



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

*ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**« ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ  
ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ »**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

**Πειραιάς, 2008**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**« ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ  
ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ »**

Επόπτης : **Αγιακλόγλου Χρήστος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιά

(Τμήμα : Οικονομικές Επιστήμες)

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



UNIVERSITY OF  
PIRAEUS

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ

*ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*



TEI OF  
PIRAEUS

**KARAMITROS DIMITRIOS**

**«ECONOMIC ANALYSIS  
OF OBSTETRICAL HEALTH SERVICES  
IN ATHENS»**

Supervisor : **Agiakloglou Christos**

Associate Professor of University of Piraeus

(Department of Economics)

Study for the aquirement  
of Master Diploma

**Piraeus, 2008**

Αφιερώνω

την διπλωματική εργασία  
στη μνηστή και σύντροφο μου

**Μαργαρίτα Δανέζη,**

με την παρότρυνση και υποστήριξη της οποίας  
συμμετείχα στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

&

**στην οικογένεια μου,**

η οποία πάντα με στηρίζει σε κάθε προσπάθεια μου.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η άριστη συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή, Κο **Αγιακλόγλου Χρήστο**, επέτρεψε την συγγραφή της διπλωματικής εργασίας. Το ενδιαφέρον, οι επιστημονικές γνώσεις, η φιλική πάντα διάθεση είχαν ως αποτέλεσμα μία ουσιαστική συνεργασία. Χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και συνεισφορά του, η συγγραφή της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας θα ήταν αδύνατη. Για τους λόγους αυτούς, τον ευχαριστώ θερμά.

Η δημιουργία της διπλωματικής εργασίας δεν θα ήταν εφικτή επίσης χωρίς τη πολύτιμη βοήθεια φίλων, συναδέλφων. Η συνεισφορά φίλων στη διανομή και συλλογή ερωτηματολογίων συνετέλεσε αποφασιστικά στη δημιουργία του 5<sup>ου</sup> ερευνητικού κεφαλαίου. Θερμές ευχαριστίες στη Μαργαρίτα Δανέζη, στην Αργυρώ Φραντζή, το Νίκο Κωνσταντή, τον Χρήστο Δανέζη, τη Κατερίνα Μπαλούτογλου και την Άννα Μπατάκη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξέλιξη της Ιατρικής και των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας προκάλεσε τη δημιουργία συμπληρωματικών υπηρεσιών προς τις κύριες μαιευτικές. Η πολυπλοκοποίηση τους επέφερε αλλαγές και την εμφάνιση νέων οικονομικών δεδομένων, τα οποία η Οικονομική επιστήμη προσπαθεί να μελετήσει και οριοθετήσει. Νέοι τομείς προστέθηκαν στις υπηρεσίες υγείας, αυξάνοντας το τελικό συνολικό κόστος για την ελληνική οικογένεια στη προσπάθεια απόκτησης ενός παιδιού. Αλλά και σε περιπτώσεις όπως ο μητρικός θηλασμός, οι κοινωνικές αλλαγές και η αύξηση του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων έχουν επιφέρει οικονομικές μεταβολές. Οικονομικά φαινόμενα όπως η προκλητή ζήτηση, η ασύμμετρη πληροφόρηση, η ασφάλιση, ο ηθικός κίνδυνος, έκαναν την εμφάνιση τους και παράλληλα με την αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δυσχεραίνουν το ρυθμιστικό έργο της οικονομικής επιστήμης.

Η προσφορά και η ζήτηση για μαιευτικές υπηρεσίες επηρεάζονται πλέον όχι μόνο από τις βασικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού αλλά και από νέα κριτήρια, όπως η ασφάλεια στο τοκετό, το κόστος αυτού και η παρεχόμενη ποιότητα αυτών. Παρατηρείται στροφή του καταναλωτικού κοινού προς τον ιδιωτικό τομέα και τις ιδιωτικές κλινικές και μαιευτήρια. Ο υψηλός πλέον ανταγωνισμός στο χώρο της υγείας επηρεάζει και τις επιχειρήσεις των μαιευτικών κλινικών. Το τελικό κόστος βαρύνει τους Έλληνες καταναλωτές, οι οποίοι επιλέγουν να επιβαρυνθούν με επιπλέον κόστος προκειμένου να εξασφαλίσουν ποιότητα και να αποφύγουν τις υποβαθμισμένες δημόσιες υπηρεσίες. Ο ελεύθερος ανταγωνισμός σε συνδυασμό με την έλλειψη κρατικού ελέγχου εκτοξεύουν τα κέρδη των επιχειρήσεων και το αυξανόμενο κόστος μοιράζεται στους καταναλωτές, οι οποίοι ωστόσο επιμένουν «ιδιωτικά».

Έρευνα στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας που έγινε σε γυναίκες που είχαν την εμπειρία της γέννησης τα τελευταία 7 χρόνια επιβεβαιώνουν την υπεροχή του ιδιωτικού τομέα ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ύπαρξη οικονομικών φαινομένων που χρήζουν μελέτης και ρύθμισης από την Πολιτεία, με την καθοδήγηση της Οικονομικής Επιστήμης.

**Λέξεις κλειδιά :** κύριες και συμπληρωματικές μαιευτικές υπηρεσίες, φυσικός τοκετός, καισαρική τομή, προκλητή ζήτηση, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, κόστος, ασφάλεια, έρευνα.

## **Abstract**

The main purpose of this research is the study of economics with reference to the main obstetrical health services in Athens. The applied method is the observation of primary and supplementary services as new economic effects which are discussed. Features such as demand and supply, public and private health services are deeply elaborated and explicated in regard to their action on obstetrical health duties and services. The major cause for the implementation of a study like this is the scarcity of financial, statistical and economical data in connection with obstetrical departments. Through this attitudinal paradigms and vigorous products the superiority of the private health sector is easily and strongly confirmed. The final product is also demonstrates that the most crucial element for the efficiency and effectiveness in health services is the pursuit of total quality management in every aspect of obstetrical and health services.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εξώφυλλο.....	σελ.	i
Εξώφυλλο στην αγγλική γλώσσα.....	σελ.	ii
Αφιέρωση.....	σελ.	iii
Ευχαριστίες.....	σελ.	iv
Περίληψη, λέξεις κλειδιά.....	σελ.	v
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα (Abstract).....	σελ.	vi
Πίνακας περιεχομένων .....	σελ.	vii
Κατάσταση γραφημάτων.....	σελ.	x
Κατάσταση πινάκων.....	σελ.	xi
Κατάσταση διαγραμμάτων.....	σελ.	xii
<b>1 Κλινική διαχείριση μαιευτικών υπηρεσιών.....</b>	<b>σελ.</b>	<b>1</b>
1.1 Εισαγωγή.....	σελ.	1
1.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή στις μαιευτικές υπηρεσίες.....	σελ.	2
1.3 Βασικές έννοιες μαιευτικών υπηρεσιών υγείας.....	σελ.	4
1.4 Κύριες μαιευτικές υπηρεσίες.....	σελ.	5
1.4.1 Παρακολούθηση κατά την κύηση.....	σελ.	6
<i>Σωστή παρακολούθηση κατά την κύηση.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>7</i>
<i>Προγεννητικός έλεγχος.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>9</i>
<i>Πλημμελής παρακολούθηση κατά την κύηση.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>12</i>
1.4.2 Τελική πράξη τοκετού.....	σελ.	14
1.4.2.1 Φυσιολογικός τοκετός.....	σελ.	15
<i>Φυσιολογικός τοκετός σε νοσοκομείο - μαιευτήριο.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>16</i>
<i>Φυσιολογικός τοκετός σε κέντρο υγείας.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>17</i>
<i>Φυσιολογικός τοκετός στο σπίτι.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>18</i>
<i>Φυσιολογικός τοκετός σε κέντρο φυσικού τοκετού. ....</i>	<i>σελ.</i>	<i>20</i>
1.4.2.2 Καισαρική τομή.....	σελ.	22
1.4.3 Περίοδος λοχείας.....	σελ.	27
1.5 Συμπληρωματικές προς τις μαιευτικές υπηρεσίες.....	σελ.	29
1.5.1 Αντιμετώπιση του πόνου.....	σελ.	29
<i>Μη φαρμακολογικές μέθοδοι.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>30</i>
<i>Φαρμακολογικές μέθοδοι.....</i>	<i>σελ.</i>	<i>33</i>
1.5.2 Υπογονιμότητα και Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.....	σελ.	34
1.5.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός.....	σελ.	41
1.5.4 Τεχνητή διακοπή της κύσεως. ....	σελ.	45
1.6 Ανακεφαλαίωση.....	σελ.	47
<b>2 Ειδικές περιπτώσεις στις μαιευτικές υπηρεσίες.....</b>	<b>σελ.</b>	<b>49</b>
2.1 Εισαγωγή.....	σελ.	49



2.2	Παθολογία κύησης... ..	σελ. 50
2.3	Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.....	σελ. 53
2.4	Τράπεζες Βλαστοκυττάρων.....	σελ. 57
2.5	Μητρικός θηλασμός.....	σελ. 61
2.6	Ανακεφαλαίωση.....	σελ. 65
<b>3</b>	<b>Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μαιευτικών υπηρεσιών.....</b>	<b>σελ. 67</b>
3.1	Εισαγωγή.....	σελ. 67
3.2	Ασύμμετρη πληροφόρηση.....	σελ. 68
3.3	Προκλητή ζήτηση.....	σελ. 69
3.4	Αβεβαιότητα.....	σελ. 70
3.5	Ηθικός κίνδυνος.....	σελ. 71
3.6	Ασφάλιση.....	σελ. 73
3.7	Δυσμενής επιλογή.....	σελ. 74
3.8	Μονοπωλιακές καταστάσεις.....	σελ. 75
3.9	Ανακεφαλαίωση.....	σελ. 76
<b>4</b>	<b>Προσφορά και ζήτηση μαιευτικών υπηρεσιών.....</b>	<b>σελ. 78</b>
4.1	Εισαγωγή.....	σελ. 78
4.2	Ζήτηση μαιευτικών υπηρεσιών.....	σελ. 79
	<i>Ποιότητα.....</i>	<i>σελ. 81</i>
	<i>Ασφάλεια.....</i>	<i>σελ. 82</i>
	<i>Κόστος.....</i>	<i>σελ. 83</i>
4.3	Προσφορά μαιευτικών υπηρεσιών.....	σελ. 83
4.3.1	Επαγγελματίες μαιευτικών υπηρεσιών.....	σελ. 84
	<i>Μαιευτήρες – γυναικολόγοι.....</i>	<i>σελ. 85</i>
	<i>Μαίες – μαιευτές.....</i>	<i>σελ. 88</i>
4.3.2	Μαιευτικές κλίνες.....	σελ. 90
4.3.3	Μαιευτικές κλινικές και νοσοκομεία.....	σελ. 93
4.4	Σύγκριση δημόσιου & ιδιωτικού τομέα.....	σελ. 97
4.4.1	Δημόσια μαιευτήρια και νοσοκομεία.....	σελ. 99
4.4.2	Ιδιωτικά μαιευτήρια και κλινικές.....	σελ. 103
4.5	Ανακεφαλαίωση.....	σελ. 106
<b>5</b>	<b>Ερευνητικό μέρος.....</b>	<b>σελ. 108</b>
5.1.	Εισαγωγή.....	σελ. 108
5.2	Χαρακτηριστικά της έρευνας.....	σελ. 109
5.3.	Αποτελέσματα έρευνας.....	σελ. 110
5.3.1	Ατομικά στοιχεία ερωτηθεισών.....	σελ. 110
5.3.2	Μαιευτικά στοιχεία.....	σελ. 113
5.3.3	Οικονομικά στοιχεία.....	σελ. 124

5.4.	Συμπεράσματα έρευνας - Ανακεφαλαίωση.....	σελ. 134
	Βιβλιογραφία.....	σελ. 137

