοπούλου I., 2001) Έτσι η κυβέρνηση των ΗΠΑ είχε θέσει στόχο για το 2000 το ποσοστό αυτό να μειωθεί στο 12% και το ποσοστό επανάληψης να μην υπερβαίνει το 3%.

Στρατηγικές για να μειωθεί το ποσοστό των καισαρικών τομών εφαρμόζονται από πολλές ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες με ενημέρωση των πελατών τους έχουν πετύχει την μείωση του ποσοστού αυτού. Οι πιο σημαντικές από τις στρατηγικές που ακολουθούνται είναι οι εξής: (Αρσενοπούλου I., 2001)

- Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή.
- Διαχείριση της ισχιακής προβολής με τα κατάλληλα μέσα.
- Συνεχής υποστήριξη κατά την διάρκεια του τοκετού. Η συνεχής υποστήριξη από μαία έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά τον αριθμό των καισαρικών τομών.
- Η σωστή χρήση επισκληριδίου αναισθησίας
- Αποσαφήνιση του ορισμού της δυστοκίας και σωστή αντιμετώπιση της.
- Εμβρυϊκό στρες και τρόποι καταπολέμησης του.

Αποτελεσματική θα ήταν και η συμβολή των επαγγελματιών υγείας και οργανώσεων στον αντίστοιχο χώρο, μέσω της ενημέρωσης του ευρύ κοινού στις πλουσιότερες χώρες, για την υποστήριξη προγραμμάτων με στόχο την παροχή επείγουσας μαιευτικής φροντίδας. Το επιχείρημα ορισμένων χωρών που έχουν περισσότερα από ότι οι άλλοι στερούνται εντελώς, έχει χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν για την ευαισθητοποίηση και την δράση σε περιπτώσεις κρίσης τροφών ή καταστροφών χωρών του τρίτου κόσμου και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση των καισαρικών τομών

στην επείγουσα μαιευτική περίθαλψη. (Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe, 2010)

5.3.2 Ο τοκετός στο σπίτι

Είναι πλέον αποδεκτό ότι οι γυναίκες επιστρέφουν σε συνήθειες του παρελθόντος, όταν ακόμη οι γυναικολόγοι δεν αποτελούσαν πολυπληθή κλάδο και τα ιδιωτικά μαιευτήρια δεν είχαν κάνει ακόμη την εμφάνισή τους. Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα της Βρετανίας, για την οποία τα πλέον πρόσφατα στοιχεία θέλουν τις γεννήσεις στο οικιακό περιβάλλον να φθάνουν τις 17.000. Την ίδια στιγμή στην Ολλανδία το 35% του συνόλου των τοκετών λαμβάνουν χώρα στο σπίτι. Στην Ελλάδα, ολοένα και περισσότερες γυναίκες αναζητούν τα οφέλη του οικείου περιβάλλοντος τους για να φέρουν στο κόσμο τα παιδιά τους. Από το 2006 πάνω από διακόσιες γυναίκες επέλεξαν να γεννήσουν στο σπίτι τους, λέγοντας «όχι» στο μαιευτήριο, όταν δυο χρόνια νωρίτερα ο αριθμός αυτός άγγιζε μόλις τις εκατό. Μπροστά στο φαινόμενο αυτό, όπως είναι λογικό αντιδρούν πολλοί εμπλεκόμενοι από τον χώρο της υγείας. Πολλοί από τους γιατρούς αρνούνται ακόμη και να παραστούν, όταν τους ζητείται, στη διαδικασία, χαρακτηρίζοντας την πρακτική τουλάχιστον αναχρονιστική. (Το Ποντίκι, 2008)

Από την άλλη μεριά, οι γυναίκες που έχουν γίνει μητέρες στο δικό τους περιβάλλον διευκρινίζουν ότι ένα από τα θετικά της υπόθεσης αυτής, κάτι που λειτούργησε και ως κίνητρο για την τελική τους επιλογή, ήταν το κόστος. Τα νοσήλια σε ένα ιδιωτικό μαιευτήριο και η αμοιβή του γιατρού μπορεί να φθάσουν σε ιλιγγιώδη ύψη, για το μικρό διάστημα της παραμονής τους σε αυτό. Αντιθέτως, τα οικονομικά μεγέθη συρρικνώνονται όταν επιλέγεται η μέθοδος του τοκετού στο σπίτι. Αν αναλογισθεί κανείς και την κατάργηση του επιδόματος τοκετού, όταν αυτοί πραγματοποιούνται σε μαιευτικές κλινικές ή νοσοκομεία, μπορούμε να υποθέσουμε ότι το ποσοστό των τοκετών στο σπίτι θα αυξηθεί στο άμεσο μέλλον. (Το Ποντίκι, 2008)

5.3.3 Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC-Vaginal Birth After Cesarean).

Όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, πολλές από τις καισαρικές τομές γίνονται επειδή προηγήθηκε καισαρική σε παλιότερο τοκετό. Μέχρι πρόσφατα, δεν

υπήρχε η πιθανότητα μιας φυσιολογικής γέννας μετά από καισαρική και οι γιατροί δίσταζαν πολύ να ενθαρρύνουν τη λεγόμενη VBAC ή “Κολπική Γέννα μετά από Καισαρική” (Vaginal Birth After Cesarean), κυρίως επειδή δεν είχαν τις γνώσεις που χρειάζονται γι’ αυτή την μέθοδο. (Χρηστάκου Ε., 2012)

Όμως, στις ιατρικά προηγμένες χώρες, πολλές γυναίκες που είχαν βιώσει την καισαρική τομή, άρχισαν οι ίδιες να ζητούν φυσιολογικό τοκετό στις επόμενες γέννες τους. Αντίστοιχα πολλοί γιατροί, αναλογιζόμενοι την τόσο γρήγορη άνοδο του ποσοστού των καισαρικών, προσπάθησαν να ανταποκριθούν. Σήμερα, διαφαίνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, οι κίνδυνοι από μια επιλεκτική καισαρική που έχει αποφασιστεί με βάση τις ενδείξεις μιας προηγούμενης, είναι μεγαλύτεροι από τους κινδύνους της VBAC. Στην πραγματικότητα, πολλοί γιατροί στις Η.Π.Α. και τον Καναδά πιστεύουν ότι η ιατρική μέριμνα πρέπει να περιλαμβάνει την υποστήριξη της VBAC για όλες σχεδόν τις γυναίκες που έχουν κάνει προηγούμενη καισαρική τομή. Οι ωφέλειες της μεθόδου αυτής είναι οι εξής: (Χρηστάκου Ε., 2012)

- Η φροντίδα του νεογέννητου, αλλά και των άλλων παιδιών, είναι πολύ ευκολότερη μετά από μια φυσιολογική γέννα
- Παρότι η μητρική θνησιμότητα είναι χαμηλή, είναι δύο φορές πιο πιθανή στην καισαρική μετά από μια πρώτη καισαρική, παρά στη VBAC. Τα ποσοστά μόλυνσης της μητέρας από καισαρική είναι της τάξεως του 10 έως 65%. Τα αντίστοιχα ποσοστά είναι πολύ χαμηλότερα στο φυσιολογικό τοκετό.
- Η θνησιμότητα του μωρού στη VBAC είναι χαμηλότερη από όλες τις άλλες περιπτώσεις θνησιμότητας. Επιπλέον, οι θάνατοι βρεφών που έχουν παρουσιαστεί στις περιπτώσεις VBAC δεν οφείλονται σε επιπλοκές του φυσιολογικού τοκετού, αλλά σε άλλα αίτια όπως το μικρό βάρος. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν καταλήξει ότι κάθε γυναίκα με προηγούμενη καισαρική μπορεί να γεννήσει φυσιολογικά εφόσον η προηγούμενη τομή της μήτρας είναι χαμηλή και οριζόντια, και επίσης αν οι λόγοι που έκαναν αναγκαία την προηγούμενη καισαρική δεν συντρέχουν πια.
- Ο χρόνος στο νοσοκομείο, η περίοδος ανάρρωσης, ο πόνος μετά τη γέννα, τα έξοδα, είναι όλα λιγότερα σε μια φυσιολογική γέννα
- Μια άλλη λιγότερο φανερή ωφέλεια της VBAC είναι ότι αναπτύσσεται σε υψηλό βαθμό η αίσθηση ότι η γυναίκα συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία του τοκετού της,

εξοπλισμένη με πλήρεις γνώσεις για τις δυνατότητες, τους κινδύνους και τις ωφέλειες.