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

- Γράφημα 1.1 :** Η έξοδος του θεού Ασκληπιού από τη κοιλιά της μητέρας του  
Κορωνίδας.....σελ.3
- Γράφημα 1.2 :** Απεικόνιση της εφαρμογής του πρώτου χειρισμού του  
Λεοπόλδου.....σελ.8
- Γράφημα 1.3 :** Απεικόνιση εμβρύου ενδομητρίως, με τη μέθοδο κλασικού  
υπερήχου.....σελ.10
- Γράφημα 1.4 :** Απεικόνιση δωματίου στο μοναδικό κέντρο φυσικού τοκετού  
στην Ελλάδα.....σελ.20
- Γράφημα 1.5 :** Απεικόνιση από χαλάρωση επιτόκου στο νερό και από την  
υποστήριξη επιτόκου από μέλος του προσωπικού.....σελ.21
- Γράφημα 1.6 :** Απεικόνιση ασκήσεων και χαλάρωσης από έγκυο, με τη  
παρουσία του συντρόφου της.....σελ.31
- Γράφημα 1.7 :** Μητέρα «υποδέχεται» το νεογνό της, κατά τη διάρκεια επέμβασης  
καισαρικής τομής.....σελ.34
- Γράφημα 1.8 :** Η μέθοδος I.C.S.I. σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο πριν και κατά  
την ενδοκυτταρική τοποθέτηση σπερματοζωαρίων.....σελ.38
- Γράφημα 2.1 :** Η ηθοποιός από τη Νέα Ζηλανδία Λούσι Λόουελς συμμετείχε  
σε εκστρατεία υπέρ του μητρικού θηλασμού.....σελ.62

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Πίνακας 1.1 :** Οι 5 βασικότεροι λόγοι πλημμελούς παρακολούθησης της εγκυμοσύνης στην Ελλάδα.....σελ.**13**
- Πίνακας 1.2 :** Κοστολόγηση παραμονής σε 3 ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας, αναλόγως φυσιολ. τοκετού (Φ.Τ) ή καισαρικής τομής (Κ.Τ.) και με επισκληρίδιο αναλγησία (επισκλ.).....σελ.**26**
- Πίνακας 1.3 :** Πίνακας UNICEF διεθνών συγκριτικών στοιχείων και προβλέψεων.....σελ.**44**
- Πίνακας 4.1 :** Αριθμός γεννήσεων στην Ελλάδα τα έτη 2003 και 2004.....σελ.**79**
- Πίνακας 4.2 :** Κατανομή μαιευτήρων – γυναικολόγων κατά γεωγραφικό, διαμέρισμα, (2004).....σελ.**87**
- Πίνακας 4.3 :** Αριθμός μαιευτικών κλινών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, (2004).....σελ. **91**
- Πίνακας 4.4 :** Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών στην Ελλάδα, ανά ειδικότητα,(2004).....σελ.**92**
- Πίνακας 4.5 :** Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης για υγεία (1995 – 2002) στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15 χωρών.....σελ.**98**
- Πίνακας 5.1 :** Ποσοστιαία αναλογία (%) των γυναικών που επέλεξαν τον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα να γεννήσουν ανάλογα με τον αριθμό τόκου.....σελ.**115**
- Πίνακας 5.2 :** Αναλυτικός πίνακας ποσοστού διάρκειας μητρικού θηλασμού ανά σύνολο, ανά ιδιωτικούς υπαλλήλους και ανά δημόσιους υπαλλήλους.....σελ.**124**

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>Διάγραμμα 4.1</b>	Ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι, κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, (2005).....	σελ. 86
<b>Διάγραμμα 4.2</b>	Αναλογία (%) διάρθρωσης αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, 2005.....	σελ. 103
<b>Διάγραμμα 5.1</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών κατά ηλικιακές ομάδες.....	σελ. 110
<b>Διάγραμμα 5.2</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών γεωγραφικά.....	σελ. 111
<b>Διάγραμμα 5.3</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών ανά οικογενειακή κατάσταση.....	σελ. 112
<b>Διάγραμμα 5.4</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών ανά επαγγελματική κατηγορία.....	σελ. 112
<b>Διάγραμμα 5.5</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών ανά επίπεδο σπουδών.....	σελ. 113
<b>Διάγραμμα 5.6</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών ανά αριθμό τέκνων αυτών.....	σελ. 114
<b>Διάγραμμα 5.7</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών συνολικά, στον ιδιωτικό τομέα και στο δημόσιο τομέα.....	σελ. 116
<b>Διάγραμμα 5.8</b>	Ποσοστό (%) εκτέλεσης προγεννητικών εξετάσεων.....	σελ. 117
<b>Διάγραμμα 5.9</b>	Ποσοστιαία κατανομή ερωτηθεισών γυναικών ανά αριθμό αυτόματων αποβολών.....	σελ.118
<b>Διάγραμμα 5.10</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών ανά αριθμό εφαρμογής προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης.....	σελ.119
<b>Διάγραμμα 5.11</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών που παρακολούθησαν μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου.....	σελ.120
<b>Διάγραμμα 5.12</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών που παρακολούθησαν μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου.....	σελ.121
<b>Διάγραμμα 5.13</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) γυναικών που είχαν παρακολούθηση από ειδικό κατά τη διάρκεια της λοχείας.....	σελ.122
<b>Διάγραμμα 5.14</b>	Αριθμητική κατανομή των γυναικών που έδωσαν μητρικό γάλα στα βρέφη ανά χρονική κλίμακα.....	σελ.123
<b>Διάγραμμα 5.15</b>	Ποσοστιαία κατανομή (%) γυναικών ανάλογα με τον τόπο διεξαγωγής του τελευταίου τοκετού.....	σελ.125

<b>Διάγραμμα 5.16</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) των γυναικών που έκαναν ή όχι οικονομική έρευνα αγοράς πριν την επιλογή του τομέα (ιδιωτικού ή δημόσιου).....σελ.	<b>126</b>
<b>Διάγραμμα 5.17</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) των βασικών κριτηρίων που οδήγησαν τις γυναίκες στη τελική επιλογή ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα.....σελ.	<b>128</b>
<b>Διάγραμμα 5.18</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) των ασφαλιστικών φορέων κάλυψης εξόδων του τοκετού.....σελ.	<b>130</b>
<b>Διάγραμμα 5.19</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) του βαθμού επίδρασης της επιλογής ιδιωτικού ή δημοσίου τομέα λόγω του ασφαλιστικού φορέα.....σελ.	<b>130</b>
<b>Διάγραμμα 5.20</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) των βαθμίδων ικανοποίησης από την αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό.....σελ.	<b>131</b>
<b>Διάγραμμα 5.21</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) των δωματίων παραμονής των λεχωϊδων.....σελ.	<b>132</b>
<b>Διάγραμμα 5.22</b>	Ποσοστιαία αναλογία (%) της ανταπόκρισης ή όχι του τελικού ποσού στο σύνολο των μαιευτικών υπηρεσιών.....σελ.	<b>133</b>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

---

### 1.1 Εισαγωγή

Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης της εγκυμοσύνης μίας γυναίκας, έως και αρκετές ημέρες μετά την γέννηση του παιδιού της, πολλές είναι οι διαδικασίες, κυρίως κλινικές και εργαστηριακές, που θα βιώσει ένα ζευγάρι, προκειμένου να γίνει εφικτή η απόκτηση ενός υγιούς παιδιού, παράλληλα με την διατήρηση της υγείας της μητέρας. Παλαιότερα, οι διαδικασίες αυτές ήταν λιγότερες, απλοποιημένες, πιο οικονομικές, ωστόσο είχαν δυσμενέστερα αποτελέσματα στην υγεία μητέρας και νεογνού. Κυριότερος δείκτης της αλλαγής των καιρών είναι η εξέλιξη της τεχνολογίας και της επιστήμης, με αποτέλεσμα την αύξηση των διαδικασιών, την πολυπλοκοποίηση τους, την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, την εμπλοκή περισσότερων επαγγελματιών υγείας, αλλά με μέγιστο και ουσιαστικό κέρδος την μείωση της περιγεννητικής και μητρικής θνησιμότητας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι διαδικασίες που ακολουθεί μία έγκυος είναι συγκεκριμένες και διαφοροποιούνται μόνο ανά ιδιαίτερη περίπτωση. Όπως συμβαίνει συχνά σε πολλές περιπτώσεις υπηρεσιών υγείας, οι ασθενείς δεν έχουν επίγνωση των κατάλληλων διαδικασιών και εξετάσεων που πρέπει να ακολουθήσουν και δεν είναι σε θέση να δρουν ως κυρίαρχοι και ορθολογικοί καταναλωτές στον τομέα της υγείας. Συχνό αποτέλεσμα είναι η πληροφόρηση να προέρχεται από τους ίδιους τους ιατρούς, οι οποίοι ενεργούν ως εκπρόσωποι των ασθενών, επιλέγοντας την κατάλληλη θεραπεία και στη συνέχεια παρέχοντας τη σε αυτούς.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει παρουσίαση των κύριων και των συμπληρωματικών μαιευτικών υπηρεσιών υγείας, οι οποίες παρέχονται στην έγκυο γυναίκα. Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι η κατάδειξη της εξέλιξης και εμπλοκής της οικονομικής επιστήμης στο χώρο των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και της αναγκαιότητας της ύπαρξης, μελέτης και ρύθμισης του τομέα αυτού από την Οικονομική Επιστήμη, μέσω

της σύντομης περιγραφής της κλινικής διαχείρισης των μαιευτικών υπηρεσιών, σε συνάρτηση με τα αντίστοιχα οικονομικά μεγέθη και κόστη αυτών.

## 1.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή στις μαιευτικές υπηρεσίες

Από τους πρώτους αιώνες της ανθρώπινης ύπαρξης, η παρέμβαση στη γέννηση ενός παιδιού και στην κατάσταση της υγείας μίας γυναίκας, επιτόκου ή λεχώνας ήταν πάντα περιορισμένη και στηριζόταν περισσότερο στις δυνάμεις της φύσης και της ίδιας της γυναίκας, με τις πιθανότητες επιβίωσης να είναι μοιρασμένες ανάμεσα στο θάνατο και στη ζωή μητέρας και του νεογνού. Η βοήθεια που παρεχόταν στην επίτοκο ήταν περισσότερο υποχρέωση προς την ανθρώπινη φύση παρά κάποια επαγγελματική προσφορά ή αποτέλεσμα οικονομικής ή ακόμα και εμπορικής συμφωνίας ή συναλλαγής.

Από τους προϊστορικούς κιόλας χρόνους, οι Μεσοποτάμιοι, οι Αιγύπτιοι και οι Ινδοί χρησιμοποιούσαν μαίες κατά τους τοκετούς. Οι τελευταίοι συγκεκριμένα, σε κάθε τοκετό είχαν την βοήθεια από 4 μαίες τις οποίες τοποθετούσαν σε διάφορες θέσεις. Στην Σαιδά της Αιγύπτου αναφέρεται ότι από το 4000 π.Χ έως το 2430 π.Χ. λειτουργούσαν σχολές, όπου γυναίκες διδάσκονταν τη μαιευτική. Μαίες χρησιμοποιούσαν και οι αρχαίοι Έλληνες. Μάλιστα, αντιλαμβανόμενοι τη σπουδαιότητα και την αναπόσπαστη σχέση της με την ιερή στιγμή του τοκετού, δημιούργησαν μία θεότητα, την προστάτιδα των γυναικών κατά τον τοκετό, την θεά «Ελευθώ». Γνωστή μαία της εποχής είναι η μητέρα του Σωκράτη, Φαιναρέτη. Στην ελληνική μυθολογία υπάρχουν πολλές αναφορές για μαιευτικές παρεμβάσεις, όπως αυτής της εξόδου του θεού Ασκληπιού από τη κοιλιά της μητέρας του Κορωνίδας, όπου φαίνεται και στο Γράφημα 1.1.<sup>1</sup> Η αμοιβή των μαιών της εποχής περιοριζόταν περισσότερο σε υλικά ανταλλάγματα, όπως τρόφιμα και λιγότερο σε χρηματικά ανταλλάγματα, καθώς η προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών θεωρείτο περισσότερο ηθική και πνευματική υποχρέωση της κοινωνίας παρά προϊόν οικονομικής συναλλαγής. Από τους Έλληνες εμπνεύστηκαν και οι Ρωμαίοι και ανακήρυξαν τη μαία θεά. Ορισμένα από τα ονόματα που της χάρισαν είναι θεά Carmenta, θεά Juno Lucida, θεά Origena. Και οι Εβραίοι περιέβαλαν με τέτοιο σεβασμό το έργο της μαίας, που αποφάσισαν, παρά τις προσταγές του αυστηρού ιουδαϊκού νόμου, να εξαιρέσουν την εργασία της από την αργία του Σαββάτου<sup>(4)</sup>. Μεταγενέστερος είναι ο Σωρανός ο Εφέσιος,

---

<sup>1</sup> Σε ξυλογραφία του 1549 (edition of Alessandro Beneditti's *De Re Medica*.)



σύγχρονος του Γαληνού και του Αυτοκράτορα Τραϊανού, που θεωρείται ο ιδρυτής της Γυναικολογίας και είναι ο πρώτος που εισήγαγε την υστερεκτομία στην γυναικολογία αλλά και πρόσθεσε πολλές επιστημονικές γνώσεις στη μαιευτική.



Πηγή : <http://www.nil.gov/exhibition/cesarean/asclepius.gif>

### Γράφημα 1.1

#### Η έξοδος του θεού Ασκληπιού από τη κοιλιά της μητέρας του Κορωνίδα.

Από τις πρώτες καταγεγραμμένες παρεμβάσεις είναι η καισαρική τομή στον τοκετό, τακτική ακόμη παλιότερη των ρωμαϊκών χρόνων. Θεωρείτο ένα μέτρο έσχατης ανάγκης για την επιβίωση του βρέφους από μια ετοιμοθάνατη ή ήδη νεκρή γυναίκα και δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι καταβαλλόταν προσπάθεια να κρατηθεί και η μητέρα στη ζωή. Χρειάστηκε να φτάσουμε στο 1500 μ.Χ. για να τολμήσει να επανεφεύρει ο Γ. Νούφερ στην Ελβετία την καισαρική τομή για να ξαναγίνει αποδεκτή πρακτική στον σύγχρονο κόσμο μας.

Το 1978, η επιτυχημένη γονιμοποίηση ανθρώπινων ωαρίων στο εργαστήριο και η γέννηση της Louise Brown, του πρώτου παιδιού από αυτή τη διαδικασία, αποτέλεσε πραγματικό ορόσημο, γιατί έδωσε άμεση πρόσβαση στους ανθρώπινους γαμέτες, τα ωάρια και τα σπερματοζώαρια και κατ' επέκταση στο γενετικό υλικό που φέρουν μέσα τους. Επιπλέον, έδωσε τη δυνατότητα σε χιλιάδες άτεκνα ζευγάρια να αποκτήσουν ένα παιδί αλλά και σε πολλά ζευγάρια βεβαρημένα με κάποιο γενετικό νόσημα να αποκτήσουν ένα υγιές παιδί. Αυτόματα, με την αλματώδη πρόοδο της μαιευτικής επιστήμης, εμφανίστηκε και η αυξημένη οικονομική απαίτηση. Και αν πρώτιστος στόχος της κοινωνίας ήταν η προσφορά της επιστήμης στο κοινωνικό σύνολο, παράλληλα η οικονομική αξίωση μεγάλωνε και η προσφορά συγκεκριμένων εξειδικευμένων υπηρεσιών περιοριζόταν σε εύρωστες οικονομικά κοινωνικές ομάδες. Μία άμεση επιστημονική εφαρμογή των επόμενων χρόνων ήταν η σπερματέγχυση, μία διαδικασία που μόνο σε οικονομικά ανεξάρτητα ζευγάρια μπορούσε να εφαρμοστεί, καθώς το αρχικό κόστος ήταν δυσβάσταχτο.

Αναφορές και δημοσιεύματα των τελευταίων ετών κάνουν λόγο για επιστημονικές ανακαλύψεις που λίγες δεκαετίες πριν θα φάνταζαν προϊόν επιστημονικής φαντασίας. Σύμφωνα με δημοσίευμα, λύση στο πρόβλημα εκατομμυρίων γυναικών προσπαθούν να δώσουν Αμερικανοί ιατροί, πραγματοποιώντας την πρώτη μεταμόσχευση μήτρας στην ιστορία της ιατρικής.<sup>2</sup> Η διαδικασία, εφόσον αποδειχθεί επιτυχής, θα επιτρέψει σε γυναίκες που έχουν αφαιρέσει το όργανο λόγω ασθένειας να κυφορήσουν και να γεννήσουν υγιή βρέφη. Το μόσχευμα που θα χρησιμοποιηθεί στην επέμβαση προέρχεται από πτωματική δότη. Τα κατεψυγμένα έμβρυα της ίδιας της λήπτριας θα μεταφερθούν στο μόσχευμα, επιτρέποντας έτσι τη φυσιολογική συνέχιση της εγκυμοσύνης. Μετά τον τοκετό - με καισαρική τομή - η μήτρα θα αφαιρεθεί ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος απόρριψης του μοσχεύματος. Παράλληλα, όλες αυτές οι σημαντικές εξελίξεις δημιούργησαν τεράστιους ηθικούς, ψυχο-κοινωνικούς και νομικούς προβληματισμούς, που οδήγησαν ορισμένους να μιλούν για «δώρο Θεού» και άλλους για το «κουτί της Πανδώρας».

Οι ταχείες εξελίξεις της ιατρικής, οι νέες τεχνολογίες και οι προδιαγραφές δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο το έργο της Οικονομικής επιστήμης επί της υγείας. Επιπλέον, ο τομέας αυτών των οικονομικών είναι σχετικά νέος. Αν προσθέσουμε και την ιδιαιτερότητα των μαιευτικών υπηρεσιών και την διαρκή προσθήκη νέων τεχνολογιών και υπηρεσιών, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση και η διατήρηση βλαστοκυττάρων, παράλληλα με την μεγάλη σχετικά έλλειψη ερευνών και οικονομικών και δημογραφικών στοιχείων από την ελληνική πραγματικότητα, τότε συνολικά μία σύγχρονη και τεκμηριωμένη ανάλυση των οικονομικών των μαιευτικών υπηρεσιών στη χώρα μας φαντάζει επικίνδυνη, δύσκολη αλλά όχι και αδύνατη.

### 1.3 Βασικές έννοιες μαιευτικών υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «*υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι απλώς η απουσία ασθένειας*». Η χρήση των υπηρεσιών υγείας γίνεται με σκοπό τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Η **φροντίδα υγείας** επηρεάζει την υγεία, παράλληλα με άλλους παράγοντες. Ωστόσο αυτή είναι εμπορεύσιμο αγαθό και περιλαμβάνει αγαθά (π.χ.

---

<sup>2</sup> Πηγή : δημοσίευμα της εφημερίδας «Καθημερινή» (18/01/2007), προερχόμενη από το Β.Β.Σ.

φάρμακα) και υπηρεσίες (π.χ. καισαρική τομή). Ένας τομέας των υπηρεσιών υγείας είναι και οι μαιευτικές υπηρεσίες.

Η γέννηση ενός υγιούς παιδιού αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός και στόχο σε κάθε οικογένεια. Προτεραιότητα της εθνικής πολιτικής υγείας είναι η ελαχιστοποίηση των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η γέννηση υγιών παιδιών. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες είναι ο επόμενος στόχος κάθε κράτους και από την άλλη, σε προηγμένα κράτη, η ποιότητα αποτελεί απαίτηση από τους ίδιους τους πολίτες. Η **ποιότητα** των υπηρεσιών υγείας εμπεριέχει τρεις βασικές προϋποθέσεις. Την τεχνική περίθαλψη, η οποία συνίσταται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας καθώς και των άλλων επιστημών υγείας κατά τη διαδικασία ίασης ενός ασθενούς. Την καλή διαπροσωπική σχέση, η οποία οφείλει να τηρεί κοινωνικά καθορισμένες αξίες και κανόνες, που ενισχύονται από την ηθική προσταγή του ιατρικού λειτουργήματος και τις προσδοκίες των ασθενών. Τις παρεχόμενες ανέσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν παροχές όπως είναι η ευχάριστη και η ξεκούραστη αίθουσα αναμονής.

Σαφής ορισμός για τις μαιευτικές υπηρεσίες υγείας δεν υπάρχει. Και αυτό γιατί τα όρια τους επεκτείνονται όπου βρίσκονται και τα όρια της μαιευτικής επιστήμης, τα οποία, τα τελευταία χρόνια, έχουν επεκταθεί σε πολλά και νέα επιστημονικά πεδία, όπως σε αυτά της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και του προγεννητικού ελέγχου. **Κατεξοχήν μαιευτικές υπηρεσίες** είναι οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην γυναίκα από την στιγμή σύλληψης του εμβρύου μέχρι και 40 ημέρες μετά την γέννηση του νεογνού, στην περίπτωση μίας ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης. Υπάρχουν πολλές υπηρεσίες που πλαισιώνουν απαραίτητα τις μαιευτικές. Ορισμένες εξ' αυτών μπορούν να θεωρηθούν και μαιευτικές και άλλες εξ' αυτών συμπληρωματικές. Η μερική ανάλυση αυτών είναι απαραίτητη προκειμένου να γίνει απόλυτα κατανοητή η χρήση των μαιευτικών υπηρεσιών συνολικά. Οι **συμπληρωματικές** προς τις μαιευτικές υπηρεσίες παρέχονται χρονικά πριν και κατά την εγκυμοσύνη και σε πολλές περιπτώσεις υποστηρίζουν τις κύριες.

#### 1.4 Κύριες μαιευτικές υπηρεσίες

**Κατεξοχήν μαιευτικές υπηρεσίες** είναι οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην γυναίκα από την στιγμή σύλληψης του εμβρύου μέχρι και 40 ημέρες μετά την γέννηση του νεογνού. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι πως απευθύνονται προς όλες τις έγκυες

γυναίκες. Η πρόσβαση σε αυτές θεωρείται εύκολη και υπάρχει πληθώρα και ποικιλία επιλογών. Ειδικότερα, διαχωρίζονται μεταξύ τους με χρονικούς προσδιορισμούς και συγκεκριμένα αφορούν :

- τη συστηματική παρακολούθηση της εγκύου (περιγεννητική περίοδο),
- την υλοποίηση της τελικής πράξης του τοκετού (φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή),
- την παρακολούθηση της λοχείας (τις πρώτες 40 ημέρες μεταγεννητικά).

Η συστηματική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης ξεκινά από τη στιγμή διάγνωσης της εγκυμοσύνης και χρονικά καταλήγει στην έναρξη του τοκετού. Η τελική πράξη του τοκετού αφορά τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού ή της καισαρικής τομής και τις ιατρικές και νοσηλευτικές διαδικασίες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια αυτών. Η λοχεία θεωρητικά έχει διάρκεια 40 ημέρες, ουσιαστικά όμως περιορίζεται στις πρώτες τρεις εβδομάδες μετά τη γέννηση και αφορά τις περισσότερες αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της γυναίκας αφού γεννήσει.

#### **1.4.1 Παρακολούθηση κατά την κύηση**

Η εγκυμοσύνη θεωρείται μία φυσιολογική κατάσταση στη ζωή της γυναίκας, ωστόσο μπορεί να επιπλακεί από παθολογικές καταστάσεις, που συνυπάρχουν με την κύηση, ή από μαιευτικές ανωμαλίες που εμφανίζονται κατά τη διαδρομή της κύησης. Η πιθανότητα επιπλοκών και προβλημάτων σχετίζεται συχνότερα με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η κύηση των γυναικών σε μεγαλύτερη πλέον ηλικία, με κληρονομικούς, όπως η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης και με εξωτερικούς, όπως οι συνθήκες εργασίας της γυναίκας.

Ο σκοπός της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης είναι να εξασφαλίσει για τη μητέρα και το νεογνό την όσο γίνεται καλύτερη υγεία και ευεξία. Ο σκοπός αυτός δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί παρά μόνο εάν η φροντίδα που παρέχεται είναι αποδεκτή από το ζευγάρι. Η ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας βοήθησε στο να μειωθεί η περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα και η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης να ακολουθεί ορισμένα διεθνή πρότυπα, δοκιμασμένα και σαφή. Παγκόσμιοι φορείς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχουν διατυπώσει οδηγίες και συστάσεις για την κατάλληλη καθοδήγηση της κύησης σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ παγκόσμια συνέδρια

επαγγελματιών υγείας γίνονται συχνά, με αντικείμενο τη συζήτηση νέων μεθόδων και τεχνικών και την αναθεώρηση των ήδη εφαρμόσιμων τεχνικών και ενεργειών.