5.3.4 Παρουσία μαιών

Έχει αποδειχθεί ότι σε εγκυμοσύνες και τοκετούς όπου η κύρια υπεύθυνη είναι η μαιά, υπάρχει λιγότερος ιατρικός παρεμβατισμός στον τοκετό, λιγότερες περινεοτομές, λιγότερη φαρμακευτική αναλγησία και λιγότερη χρήση επισκληριδίας αναλγησίας. Βέβαια, πολύ μεγάλη σημασία έχει η σωστή επιλογή των γυναικών ώστε να μην είναι υψηλού κινδύνου, αλλά και η δυνατότητα για άμεση νοσοκομειακή υποστήριξη, αν χρειαστεί σε περίπτωση επιπλοκών. (Αρσενούλου Ι., 2001)

Ακόμα, η παρουσία μαιών πριν και μετά τον τοκετό σχετίζεται με τις μειωμένες πιθανότητες οι γυναίκες να χάσουν το μωρό τους πριν την 24^η εβδομάδα της κύησης και να παραμείνουν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο. Όσες επίτοκες λαμβάνουν μαιευτική φροντίδα, αναγνωρίζουν έγκαιρα τα προειδοποιητικά σημεία για οποιαδήποτε ανωμαλία στη μητέρα ή στο έμβρυο όπως είναι η αποκόλληση του πλακούντα και διάκεινται θετικά στο μητρικό θηλασμό. (Παναγιωτάκη, 2012)

5.3.5 Δραστηριοποίηση «κοινωνίας – πολιτών»

Δεδομένης της αύξησης του φαινομένου που εξετάζουμε και της επιρροής του τόσο στη ζωή των γυναικών και των παιδιών τους αλλά και στον μαιευτικό κλάδο μέσω των οικονομικών αλλαγών που επιφέρει, είναι σημαντικό να δραστηριοποιηθεί η κοινωνία για την μείωση του. Για τον λόγο αυτό έχουν δημιουργηθεί τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό σύλλογοι υπέρ του φυσιολογικού τοκετού και ενημερωτικές ιστοσελίδες ώστε να μεριμνήσουν για τον περιορισμό των καισαρικών τομών.

- Σύλλογος 'Ευτοκία'

Στην Αθήνα εδώ και 11 χρόνια λειτουργεί ο σύλλογος «Ευτοκία», που έχει στόχο την προαγωγή του φυσικού τοκετού και δημιουργήθηκε από μητέρες, μαιές, γιατρούς και ψυχολόγους. Ο σύλλογος δεν καταδικάζει την καισαρική αυτή καθαυτή αλλά την «καισαρική για ευκολία». «Προάγουμε τον φυσικό τοκετό και θέλουμε η γυναίκα να βρει τη δύναμη για να γεννήσει» σημειώνει εκπρόσωπος του συλλόγου. Στην Ελλάδα «η

γέννα εξαρτάται όλο και περισσότερο από την τεχνολογία, το υπέροχο ένστικτο της μητρότητας όλο και συμπιέζεται» αναφέρει ο σύλλογος στην ιστοσελίδα του. «Η γέννα έχει πλέον γίνει ιατρική πράξη και οι γυναίκες υποβάλλονται σε μια σωματική, ψυχολογική και οικονομική δοκιμασία που επηρεάζει όλη την οικογένεια αλλά κυρίως την υγεία και την ανάπτυξη του ίδιου του μωρού» καταλήγει. (Χρηστάκου Ε., 2012)

- Σωματείο ‘Birth choices’

Το σωματείο του Birth choices ξεκίνησε στην Θεσσαλονίκη τον Μάρτιο του 2008. Στόχος του είναι η υποστήριξη και η προώθηση του φυσικού τοκετού και η κατάδειξη, από τη μια της συνεχώς αυξανόμενης εμπορευματοποίησης των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα και από την άλλη της έλλειψης ενημέρωσης για τις διαφορετικές δυνατότητες τοκετού που υπάρχουν. Παρέχεται στήριξη και ενημέρωση σε γυναίκες για τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν, έναντι των προσφερόμενων σε κλινικές και νοσοκομεία, για να μπορούν να διεκδικούν τα δικαιώματά τους κατά την διάρκεια του τοκετού. (birthchoices.gr, 2012)

Όσον αφορά στην κοινωνική και πολιτική πίεση που ασκεί το σωματείο, αυτή στοχεύει στο να γίνει αντιληπτό ότι η καισαρική τομή είναι η κυρίαρχη μέθοδος τοκετού στην χώρα μας και ότι αποτελεί κομμάτι ενός υπερβολικά παρεμβατικού συστήματος.