### ***Σωστή παρακολούθηση κατά τη κύηση***

Από τη στιγμή που η γυναίκα υποψιαστεί πιθανή εγκυμοσύνη, χρειάζεται να επιβεβαιώσει την κύηση. Η επιβεβαίωση γίνεται είτε με εξετάσεις κύησης που γίνονται από την ίδια τη γυναίκα, χρησιμοποιώντας προϊόντα που μετράνε ορμόνες εγκυμοσύνης στα ούρα και πωλούνται στα φαρμακεία, είτε με επίσκεψη σε βιοχημικό εργαστήριο, όπου γίνεται το τεστ εγκυμοσύνης που μετράει τις ορμόνες της γυναίκας στο αίμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αφού γίνει το τεστ εγκυμοσύνης, η γυναίκα επισκέπτεται το μαιευτήρα της, είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα, ο οποίος θα την αναλάβει για την επίβλεψη της εγκυμοσύνης της και την επίβλεψη και εκτέλεση του τοκετού της. Ο μαιευτήρας συνήθως επιβεβαιώνει την κύηση και ελέγχει τη θέση του εμβρύου με το πρώτο υπερηχογράφημα που γίνεται στην αρχή της κύησης.

Η πρώτη επίσκεψη περιλαμβάνει επίσης τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση, τις οδηγίες για εργαστηριακές εξετάσεις και την ενημέρωση της γυναίκας για την εγκυμοσύνη της. Η πρώτη εντύπωση και επαφή της γυναίκας είναι σημαντική και πιθανότατα θα επηρεάσει τις μελλοντικές σχέσεις. Η λήψη πλήρους ιστορικού και η αξιολόγηση του είναι σημαντικότερη και μπορεί να προλάβει πολλές βλαπτικές παθολογικές καταστάσεις κατά την εγκυμοσύνη. Η κλινική εξέταση αφορά το βάρος, τα ζωτικά σημεία, τη γενική κατάσταση, τους μαστούς και τη κοιλιά, τα άκρα και τη κοιλιακή εξέταση.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις στην αρχή της εγκυμοσύνης είναι απαραίτητες για τον έλεγχο της γυναίκας και για την πρόληψη επικίνδυνων καταστάσεων για το έμβρυο. Πολλές εξ αυτών θα γίνουν άπαξ και δεν θα απασχολήσουν ξανά τη γυναίκα, όπως η ανίχνευση αντισωμάτων H.I.V., ο καθορισμός ομάδας αίματος και Rhesus, η ανίχνευση του αυστραλιανού αντιγόνου, η εξέταση για ερυθρά, μεγαλοκυτταροϊό, τοξόπλασμα, ηπατίτιδα και άλλες. Ορισμένες αιματολογικές εξετάσεις πρέπει να επαναληφθούν σε επόμενες επισκέψεις, όπως ο έλεγχος του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης και του σακχάρου του αίματος.

Η κλινική εξέταση της γυναίκας μπορεί να προσδώσει πλούσιες επιστημονικές αλλά και απλές γνώσεις στους ειδικούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η

ψηλάφηση της μήτρας. Υπάρχουν τρεις μέθοδοι ψηλάφησης της κοιλιάς μετά την 30<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, οι οποίοι είναι γνωστοί ως «χειρισμοί του Λεοπόλδου» και εφαρμόζονται εδώ και εκατοντάδες χρόνια. Αποτελούν βασική μέθοδο εξέτασης και σήμερα και προσφέρουν βασικές πληροφορίες για την θέση του εμβρύου στη μήτρα, το ύψος και την πιθανή ηλικία κύησης και προς το τέλος της εγκυμοσύνης τον βαθμό εμπέδωσης της κεφαλής του εμβρύου στην ελάσσινα πύελο. Χαρακτηριστική απεικόνιση του πρώτου χειρισμού εμφανίζεται στο Γράφημα 1.2.



Πηγή : [www.icm.org](http://www.icm.org) (international confederation of midwives)

## Γράφημα 1.2

### Απεικόνιση της εφαρμογής του πρώτου χειρισμού του Λεοπόλδου.

Το υπερηχογράφημα μήτρας συμπεριλαμβάνεται στις εξετάσεις ρουτίνας στις επόμενες επισκέψεις, όχι μόνο για να βοηθήσει στη διάγνωση της εγκυμοσύνης αλλά και για να επιβεβαιώσει την καλή κατάσταση της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα του εμβρύου. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και τις οδηγίες, μετά την πρώτη εξέταση και μέχρι την 30<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, η έγκυος, εφόσον η εγκυμοσύνη είναι απόλυτα φυσιολογική, εξετάζεται κάθε τέταρτη εβδομάδα. Από την 30<sup>η</sup> έως και την 36<sup>η</sup> κάθε δεύτερη εβδομάδα και από την 36<sup>η</sup> έως και τον τοκετό κάθε εβδομάδα.

Οι ενδεικτικές τιμές από εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται κατά την πρώτη επίσκεψη της εγκύου σε μαιευτήρα ή σε εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία είναι ανάλογες με την εκτέλεση τους σε δημόσιο ή ιδιωτικό μαιευτήριο. Στο δημόσιο τομέα το σύνολο τους κυμαίνεται σε 30 – 50 ευρώ, ενώ στον ιδιωτικό τομέα οι ίδιες εξετάσεις κοστολογούνται μέχρι και 150 ευρώ συνολικά. Εάν μία έγκυος επιλέξει έναν μαιευτήρα για παρακολούθηση της κύησης, κάθε επίσκεψη κοστίζει περίπου 40 – 70 ευρώ. Το ποσόν αυτό εξαρτάται και από τον προγραμματισμένο αριθμό των επισκέψεων που θα

ακολουθήσουν του επόμενου τουλάχιστον 7 μήνες. Σε ένα δημόσιο μαιευτήριο, η επίσκεψη δεν κοστίζει απολύτως τίποτε. Τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί ένας νέος θεσμός στα δημόσια νοσοκομεία και μαιευτήρια, τα λεγόμενα «απογευματινά ιατρεία». Σε αυτά μπορεί να προσφύγει για μαιευτική εξέταση μία έγκυος, κατόπιν τηλεφωνικής συνεννόησης. Το κόστος είναι περίπου 60 ευρώ και πληρώνεται άπαξ τη στιγμή της επίσκεψης.

### **Προγεννητικός έλεγχος**

Ο προγεννητικός έλεγχος αφορά το σύνολο των διαγνωστικών εξετάσεων και μεθόδων με τις οποίες επιτυγχάνεται η έγκαιρη ενδομήτρια διάγνωση ορισμένων γεννητικών παθήσεων του εμβρύου. Προσφέρεται έτσι η δυνατότητα στους γονείς να αποκτήσουν ένα υγιές παιδί και τους προφυλάσσει από τη πιθανότητα γέννησης παθολογικού εμβρύου με την έγκαιρη πρόκληση διακοπής της κύησης. Σήμερα το έμβρυο δε θεωρείται ως ένα εξάρτημα της μητέρας μέσα στη μήτρα για 40 εβδομάδες, αλλά αντιμετωπίζεται σαν δεύτερος «ασθενής», με μεγάλους κινδύνους νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Ο προγεννητικός έλεγχος σήμερα τείνει να εφαρμοστεί σε όλες τις εγκύους, προλαμβάνοντας επικίνδυνες καταστάσεις ακόμη και σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν ενδείξεις. Από την άλλη, ορισμένοι θεωρούν υπερβολική τη χρήση του ελέγχου αυτού και δαπανηρή. Ωστόσο και οι περισσότερες γυναίκες, που ενημερώνονται καλύτερα για τον σχετικό έλεγχο φαίνεται να ζητούν την χρήση των δυνατοτήτων του, για προληπτικούς κυρίως λόγους.

Οι καθιερωμένες ωστόσο ενδείξεις που σαφώς καταδεικνύουν έναν πλήρη προγεννητικό έλεγχο είναι :

- Ηλικία μητέρας κάτω από 16 ή πάνω από 35 ετών, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων, βάρος μητέρας κάτω από 50 κιλά, πτωχή διατροφή, κάπνισμα, λήψη φαρμάκων, αλκοόλ και αναιμία.
- Γονείς με ανωμαλίες χρωμοσωμάτων, προηγούμενο παιδί με ανωμαλία χρωμοσωμάτων, φυλοσύνδετη διαταραχή, συγγενή διαταραχή του μεταβολισμού.
- Οικογενειακό ιστορικό με ανοιχτές βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

- Ιστορικό με προβλήματα αναπαραγωγής (μακροχρόνια στείρωση, επανειλημμένες αυτόματες εκτρώσεις, κύηση μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή).

Οι βασικότερες μέθοδοι προγεννητικού ελέγχου που εφαρμόζονται σήμερα κατά τη διάρκεια της κύησης είναι οι εξής :

- **Υπέρηχοι**

Είναι μια μέθοδος απεικόνισης του εμβρύου και των οργάνων της πυέλου της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης. Αποτελούν το κυριότερο μέσο για τον έλεγχο του εμβρύου κατά την κύηση. Οι μηχανές υπερήχων λειτουργούν με υψηλής συχνότητας ηχητικά κύματα. Αυτά τα κύματα, μετά από ανάκλαση στους ιστούς δίνουν την εικόνα του εμβρύου. Το υπερηχογράφημα δεν περιλαμβάνει καθόλου τη χρήση των επιβλαβών ακτινών X. Χρησιμοποιούνται σαν μέθοδος ρουτίνας στην μαιευτική πάνω από 30 χρόνια και δεν αναφέρεται καμιά επιστημονική εργασία, που να δείχνει βλαβερή επίδραση των υπερήχων είτε στη μητέρα, είτε στο παιδί.

Ο κλασικός υπέρηχος άνοιξε το δρόμο για την πρόληψη πολλών επιπλοκών και εμβρυικών νόσων. Μία χαρακτηριστική απεικόνιση κλασικού υπερήχου στο Γράφημα 1.3, όπου διακρίνεται καθαρά το έμβρυο ενδομητρίως. Την τελευταία τριετία έκανε την εμφάνιση του και στη χώρα μας και το 3-D υπερηχογράφημα ενώ σε πολλές χώρες του εξωτερικού εφαρμόζεται ακόμη πιο προηγμένη τεχνολογία , με το 4-D υπερηχογράφημα.



Πηγή : [www.wallpaperOriginals.com](http://www.wallpaperOriginals.com)

**Γράφημα 1.3**

**Απεικόνιση εμβρύου ενδομητρίως, με τη μέθοδο κλασικού υπερήχου.**

Οι υπέρηχοι εφαρμόζονται κυρίως για :

- Επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης,
- Ανίχνευση της εξωμήτριου κύησης,



- Καθορισμό της ηλικίας κύησης,
- Έλεγχο φυσιολογικής ανάπτυξης εμβρύου,
- Προσδιορισμό κινήσεων εμβρύου,
- Διάγνωση ανωμαλιών διάπλασης εμβρύου, όπως ανωμαλίες διάπλασης μελών, υδροκέφαλο, μηνιγγομυελοκήλη, απόφραξη εντέρου, αγενεσία νεφρών.
- Διάγνωση υδράμνιου ή ολιγάμνιου και
- Προσδιορισμό της θέσης, του μεγέθους και του βαθμού ωρίμανσης του πλακούντα.

#### • **Αυχενική Διαφάνεια**

Είναι ένας αξιόπιστος δείκτης για τη διάγνωση της πιθανότητας ύπαρξης ανωμαλίας χρωμοσωμάτων στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (10 - 14 εβδομάδες).

#### • **Αυχενική Διαφάνεια + PAPP-A**

Πρόκειται για μία βιοχημική μέθοδος προσδιορισμού ανωμαλιών των χρωμοσωμάτων με τη μέτρηση της πρωτεΐνης του πλακούντα PAPP-A. Γίνεται στις 11 - 13 εβδομάδες της κύησης.

#### • **A - Test**

Είναι μία βιοχημική μέθοδος προσδιορισμού ανωμαλιών των χρωμοσωμάτων με τη μέτρηση τριών βιοχημικών δεικτών, της β - χορειακής γονοδοτροπίνης, της α-FP και της οιστριόλης. Γίνεται στις 16 - 18 εβδομάδες.