Άλλοι οργανισμοί και ενημερωτικά site για την ενίσχυση του φυσιολογικού τοκετού είναι οι εξής: (Πούζκοβα, 2008)

- Διεθνής οργανισμός για την γέννα «Μητέρα – Μωρό». Παγκόσμια προσπάθεια για την βελτίωση της μαιευτικής φροντίδας.
- International Cesarean Awareness Network - Δίκτυο οργανώσεων με επίγνωση των κινδύνων από καισαρική τομή
- Ίδρυμα ‘Γεννώ Ανθρώπινα’ - Έχεις δικαίωμα να δρας. Παλεύουμε για το φυσιολογικό
- www.childbirth.org: Ενημερωτικό site για την εγκυμοσύνη και το φυσικό τοκετό
- www.llii.org: Η ιστοσελίδα του συνδέσμου θηλασμού La leche league
- www.gentlebirth.org: Ιστοσελίδα για τον φυσικό τοκετό
- www.birthpsychology.com: Η ψυχολογία κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό
- www.birthingthefuture.com: Ιστοσελίδα για τον φυσικό τοκετό
- www.ican-online.org

Συγκεντρωτικά, μπορούμε να πούμε ότι το ζήτημα των καισαρικών τομών μας αφορά όλους. Η αύξηση τους στην Ελλάδα είναι πιο μεγάλη από ποτέ και μαζί με τους παρόχους υγείας θα πρέπει όλοι οι πολίτες να ευαισθητοποιηθούν και να δράσουν ενάντια του φαινομένου αυτού. Μόνο έτσι θα αποφύγουμε τις δυσμενείς οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις των καισαρικών τομών και θα δώσουμε το δικαίωμα στις επόμενες γενεές να ξεκινήσουν την ζωή τους φυσιολογικά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αρσενοπούλου Ι. (2001). Η κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών. Στο Μ. Ματσαγγάνης, *Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κριτική ΑΕ.
- Βρεκούσης Θ., Στέφος Θ. (2008). Ο τοκετός σε πολύδυμη κύηση. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2013). *Διεύθυνση Στατιστικών Πληθυσμού και Αγοράς Εργασίας*. Αθήνα: ΕΛΣΤΑΤ.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2013). *Ελλάδα, Δημόσια και Ιδιωτικά θεραπευτήρια*. Διεύθυνση Κοινωνικών Στατιστικών ΕΛΣΤΑΤ.
- ΕΣΔΥ. (2012, Αύγουστος). Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας - Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2012). Απασχόληση, κοινωνικές υποθέσεις και ισότητα ευκαιριών. Τα δικαιώματά κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως. (2011, Νοέμβριος 3). Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνική Δημοκρατία.
- Ινστιτούτο Εργασίας. (2012-2015). *Δίκτυο Υπηρεσιών Πληροφόρισης & Συμβουλευτικής εργαζομένων*. Αθήνα: ΓΣΕΕ.
- Κολοκοτρώνη, Ο. (2002). Άσθμα και αλλεργίες σε παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή.
- Κυριόπουλος, Γ. (2012). *Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Κυριόπουλος, Γ., & Σκρουμπέλος, Α. (2012). *Η υπέρβαση της κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Μάνιου, & Ιακωβίδου. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού*.
- Μανταλενάκης, Σ. (2008). Η εξέλιξη της καισαρικής τομής απο τον 19ο στον 20ο αιώνα. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*.

- Ματσαγγάνης Μ. (2001). Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στη Ελλάδα. Στο Μ. Ματσαγγάνης, *Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στη Ελλάδα*. Κριτική ΑΕ.
- Νιάκας Δ. (2001). Ο τομέας των μαιευτικών υπηρεσιών. Στο Μ. Ματσαγγάνης, *Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών*. Κριτική.
- Νικολουδάκη Κ. (2011). Μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα. *Πανεπιστήμιο Κρήτης* .
- Ο κόσμος του Επενδυτή. (2011). Γεννητούρια με ραντεβού. *Ο κόσμος του Επενδυτή* .
- Οικονόμου Χ. (Μάρτιος 2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα - Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Οικονόμου Χ. (2013, 11 21). Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα. *Foreign Affairs* , σ. 14.
- Ομοσπονδία Γυναικών Ελλάδας. (2013). *Επικίνδυνες οι μεθοδεύσεις της κυβέρνησης με το επίδομα τοκετού*. Αθήνα.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (1996). *Φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό: ένας πρακτικός οδηγός*.
- Παναγιωτάκη, Ε. (2012). Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα σε Ελλάδα και Ευρώπη. *Πανεπιστήμιο Κρήτης* .
- Ρούζκοβα, Μ. (2008). Φυσιολογικός τοκετός ή Καισαρική τομή? Θεσσαλονίκη.
- Σουλιώτης Κ. (2008). Υπηρεσίες υγείας στον γυναικείο πληθυσμό. Στο Α. Ρουμेलιώτη, & Κορνάρου, *Γυναίκα και Υγεία*. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Τζεβελέκης Φ., Π. Α. (2008). Καισαρική τομή: νεότερα δεδομένα. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία* , 7.
- Το Ποντίκι. (2008). Η εκδίκηση της μαμής. *Το Ποντίκι* .
- Τσιάμης Κ., Λ. Βλαδίμηρος, Ι. Λασκαράκος. (2003). Η ιστορία της καισαρικής τομής. *Θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας* .
- Τσίμτσιου Ζ., Κ. Κ. (2011). Επικοινωνία ιατρού - ασθενούς και ιατρικά λάθη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011* .
- Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης. (2013, 02 26). Διευκρινήσεις για το επίδομα του τοκετού. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία.
- Υπουργείο Υγείας . (2012, 08 03). Σχετικά με τη χορήγηση επιδόματος τοκετού. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία.