#### • **Αμνιοπαρακέντηση**

Συνίσταται στην παρακέντηση της αμνιακής κοιλότητας και την αναρρόφηση υγρού, στο οποίο γίνονται διάφορες κυτταρολογικές, γενετικές και βιοχημικές αναλύσεις. Συνήθως γίνεται μεταξύ 16-18 εβδομάδες και πάντα κάτω από συνεχή υπερηχογραφικό έλεγχο. Οι επιπλοκές από τη μητέρα είναι σπάνιες. Αμνιονίτιδα συμβαίνει σε ποσοστό 0,1%. Οι κίνδυνοι για το έμβρυο είναι η αποβολή και ο ενδομήτριος θάνατος και κυμαίνονται σύμφωνα με διάφορες στατιστικές από 0,03 - 0,1%. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η αμνιοπαρακέντηση, σε κρατικά μαιευτήρια κοστίζει περίπου 100 ευρώ (η λήψη και η καλλιέργεια του υγρού). Το κόστος της εξέτασης σε ιδιωτικό εργαστήριο ανέρχεται σε 300 - 350 ευρώ (μόνον η καλλιέργεια του υγρού) και σε μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο υπερβαίνει τα 600 ευρώ.

- ***Doppler αγγείων (εμβρύου)***

Η Doppler υπερηχογραφία είναι μία τεχνική με την οποία εκτιμάται η αιματική ροή και έμμεσα η αιμάτωση οργάνων. Στην Μαιευτική εφαρμόζεται για μελέτη των μητριάων αρτηριών, των ομφαλικών αγγείων καθώς και των εμβρυϊκών αγγείων. Η Doppler υπερηχογραφία παρέχει αξιόλογες πληροφορίες σε παθολογικές καταστάσεις της κύησης και συγκεκριμένα σε ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, προεκλαμψία, εμβρυϊκή αναιμία, αυτοάνοσα νοσήματα κατά την κύηση, πρόωρη ρήξη των υμένων, σακχαρώδη διαβήτη της εγκυμοσύνης και παράταση της κύησης.

- ***Λήψη τροφοβλάστης (CVS)***

Η λήψη τροφοβλάστης γίνεται κάτω από υπερηχογραφική καθοδήγηση μεταξύ 10-12 εβδομάδες. Η ανάλυση μπορεί να γίνει με άμεση παρασκευή των χρωμοσωμάτων ή με καλλιέργεια. Οι επιπλοκές είναι η φλεγμονή, η κολπική αιμόρροια, η αυτόματη έκτρωση, ο ενδομήτριος θάνατος και κυμαίνονται από 1-3%. Το ποσοστό των χρωμοσωματικών ανωμαλιών που ανιχνεύονται με τη μελέτη της τροφοβλάστης είναι 5,6%, ενώ με την αμνιοπαρακέντηση είναι περίπου 3,6%.

### ***Πλημμελής παρακολούθηση της κύησης***

Διάφοροι και ποικίλοι παράγοντες μπορούν συχνά να επηρεάσουν την απόφαση της γυναίκας να επισκεφτεί το γιατρό ή τη μαία. Τέτοιοι είναι η απόσταση του ιατρείου από τον τόπο διαμονής, ο χρόνος αναμονής στο ιατρείο, η οικονομική δυσχέρεια, η απασχόληση της γυναίκας στο σπίτι ή στην εργασία, το ωράριο λειτουργίας του ιατρείου και η έλλειψη γνώσης για την αναγκαιότητα της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης.

Μία έγκυος πρέπει να παρακολουθείται κατά την κύηση της κλινικά και εργαστηριακά. Συνήθως, στην περίπτωση που η γυναίκα έχει επιλέξει έναν μαιευτήρα για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης της, τελώντας τις εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να γίνουν, συνδυάζει και τον κλινικό έλεγχο. Ένας μεγάλος αριθμός εγκύων, ειδικά όσων δεν έχουν επιλέξει γιατρό για παρακολούθηση, είτε καταφεύγουν με δική τους πρωτοβουλία στα εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία ενός νοσοκομείου ή ενός κέντρου υγείας, είτε μόνες τους αποφασίζουν για τον έλεγχο που θα κάνουν. Η παρακολούθηση της κύησης θεωρείται πλημμελής όταν η έγκυος δεν έχει πάει καθόλου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε μαιευτήρα ή μαία ή γενικό ιατρό για εξετάσεις ή παρακολούθηση,

όταν η πρώτη φορά που πήγε σε μαία ή γυναικολόγο ή γενικό ιατρό η ηλικία κύησης ήταν πάνω από την 16ή εβδομάδα και όταν συνολικά, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, επισκέφτηκε γυναικολόγο (δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα) ή μαία ή γενικό ιατρό λιγότερο ή μέχρι 3 επισκέψεις.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που παρατίθενται στο Πίνακα 1.1. Αποτελούν αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη το 2000 σε τρεις ελληνικές πόλεις (Αθήνα, Πάτρα, Αργίνο).<sup>3</sup>

**Πίνακας 1.1**

**Οι 5 βασικότεροι λόγοι πλημμελούς παρακολούθησης της εγκυμοσύνης στην Ελλάδα**

<b>ΑΙΤΙΑ ΠΛΗΜΜΕΛΟΥΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ</b>		<b>Ποσοστό σε%</b>
<b>1</b>	<b>Κανένα πρόβλημα υγείας</b>	<b>30,95%</b>
<b>2</b>	<b>Άγνοια κύησης</b>	<b>21,37%</b>
<b>3</b>	<b>Οικονομικοί λόγοι</b>	<b>17,56%</b>
<b>4</b>	<b>Απόσταση</b>	<b>17,54%</b>
<b>5</b>	<b>Κοινωνικοί λόγοι</b>	<b>14,05%</b>

*Πηγή : Πρακτικά 9<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών – Μαιευτών, Ιωάννινα ( Οκτώβριος 2003), σελ: 90*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που συνοψίζονται στο πίνακα, ως πρώτος λόγος πλημμελούς παρακολούθησης στις τρεις πόλεις της Ελλάδος, σε ποσοστό 30,95%, θεωρείται η εκτίμηση των γυναικών πως δεν έχουν κανένα πρόβλημα υγείας και συνεπώς δεν χρειάζεται να επισκεφτούν ιατρό ή ιατρείο. Δεύτερο αίτιο θεωρείται η άγνοια κύησης (21,37%) και ως τρίτη σημαντική αιτία πλημμελούς παρακολούθησης καταγράφονται λόγοι οικονομικής δυσχέρειας (17,56%), οι οποίοι αναβάλλουν την επίσκεψη σημαντικού ποσοστού γυναικών σε ιατρό.

Στην ίδια έρευνα προκύπτουν ως αποτελέσματα τα εξής ενδιαφέροντα στοιχεία :

- Τα ποσοστά πλημμελών παρακολουθήσεων κατά την κύηση επί του συνόλου των κυήσεων ήταν 24,08% στην Αθήνα, 26,08% στην Πάτρα και 17,94% στο Αργίνο.
- Το ποσοστό πλημμελούς παρακολούθησης στη χώρα μας, σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά των 17 χωρών της Ε.Ε., ήταν 25,8%, το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μετά από αυτό της Ιρλανδίας.

<sup>3</sup> Πηγή : Πρακτικά 9<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών – Μαιευτών, Ιωάννινα ( Οκτώβριος 2003), σελ: 76 - 77

- Το 64,92% των γυναικών με πλημμελή παρακολούθηση ήταν γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο μέχρι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 24,55% μέχρι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Η πλημμελής παρακολούθηση της εγκυμοσύνης φαίνεται να έχει αντίκτυπο ακόμη και στο βάρος των νεογνών. Το ποσοστό των νεογνών αυτών είναι διπλάσιο (16,66%) σε σχέση με αυτά που είχαν παρακολουθηθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σωστά και όχι πλημμελώς (8,33%) στην Αθήνα.
- Όσον αφορά στην ερώτηση αν υπάρχει οικονομική δυσχέρεια ή όχι της εγκύου γυναίκας, το 80,38% απάντησε αρνητικά.

Ο οικονομικός παράγοντας φαίνεται να επηρεάζει ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη τους. Ενώ υπάρχουν εναλλακτικές επιλογές στη παρακολούθηση της κύησης, όπως τα εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία, τα απογευματινά ιατρεία, η επίσκεψη σε ιατρείο, η επίσκεψη ιατρών και μαιών στο σπίτι, πολλές γυναίκες δεν τηρούν τη στοιχειώδη παρακολούθηση που θα προλαμβάνει τυχόντα προβλήματα. Τα εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία ενός νοσοκομείου είναι μία πρόταση, με περιορισμένο κόστος. Η χρονική αναμονή ωστόσο, το περιβάλλον και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, που είναι ανάλογες με το νοσοκομείο, συχνά ωθούν πολλές γυναίκες σε τρεις δρόμους. Αυτόν της επιλογής ιδιώτη ιατρού εντός του νοσοκομείου, που θα διευκολύνει και τις διαδικασίες, την επιλογή ιδιώτη ιατρού εκτός του χώρου του νοσοκομείου και τέλος η απόφαση της γυναίκας να επιλέξει η ίδια τον αριθμό των επισκέψεων και των εξετάσεων που θα κάνει, παίρνοντας μόνη της το βάρος της πρόληψης παθολογικών καταστάσεων της κύησης και του εμβρύου.

#### **1.4.2 Τελική πράξη τοκετού**

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, όταν η εγκυμοσύνη βαίνει χωρίς προβλήματα και επιπλοκές, μεταξύ της 37<sup>ης</sup> και 40<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης και με απόκλιση δύο εβδομάδων είναι η στιγμή όπου η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης λαμβάνει τέλος και αυξάνεται η πιθανότητα για αυτόματη έναρξη του τοκετού. Είναι η σπουδαιότερη στιγμή απ' όλους τους μήνες της εγκυμοσύνης και πολύ συχνά χαρακτηρίζεται από τις γυναίκες ως μία από τις σημαντικότερες στιγμές στη ζωή τους. Η αυτόματη έναρξη του τοκετού, που σηματοδοτείται από τις συσπάσεις του μυομητρίου, είναι επιθυμητή λειτουργία αλλά

εντός του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος των 37 – 40 εβδομάδων κύησης. Πρόωρες συσπάσεις πριν την 37<sup>η</sup> εβδομάδα ίσως αποτελέσουν πρόβλημα για το έμβρυο. Πιθανή προωρότητα του νεογνού προκαλεί συνήθως κινητοποίηση και εγρήγορση πολλών επαγγελματιών στο χώρο των μαιευτικών υπηρεσιών.

Η αυτόματη έναρξη του τοκετού είναι ένας επιθυμητός αλλά συχνά απρόβλεπτος παράγοντας. Αντίθετα με την πρόωρη έναρξη του τοκετού, η παράταση έναρξης του τοκετού είναι λιγότερο επικίνδυνη κατάσταση και αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά. Συγκεκριμένα, αν μία έγκυος έχει υπερβεί την 41<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης χωρίς συσπάσεις, χορηγούνται ειδικά φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν τεχνητή έναρξη τοκετού. Στην περίπτωση αυτή ο χρόνος τοκετού μπορεί να προβλεφθεί και να προγραμματιστεί.

Ένα συχνό φαινόμενο που παρατηρείται σε πολλά νοσοκομεία και μαιευτήρια της χώρας είναι ο ακριβής προγραμματισμός των τοκετών και των καισαρικών τομών. Τα τελευταία έτη παρουσιάζεται μία επιθετικότητα στη διεργασία του φυσικού τοκετού. Συγκεκριμένα, παρατηρείται εκτέλεση πληθώρας τοκετών και καισαρικών τομών σε συγκεκριμένες ημέρες και ώρες. Χαρακτηριστική είναι η χρήση ενός ενδοφλέβιου φαρμάκου, της ωκυτοκίνης, που σύμφωνα με παγκόσμιες οδηγίες πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε παράταση κύησης προκειμένου να προκληθεί έναρξη του τοκετού. Στη χώρα μας το φάρμακο αυτό χορηγείται ακόμη και όταν υπάρχει ήδη έναρξη τοκετού, μόνο και μόνο για να επισπεύσει τον τοκετό, παραβλέποντας τις αυτόματες και φυσιολογικές συσπάσεις της μήτρας. Σύμφωνα με έρευνα, στα δημόσια μαιευτήρια οι περισσότερες καισαρικές τομές πραγματοποιούνται την Τετάρτη και την Παρασκευή και στα ιδιωτικά την Τρίτη και το Σάββατο.<sup>4</sup> Παρατηρείται ότι η Κυριακή είναι «νεκρή» ημέρα τόσο για τις δημόσιες όσο και για τις ιδιωτικές κλινικές. Στα δε δημόσια μαιευτήρια «η κίνηση είναι πεσμένη» και το Σάββατο. Η επιθετικότητα αυτή εκφράζεται και με τον μεγάλο αριθμό των καισαρικών τομών που γίνονται στη χώρα μας, βάζοντας σε υποψίες γυναίκες, φορείς και κράτος.

#### **1.4.2.1 Φυσιολογικός Τοκετός**

Ο φυσιολογικός τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων λειτουργιών, που αποσκοπούν στην αυτόματη έξοδο του εμβρύου με τους υμένες του, τον ομφάλιο

---

<sup>4</sup> Πηγή : Το ΒΗΜΑ, 26/06/2005 , Σελ.: Α24

λώρο και το πλακούντα, από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου είναι απαραίτητη η υποκατάσταση των φυσιολογικών λειτουργιών από διαφορετικούς χειρουργικούς μαιευτικούς χειρισμούς ή μεθόδους, ο τοκετός παίρνει τον ανάλογο χαρακτηρισμό και χαρακτηρίζεται ως τοκετός με αναρροφητήρα, τοκετός με εμβρυουλκία, τοκετός με εξελκυσμό, με μετασχηματισμό και εξελκυσμό, με καισαρική τομή κ.λ.π .

Ο φυσιολογικός τοκετός θεωρείται και πρέπει να θεωρείται ως μία φυσιολογική λειτουργία του γυναικείου σώματος, κατά την αναπαραγωγική ηλικία και όχι μία παθολογική κατάσταση. Ωστόσο η πιθανότητα επιπλοκών, σε συνδυασμό με εξωτερικούς η εσωτερικούς παράγοντες, και παθολογικές καταστάσεις, έχουν μετατρέψει την εικόνα του τοκετού σε μία ιατρική παρέμβαση και διαδικασία. Η τοποθεσία διεξαγωγής του τοκετού μπορεί να είναι ένα νοσοκομείο, ένα μαιευτήριο, μία κλινική, ένα ιατρείο ενός κέντρου υγείας αλλά και το σπίτι της επιτόκου. Τα τελευταία χρόνια έχει κάνει την εμφάνιση του στην Ελλάδα και ένας νέος τύπος κέντρου διεξαγωγής τοκετού, το οργανωμένο κέντρο φυσικού τοκετού.

### ***Φυσιολογικός τοκετός σε νοσοκομείο – μαιευτήριο***

Η αίθουσα τοκετών σε ένα οργανωμένο χώρο, όπως σε ένα μαιευτήριο, είναι ο πλέον ασφαλής και ειδικός χώρος για την εξασφάλιση της υγείας της επιτόκου και του νεογνού αλλά και για την προληπτική αποφυγή πιθανών επιπλοκών. Σε μία οργανωμένη αίθουσα τοκετών υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός και το κατάλληλα εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό. Ωστόσο, δεν είναι μόνο ο εξοπλισμός της αιθούσης και το εξειδικευμένο προσωπικό που εξασφαλίζει την επίτοκο και το νεογνό αλλά και άλλα οργανωμένα τμήματα που με τις υπηρεσίες τους διασφαλίζουν και τους δύο σε έκτακτη περίπτωση ανάγκης. Για παράδειγμα, επικίνδυνη κατάσταση που μπορεί να προκύψει κατά τον φυσιολογικό τοκετό είναι η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Στην περίπτωση αυτή η επίτοκος πρέπει άμεσα και γρήγορα να μεταφερθεί σε οργανωμένη αίθουσα καισαρικών τομών, όπου θα το νεογνό πρέπει να εξαχθεί γρήγορα από τη μήτρα με καισαρική τομή. Αμέσως μετά την έξοδο του νεογνού πολύ πιθανή είναι η αναπνευστική δυσχέρεια του νεογνού, κάτι που κάνει απαραίτητη την ύπαρξη εξειδικευμένου νεογνολογικού προσωπικού και μονάδας εντατικής νοσηλείας νεογνών. Επομένως, θα πρέπει να υπάρχουν και συμπληρωματικά προς την αίθουσα τοκετών τμήματα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν εκτάκτως και άμεσα, η μη ύπαρξη των οποίων

μπορεί να έχει ως κόστος βλαπτικές συνέπειες τόσο στην υγεία της γυναίκας, όσο και του νεογνού.

Ένα σημαντικό μειονέκτημα του νοσοκομειακού χώρου είναι το συχνά ψυχρό και απρόσωπο περιβάλλον. Η επίτοκος, κατά τις συσπάσεις, βρίσκεται συνήθως ξαπλωμένη σε ειδική κλίνη, συνδεδεμένη με μόνιτορ, καρδιοτοκογράφο και συνήθως αποξενωμένη από τους δικούς της ανθρώπους. Ακόμη και η κινητικότητα της περιορίζεται και συχνά αγαπημένα της πρόσωπα δεν βρίσκονται δίπλα της. Στη καλύτερη περίπτωση ίσως παρευρίσκεται δίπλα της ο σύντροφος της καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού. Μάλιστα, στο δημόσιο τομέα, προκειμένου να επιτραπεί αυτό, ο σύντροφος πρέπει να έχει παρακολουθήσει ορισμένα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής, ώστε να θεωρείται προετοιμασμένος αλλά και «χρήσιμος» προς τη σύντροφο του. Στα δε δημόσια νοσοκομεία, η έλλειψη προσωπικού δεν επιτρέπει στις μαιές να παρευρίσκονται δίπλα στην επίτοκο για ολόκληρο το διάστημα του τοκετού.

### ***Φυσιολογικός τοκετός σε κέντρο υγείας***

Η επαρχία και η ελληνική ύπαιθρος καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), η οποία καλύπτει την εξω-νοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών στο μεμονωμένο άτομο, στην οικογένεια, στην κοινότητα, στο κοινωνικό σύνολο και όχι μόνο στον άρρωστο. Κύριοι εκφραστές στη χώρα μας της Π.Φ.Υ. είναι τα Κέντρα Υγείας, τα οποία σχεδιάστηκαν και αναπτύχθηκαν σύμφωνα με τις επιταγές διεθνών οργανισμών και του νόμου περί ΕΣΥ 1397/83.

Η παρακολούθηση της κύησης δύναται να γίνει σε μεγάλο βαθμό στο μαιευτικό τμήμα ενός κέντρου υγείας, όταν υπάρχει φυσιολογική ανάπτυξη και εξέλιξη του εμβρύου και εκλείπουν οι παθολογικές καταστάσεις της κύησης. Σε ελάχιστες και επείγουσες περιπτώσεις ο φυσιολογικός τοκετός διεκπεραιώνεται σε ένα κέντρο υγείας, εφόσον υπάρχουν στοιχειώδεις υποστηρικτικές υπηρεσίες και συσκευές. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων γίνεται κλινική και εργαστηριακή εξέταση της επίτοκου και κατόπιν παραπέμπεται είτε με δικό της μέσο είτε με όχημα του κέντρου υγείας στο πλησιέστερο (συνήθως νομαρχιακό) νοσοκομείο.

Στη νησιωτική Ελλάδα, η παρακολούθηση της κύησης σε ένα κέντρο υγείας είναι επιτακτικά πιο συχνή. Σε περίπτωση πρόβλεψης ή διάγνωσης οποιασδήποτε επιπλοκής που ίσως προκύψει κατά τον τοκετό, κρίνεται αναγκαία η διακομιδή της επίτοκου σε

μεγάλο οργανωμένο νοσοκομείο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το μοναδικό κέντρο υγείας της Σαντορίνης, στα Φηρά, το οποίο διαθέτει δύο μαιίες οι οποίες ασχολούνται με θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την παρακολούθηση της κύησης αλλά και με τον φυσιολογικό τοκετό. Ο εξοπλισμός που υπάρχει είναι ο βασικός που χρειάζεται για την κάλυψη του φυσικού τοκετού. Η μία μαιία του κέντρου υγείας έχει εκτελέσει εκατοντάδες τοκετούς στο ιατρείο του κέντρου υγείας. Αλλά το βασικότερο, παρακολουθεί ακόμη περισσότερες κυήσεις, διατηρεί οργανωμένα ιστορικά και καρτέλες και εφόσον χρειαστεί παραπέμπει τις επίτοκες είτε στην Αθήνα και το Ηράκλειο είτε σε έναν από τους τρεις μαιευτήρες, οι οποίοι διατηρούν τα ιατρεία τους στο νησί και εκτελούν τους τοκετούς σε ένα από τα τρία μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας. Ο προγεννητικός έλεγχος και η εκτέλεση του τοκετού γίνεται στο μεγαλύτερο βαθμό στην Αθήνα αλλά πλέον και στο Ηράκλειο της Κρήτης, καθώς τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί μόνιμη ακτοπλοϊκή σύνδεση με την Κρήτη και χρονικά η μετακίνηση της επιτόκου είναι πιο σύντομη. Οι έγκυες, κατά τη διάρκεια της κύησης, θα μεταβούν στην Αθήνα τουλάχιστον τέσσερις με πέντε φορές και στην περίπτωση της παρακολούθησης από τους μαιευτήρες μεταβαίνουν στην Αθήνα ή το Ηράκλειο τρεις με επτά ημέρες νωρίτερα από την πιθανή ημερομηνία τοκετού, για πρόληψη της έναρξης του τοκετού.

Το κόστος του τοκετού στο κέντρο υγείας του νησιού είναι μηδαμινό. Ακόμη και η χορήγηση και η χρήση φαρμάκων δεν ζημιώνει οικονομικά την επίτοκο. Από την πρώτη στιγμή που μία γυναίκα θα διαγνώσει εγκυμοσύνη μέχρι και την στιγμή που θα επιστρέψει σπίτι της με το νεογνό, δεν χρεώνεται απολύτως τίποτε. Επιβαρύνεται μόνο με τα έξοδα διακίνησης και των εργαστηριακών και υπερηχογραφικών εξετάσεων. Την οικονομική λύση του κέντρου υγείας εμπιστεύονται κυρίως οι οικονομικές μετανάστριες, οι οποίες είτε δεν διαθέτουν χρήματα για να γεννήσουν σε ιδιωτικές κλινικές, είτε στη χώρα τους εμπιστεύονταν την εκτέλεση του τοκετού στα αγροτικά ιατρεία από μαιίες και μαιευτές. Σε πολλά νησιά και ιδίως σε κέντρα υγείας αυτών υπάρχουν μαιίες και μαιευτές που εφαρμόζουν τις ίδιες πρακτικές με αυτές της μαιίας της Σαντορίνης, όπως στη Νάξο, τη Λέρο, τη Μύκονο.

### ***Φυσιολογικός τοκετός στο σπίτι***

Ο τοκετός στο σπίτι έχει ελάχιστο αντίκρισμα στην χώρα μας. Αυτό οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στην αυξημένη πιθανότητα για επιπλοκές, στο έντονο αίσθημα ανασφάλειας



των περισσότερων επιτόκων, στην έλλειψη ενημέρωσης των γυναικών και στην ιατρικοποίηση πλέον σε μεγάλο βαθμό της πράξης του φυσιολογικού τοκετού. Υπέρμαχοι της πρακτικής αυτής θεωρούν πως είναι εφικτός και ασφαλής ο τοκετός στο σπίτι, εφόσον πληρούνται κανόνες ασφαλείας, αυστηρά κριτήρια και προϋποθέσεις. Απαραίτητα χρειάζονται μαιευτήρας - γυναικολόγος με εμπειρία στον τοκετό σε σπίτι και εκπαίδευση σε ανάνηψη μητέρας, μαία με εμπειρία σε ανάλογο τοκετό, παιδίατρος με εμπειρία σε νεογνά και εκπαίδευση σε ανάνηψη και εξοπλισμός όπως καρδιοτοκογράφος, τράπεζα ανάνηψης νεογνού, μηχανήματα ανάνηψης μητέρας, πλήρες σετ με αποστειρωμένα εργαλεία και πεδία ιατρικά (σεντόνια), φάρμακα και οροί, ασθενοφόρο σε αναμονή και οπωσδήποτε προληπτικές εξετάσεις (έγκυος χωρίς παθολογία κήσεως). Τέλος και το πιο σημαντικό είναι η εμπιστοσύνη της εγκύου σε όλη την ομάδα συνεργασίας κάτι βέβαια που αποκτάται με την καλή παρακολούθηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στην Μ. Βρετανία και στην Ολλανδία ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό γυναικών πραγματοποιεί τοκετό στο σπίτι. Στατιστικά δεδομένα στη Μεγάλη Βρετανία έδειξαν ότι 15.198 γυναίκες γέννησαν στο σπίτι τους φυσιολογικά, κατά το 2004 και 17.279 κατά το 2005. Στην Ολλανδία το 31% των τοκετών γίνονται στο σπίτι και φυσικά σε επίσημη στατιστική ανασκόπηση του κράτους το 1997 το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν μόνο στο 9,5%. Αυτά είναι μόνο ορισμένα στοιχεία που αναφέρουν ότι σε προηγμένες χώρες με αποδεδειγμένα αξιόπιστο σύστημα υγείας ο τοκετός στο σπίτι είναι δικαίωμα και επιλογή και κάτι που φυσικά γίνεται με ασφάλεια.