Ξενόγλωσση

- Economou C. (2010). Health system review. *Health Systems in Transition* .
- ENCA Hellas. (2012, Μάιος). Ελληνικό δίκτυο για τον Σεβασμό στην Γέννα.
- Gibbons Luz., José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Merialdi and Fernando Althabe. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sectionw Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage.
- Kaitelidou, Tsirona, Galanis, Siskou, Mladovsky, & Kouli. (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy* .
- Lancet. (1985). Appropriate technology for birth.
- Mollamahmutoglu, Danisman, Ertas, Celen, & Simsek. (2012). Alarming rise of cesarean births: a single center experience.
- Mossialos, Allin, & Karras. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals - The impact of financial incentives and convenience .

Διαδικτυακές Πηγές

- Αϊναλής Παντελής. (2008, 12 03). <http://toketos.wordpress.com/2008/12/03/96/>.
Ανάκτηση 2013, από toketos.wordpress.com.
- Καλοπίσης Γ. Balasso P. (2012, 05 21). <http://www.encahellas.eu/files/KostosGennas-ENCAHellas2012.pdf>. Ανάκτηση 2013, από www.encahellas.eu.
- Μπουλουτζιά Γιάνναρου. (2007, 09 02).
http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_18_02/09/2007_239704. Ανάκτηση 2013, από news.kathimerini.gr.
- Παπαθανασίου Θ. (2012). http://www.gynaikologos.net/kaisariki_tomi.html. Ανάκτηση 2013, από www.gymaikologos.net.
- Παράσχος. (2012). <http://www.ivf-embryo.gr/gynaikologia/toketos/kaisariki-tomi>.
Ανάκτηση 08 2013, από www.embryo.gr.
- Φούρα Γ. (2012, 01 15).
http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_15/01/2012_469283. Ανάκτηση 08 2013, από kathimerini.gr.

Φυντανίδου Ε. (2005, 06 26).

<http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=166905>. Ανάκτηση 2013, από www.tovima.gr.

Χρηστάκου Ε. (2012). <http://www.eutokia.gr>. Ανάκτηση 06 2013, από www.eutokia.gr.

[birthchoices.gr](http://www.birthchoices.gr). (2012). <http://www.birthchoices.gr/>. Ανάκτηση 2013

[birthchoices.gr](http://www.birthchoices.gr/wp-content/uploads/2010/02/dikaiomata.pdf). (2012, 07). <http://www.birthchoices.gr/wp-content/uploads/2010/02/dikaiomata.pdf>. Ανάκτηση 07 2013

[encahellas.eu](http://www.encahellas.eu/international-wrc.html). (2013, 07). <http://www.encahellas.eu/international-wrc.html>. Ανάκτηση 2013

[encahellas.eu](http://www.encahellas.eu/the-european-network.html). (2012). <http://www.encahellas.eu/the-european-network.html>. Ανάκτηση 07 2013

[genna.gr](http://www.genna.gr/pinakes-me-kostos-toketou-se-oles-tis-klinikes/). (2013). <http://www.genna.gr/pinakes-me-kostos-toketou-se-oles-tis-klinikes/>. Ανάκτηση 08 2013

[healthyliving.gr](http://www.healthyliving.gr). (2012, 11 26). <http://www.healthyliving.gr>. Ανάκτηση 06 2013