Τοκετοί στο σπίτι πραγματοποιούνται στις μέρες μας ιδίως από μαίες και σε άμεση συνεργασία με μαιευτήρα. Αξιοσημείωτη είναι η περίπτωση αρκετών γυναικών με αγγλική και ολλανδική καταγωγή, οι οποίες διαμένουν μόνιμα στην Κρήτη. Ανεξάρτητα αν διαμένουν σε αστική ή αγροτική περιοχή, επιζητούν έντονα μαίες που να διεκπεραιώνουν τοκετούς στο σπίτι, καθώς έτσι συμβαίνει πολύ συχνά στη χώρα τους. Από την άλλη, ελάχιστες είναι οι μαίες που θα αναλάβουν την ευθύνη του τοκετού στο σπίτι καθώς ελάχιστες διαθέτουν την απαραίτητη εμπειρία. Τα οφέλη από τον τοκετό στο σπίτι θεωρούνται πολλά και δεν είναι μόνο οικονομικά αφού η γυναίκα αποφεύγει τα έξοδα νοσοκομείου αλλά κυρίως συναισθηματικά αφού γεννά στο οικείο περιβάλλον της δίπλα στους αγαπημένους της ανθρώπους.

## **Τοκετός σε κέντρο φυσικού τοκετού**

Τον τελευταίο χρόνο έχει κάνει την εμφάνιση του στην Ελλάδα και ένας νέος τύπος κέντρου διεξαγωγής τοκετού, το οργανωμένο κέντρο φυσικού τοκετού. Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μία πολύ συνηθισμένη μορφή, ωστόσο στη χώρα μας, από τα τέλη Μαΐου του 2006, δημιουργήθηκε το μοναδικό «*Birthing Center*» και συγκεκριμένα στην Πετρούπολη, πάνω από την ιδιωτική μαιευτική κλινική «Νίκη».



Πηγή : <http://woman.pathfinder.gr/health>

### **Γράφημα 1.4**

#### **Απεικόνιση δωματίου στο μοναδικό κέντρο φυσικού τοκετού στην Ελλάδα**

Σκοπός του κέντρου φυσικού τοκετού είναι οι γυναίκες να βιώσουν την εμπειρία της μητρότητας χωρίς φάρμακα και ιατρικές παρεμβάσεις. Σε αυτό αναλαμβάνονται μόνο όσες γυναίκες έχουν χαμηλής επικινδυνότητας («*low risk*») εγκυμοσύνες, όσες δεν έχουν παρουσιάσει υπέρταση, σάκχαρο, δεν έχουν δίδυμα, ισχιακή προβολή. Ο χώρος είναι διαμορφωμένος έτσι ώστε να εξαλείφει το στρες, να μην μοιάζει με χειρουργείο και να εκλείπει η νοσοκομειακή ατμόσφαιρα, όπου υπάρχει μουσική. Η γυναίκα έχει την δυνατότητα να έχει μαζί της τον σύζυγό της, τα παιδιά της, ακόμα και τους φίλους της (οι οποίοι βγαίνουν έξω συνήθως την κρίσιμη ώρα). Το «*birthing center*» βρίσκεται σε έναν όροφο της μαιευτικής κλινικής αλλά λειτουργεί ανεξάρτητα από την ίδια την κλινική, η οποία ωστόσο παρέχει μηχανήματα και φάρμακα που χρειάζονται σε περίπτωση επιπλοκής.

Υπάρχουν 2 δωμάτια και προοπτικές για δημιουργία περισσότερων. Χαρακτηριστική απεικόνιση ενός δωματίου παρουσιάζεται στο γράφημα 1.4. Ο χώρος αποτελείται από κρεβάτι, έναν καναπέ-κρεβάτι για τον σύζυγο, μια ειδική καρέκλα τοκετού στην οποία μπορεί να γεννήσει πιο αποτελεσματικά η επίτοκος, μια πισίνα

τοκετού, μια μεγάλη λαστιχένια μπάλα και ότι χρειάζεται η επίτοκος για να νιώσει ανακούφιση και να κινηθεί ελεύθερα. Η γυναίκα μπορεί να μπει στη μπανιέρα να χαλαρώσει ή εφόσον το επιθυμεί ακόμη και να γεννήσει (Γραφήματα 1.5 και 1.6). Οι ειδικότητες από την οποία αποτελείται η ομάδα είναι συνεργαζόμενοι μαιευτήρες-γυναικολόγοι και μαίες. Υπάρχουν εναλλακτικές θεραπείες, όπως για παράδειγμα η ομοιοπαθητική, στην προσπάθεια αποφυγής χρήσης φαρμάκων. Όσον αφορά το ρόλο του πατέρα, αυτός δεν παρακολουθεί απλά αλλά συμμετέχει ενεργά, κάνοντας μασάζ και δίνοντας ψυχολογική υποστήριξη στη μητέρα.



Πηγή : <http://woman.pathfinder.gr/health>

(α)

(β)

**Γράφημα 1.5**

### **Απεικόνιση από χαλάρωση επίτοκου στο νερό (α) και από υποστήριξη της από μέλος του προσωπικού (β)**

Η διαφορά του **birthing center** σε σχέση με τα μαιευτήρια είναι πως συνδυάζει την απώλεια παρεμβάσεων ρουτίνας, όπως ο ορός, η περινεοτομή, το κλύσμα, και άλλα, ωστόσο υπάρχουν κρυμμένα κάποια βοηθήματα του μαιευτηρίου όπως οξυγόνο, καρδιοτοκογράφοι - ο οποίος χρησιμοποιείται διακεκομμένα και όχι συνεχόμενα. Οι ίδιοι οι ιδρυτές θεωρούν καλό που υπάρχει ένα μέρος που συνδυάζει την ασφάλεια του νοσοκομείου - με ιατρικό προσωπικό έτοιμο να αναλάβει σε περίπτωση επιπλοκής αλλά μόνο τότε, και χωρίς την (χωρίς λόγο) χρήση φάρμακων /τεχνολογίας - με την ηρεμία και την εγγύηση της φυσιολογικής πορείας ενός τοκετού στο σπίτι.

Μία απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεση του τοκετού είναι οι γυναίκες να έχουν κάνει μια προετοιμασία μέσω της «Ευτοκίας», που είναι ένα κέντρο προετοιμασίας για γονεϊκότητα, να το έχουν αποφασίσει μετά από σκέψη, να έχουν προετοιμασθεί κατάλληλα και όχι η απόφαση, εκ μέρους των γυναικών να λαμβάνεται προς το τέλος της κύησης. Η «Ευτοκία» προετοιμάζει τις γυναίκες με την βοήθεια ψυχολόγου, καθηγήτριας γιόγκα, συμβούλους θηλασμού για τον τοκετό τους, όπου και να αποφασίσουν να τον

κάνουν, (είτε σπίτι, είτε σε μαιευτήριο). Τις ενημερώνει για το τι θα αντιμετωπίσουν, τι θα νιώσουν. Τους μαθαίνει πώς να φροντίσουν το μωρό, πώς να του κάνουν μασάζ. Μαθαίνουν να αναπνέουν και να εμπιστεύονται το σώμα τους και γενικότερα παρέχεται πλήρης ενημέρωση για όλες τις διαδικασίες πριν, κατά και μετά τον τοκετό. Η νέα μητέρα και το παιδί της μπορούν να παραμείνουν συνήθως 10 με 12 ώρες έως και ένα βράδυ. Θεωρείται φυσικό πως η μητέρα έχει συνέχεια το νεογνό μαζί της. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να παραταθεί η παραμονή έως και τρεις ημέρες.

Το κόστος είναι περίπου 2.100 ευρώ, το οποίο πόσο καλύπτει όλα τα έξοδα, την χρήση πισίνας, την αμοιβή των μαιών και την παρακολούθηση που γίνεται στο σπίτι τους μετά την αναχώρηση τους. Το ποσό καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως συμβαίνει με τον τοκετό στο σπίτι ή στο μαιευτήριο. Οι επισκέψεις των μαιών στο σπίτι των λεγώνων γίνεται όσες φορές χρειαστεί. Ακόμη και οι γραφειοκρατικές διαδικασίες του ληξιαρχείου και του πιστοποιητικού γέννησης γίνονται από την ίδια την κλινική, που φιλοξενεί στο χώρο του το κέντρο φυσικού τοκετού.

#### **1.4.2.2 Καισαρική Τομή**

Η καισαρική τομή στον τοκετό είναι παμπάλαια τακτική, ακόμη παλαιότερη και από τα ρωμαϊκά χρόνια, όπως πολλοί θεωρούν. Σε πολλούς λαούς υπάρχουν αναφορές για ανάλογες τομές. Η ονομασία της επέμβασης αυτής φαίνεται να οφείλεται στον καισαρικό νόμο των ρωμαϊκών χρόνων, σύμφωνα με τον οποίο, όταν μία επίτοκος ήταν ετοιμοθάνατη ή ήδη νεκρή, έπρεπε να εξαχθεί το νεογνό με την τακτική αυτή, προκειμένου να επιβιώσει ή έστω να ταφεί χωριστά από τη μητέρα του, αν απεβίωνε και το νεογνό. Σύμφωνα με μία δεύτερη ερμηνεία, ο όρος προέρχεται από το λατινικό ρήμα «caedere» που σημαίνει «κόβω».

Καισαρική τομή είναι η επέμβαση κατά την οποία το έμβρυο εξέρχεται από τη μήτρα έπειτα από διατομή της διαμέσου της κοιλίας. Η πρακτική αυτή διαδικασία είναι μία χειρουργική επέμβαση με πιθανότητα διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ωστόσο, κανείς δεν μπορεί να αγνοήσει μία σημαντική πραγματικότητα, ότι δηλαδή η περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα έχουν περιοριστεί σημαντικά. Στον αντίποδα, πολλοί αποδίδουν τη συχνή εφαρμογή της στο φαινόμενο της αμυντικής ιατρικής αλλά και στο υψηλότερο κέρδος από την καισαρική τομή έναντι του φυσιολογικού τοκετού.

Ορισμένες από τις βασικότερες ενδείξεις για διενέργεια καισαρικής τομής είναι ενδείξεις, όπου απειλείται η ζωή της μητέρας, όπως χαρακτηριστικά ο επιποματικός προδρομικός πλακούντας και η ρήξη της μήτρας, ενδείξεις όπου απειλείται η ζωή του παιδιού, όπως η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα με βιώσιμο έμβρυο, η εμβρυϊκή δυσχέρεια είτε κατά την κύηση είτε κατά τον τοκετό, η ενδομήτρια ασφυξία, χωρίς ταυτόχρονα να είναι δυνατή η αποπεράτωση του τοκετού δια της κοιλιακής οδού και προληπτικές ενδείξεις που αφορούν είτε τη μητέρα, είτε το έμβρυο, όπως παθήσεις του σακχαρώδη διαβήτη, σε προηγηθείσα καισαρική τομή ή άλλη χειρουργική επέμβαση στο μυομήτριο, σε μεγάλη διάρκεια τοκετού με αρχόμενη κούραση για τη μητέρα, δυσλειτουργικός και εργώδης τοκετός οποιασδήποτε αιτιολογίας, βαριές τοξιναιμίες, προεκλαμψία, κεφαλοπυελική δυσαναλογία με αίτια από μέρους του εμβρύου και της πύελου, τα ανώμαλα σχήματα και θέσεις των προβολών, όπως εγκάρσιο σχήμα, υψηλή κάθετος κ.λ.π., ανεπάρκεια πλακούντα, η δίδυμη και πολύδυμη κύηση, η ηλικία της μητέρας (κάτω των 17 ετών ή άνω των 35), η ισχιακή προβολή κυρίως σε πρωτότοκο, σε πρόωρα ή σε σχετικά μεγάλο κεφάλι.

Ενώ η προηγηθείσα καισαρική τομή αποτελεί ένδειξη για καισαρική, η επανεκτέλεση νέας καισαρικής είναι αναγκαία όταν συντρέχουν και κάποιοι άλλοι παράμετροι, όπως όταν εξακολουθεί να υφίσταται η ένδειξη της πρώτης καισαρικής τομής, όταν η ποιότητα της ουλής δεν είναι καλή, όταν υπάρχει ανώμαλη προβολή και θέση του εμβρύου, όταν υπάρχει δίδυμη ή πολύδυμη κύηση, όταν δεν υπάρχει εμπέδωση της κεφαλής του εμβρύου, όταν υπάρχει μεγάλη διάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω μεγάλου εμβρύου, ή πολυαμνίου, όταν υπάρχει λειτουργική ή μη δυστοκία. Εάν δεν συντρέχουν οι άνω παράμετροι δεν αποκλείεται η εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού. Οι **αντενδείξεις** για μία καισαρική τομή είναι μόνο η περίπτωση όπου ο κίνδυνος από την επέμβαση αυτή είναι μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που εμφανίστηκε. Παρά το γεγονός ότι ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας από την καισαρική τομή έχει μειωθεί σημαντικά, ωστόσο είναι πιο αυξημένος από το φυσιολογικό τοκετό.

**Οι επιπλοκές** της καισαρικής τομής είναι ανάλογες με τις αντίστοιχες επιπλοκές άλλων κοιλιακών επεμβάσεων όπως επιπλοκές της αναισθησίας, μετεγχειρητικές φλεγμονές και λοιμώξεις, αιμορραγίες, τραυματισμοί παρακειμένων οργάνων (κύστη, ουρητήρας), μετεγχειρητικός ειλεός, θρόμβωση και πνευμονική εμβολή. Ως μετέπειτα επιπλοκή αναφέρεται η μειωμένη γονιμότητα, οι συχνές αποβολές με πρώιμους και πρόωρους τοκετούς και η τυχόν ρήξη ουλής στην επόμενη εγκυμοσύνη. Σημειώτεον ότι και για το παιδί υπάρχει κίνδυνος από την καισαρική τομή, καθώς αυξάνει το ποσοστό

αναπνευστικής δυσχέρειας του εμβρύου. Στατιστικές έδειξαν ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας για το παιδί είναι στην καισαρική τομή διπλάσιος από ό,τι στο τοκετό δια της κοιλιακής οδού. Καισαρική τομή μπορεί να διενεργηθεί μόνο σε οργανωμένα χειρουργικά τμήματα μαιευτηρίων, νοσοκομείων και κλινικών. Αποκλειστικοί και εξειδικευμένοι γνώστες και χειριστές της συγκεκριμένης πρακτικής είναι οι μαιευτήρες.

Μολονότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ποσοστό των καισαρικών στην Ελλάδα ανέρχεται στο 24% (με ευρωπαϊκό μέσο όρο 17,8%), μέσα από πολλές άλλες στατιστικές έρευνες στην Ελλάδα το ποσοστό των καισαρικών τομών εκτιμάται ότι αγγίζει το 47,3%. Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν από έρευνα που δημοσιεύθηκε στην Ευρωπαϊκή Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας (*European Journal of Public Health*) τον Μάιο του 2006. Η έρευνα, η οποία βασίστηκε σε στοιχεία που συγκέντρωσαν οι συντάκτες της από δύο κρατικά και ένα ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας, διενεργήθηκε από ομάδα επιστημόνων της London School of Economics (LSE), (με επικεφαλή τον καθηγητή κ. *H. Μόσιαλο*.)

Μία δεύτερη και πιο πρόσφατη δημοσιογραφική έρευνα εφημερίδας «Καθημερινή» αποκαλύπτει ότι τουλάχιστον σε 3 μεγάλα μαιευτήρια της χώρας (δημόσια και ιδιωτικά), πάνω από ένας στους δύο τοκετούς γίνεται σήμερα με καισαρική τομή.<sup>5</sup> Ειδικότερα, στο μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» διενεργούνται κάθε χρόνο περίπου 6.800 τοκετοί, εκ των οποίων το 52% με καισαρική. Στην Α΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο «Αλεξάνδρα», το 41,1% των τοκετών που διενεργήθηκαν την πενταετία 2001-2005 ήταν με καισαρική. Στο Μαιευτήριο «Ιασώ», το 2006 πραγματοποιήθηκαν 14.633 τοκετοί, εκ των οποίων το 52% με καισαρική. Το σχετικό ποσοστό το 2002 ήταν 44%. Στα μαιευτήρια «Λητώ» και «Μητέρα», επίσης, σε σύνολο 16.000 τοκετών το 2006, το ποσοστό των καισαρικών ανήλθε σε 48%.

Πολλά είναι τα ερωτήματα που προκύπτουν σχετικά με την τόσο συχνή επιλογή του «χειρουργικού» τοκετού, την ώρα που στα μεγάλα μαιευτήρια της Ευρώπης οι γιατροί και οι μαίες έχουν κατορθώσει να περιορίσουν τον αριθμό των καισαρικών σε κάτω από 15%. Μεταξύ άλλων, τα αποτελέσματα της επιστημονικής έρευνας της London School of Economics δείχνουν ότι:

- Το ποσοστό των καισαρικών τομών που διενεργούνται στην Ελλάδα ανέρχεται στο 47,3%, όταν στη Βραζιλία δεν ξεπερνά το 36%, στο Μεξικό το 30%, στην Ιταλία το

---

<sup>5</sup> Πηγή : δημοσίευμα της εφημερίδας «Καθημερινή» (02/09/2007)

31%, στις ΗΠΑ το 23% και στο Ηνωμένο Βασίλειο το 19%. Στις περισσότερες χώρες το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 15% και 25%.

- Στην Ελλάδα διενεργούνται κατά 27,4% περισσότερες καισαρικές τομές στα ιδιωτικά μαιευτήρια.
- Στα ιδιωτικά μαιευτήρια οι γυναίκες που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση έχουν 7,73 φορές περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν με τη μέθοδο της καισαρικής τομής σε σχέση με εκείνες που πληρώνουν οι ίδιες (όχι μέσω Ταμείου) το κόστος του τοκετού.
- Οι Ελληνίδες γεννούν με καισαρική τομή σε ποσοστό 52,5%, έναντι 26% των αλλοδαπών.
- Στα δημόσια μαιευτήρια οι περισσότερες καισαρικές τομές πραγματοποιούνται την Τετάρτη και την Παρασκευή και στα ιδιωτικά την Τρίτη και το Σάββατο. Παρατηρείται ότι η Κυριακή είναι «νεκρή» ημέρα τόσο για τις δημόσιες όσο και για τις ιδιωτικές κλινικές. Στα δε δημόσια μαιευτήρια η κίνηση είναι «πεσμένη» και το Σάββατο.

Πολλοί θεωρούν πως η διαδικασία της γέννησης ενός παιδιού μετατρέπεται συχνά σε εμπόρευμα που πολλά ιδιωτικά μαιευτήρια προσπαθούν να πωλήσουν ακριβότερα, οδηγώντας τις υποψήφιες μητέρες στο χειρουργείο και στην καισαρική τομή, κάτι που η συντριπτική πλειοψηφία των μαιευτήρων αρνείται κατηγορηματικά. Το κόστος εκτέλεσης ενός φυσιολογικού τοκετού σε ένα δημόσιο μαιευτήριο, κλινική ή νοσοκομείο εξαρτάται από την επιλογή της θέσης της κλίνης όπου θα διαμείνει η μητέρα μετά τον τοκετό, τον αριθμό των κλινών εντός του δωματίου, τον αριθμό ημερών παραμονής στο δωμάτιο, την αμοιβή του μαιευτήρα, την επιλογή ή όχι επισκληριδίου αναλγησίας (και επομένως τη σύμπραξη και αμοιβή του αναισθησιολόγου) και το ιδιαίτερο κόστος φάρμακων, ανάλογα με την περίπτωση. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις τα έξοδα εκτός της αμοιβής του μαιευτήρα και του αναισθησιολόγου, καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς, καθώς το λειτουργικό κόστος όλης της διαδικασίας του τοκετού δεν χρεώνεται στη γυναίκα αλλά στον προϋπολογισμό του δημόσιου νοσοκομείου. Εξαιρέσεις αποτελούν συγκεκριμένα φάρμακα, όπως σκευάσματα ολικών λευκωμάτων ή ενέσεις ευαισθητοποίησης στον Rhesus παράγοντα, τα οποία χρεώνονται στο ατομικό συνταγολόγιο και πληρώνονται από την ίδια την έγκυο κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο. Μέρος των χρημάτων από αυτά θα τα λάβει πίσω αργότερα. Το κόστος παραμονής πληρώνεται και αυτό κατά την έξοδο αλλά με τα κατάλληλα έγγραφα και δικαιολογητικά η οικογένεια μπορεί να λάβει πίσω το μεγαλύτερο μέρος αυτών. Το

ανώτατο καθαρό συνολικό ποσόν που μπορεί να κοστίσει ο τοκετός για την κάλυψη μονόκλινου δωματίου κυμαίνεται στα 300 με 500 ευρώ. Για την διενέργεια καισαρικής τομής στον ίδιο χώρο (ενός δημόσιου νοσοκομείου) ισχύουν ακριβώς οι ίδιες συνθήκες, με την επιπλέον διαφορά ότι η αμοιβή του μαιευτήρα ίσως είναι μεγαλύτερη και η απαραίτητη πλέον παρουσία του αναισθησιολόγου αμείβεται ανάλογα (σύμφωνα με μαρτυρίες γυναικών από 100 μέχρι 300 ευρώ).

Τα οικονομικά δεδομένα αλλάζουν εντελώς στην περίπτωση των ιδιωτικών μαιευτηρίων και κλινικών. Η παροχή ξενοδοχειακών ανέσεων και ποιοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών ανεβάζει κατά πολύ το κόστος παραμονής στα δωμάτια και ταυτόχρονα και τις αμοιβές των ιατρών. Στον ιδιωτικό τομέα ισχύει το εξής οικονομικό εύρημα. Όσο κοστίζει η παραμονή μίας γυναίκας σε ένα δωμάτιο μετά από φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή, τόση ακριβώς είναι και η αμοιβή του μαιευτήρα. Στον Πίνακα 1.2 παρουσιάζεται συνοπτικά η κοστολόγηση των κλινών σε τρία μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας, ανάλογα με την εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού ή καισαρικής τομής και με δεδομένη τη χρήση επισκληρίδιου αναλγησίας.

**Πίνακας 1.2**

**Κοστολόγηση παραμονής σε 3 ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας, αναλόγως φυσιολ. τοκετού (Φ.Τ) ή καισαρικής τομής (Κ.Τ.) και με επισκληρίδιο αναλγησία (επισκλ.).**

	<b>ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ 1</b>		<b>ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ 2</b>		<b>ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ 3</b>	
	<b>Φ.Τ. (4 ημέρες, με επισκλ.)</b>	<b>Κ.Τ. (5 ημέρες, με επισκλ.)</b>	<b>Φ.Τ. (4 ημέρες, με επισκλ.)</b>	<b>Κ.Τ. (5 ημέρες, με επισκλ.)</b>	<b>Φ.Τ. (4 ημέρες, με επισκλ.)</b>	<b>Κ.Τ. (5 ημέρες, με επισκλ.)</b>
6κλινο			€2.300	€2.300		
4κλινο	€1.760	€2.060	€3.150	€3.500		
3κλινο	€2.560	€2.760	€3.300	€3.600	€1.700	€1.900
2κλινο	€3.680	€3.880	€4.100	€4.400	€2.800	€3.000
1κλινο	€5.185	€5.735	€6.500	€6.800	€4.200	€4.600
Lux			€8.600	€9.400		
Σουίτα			€13.800	€14.000		

*Πηγή: Τηλεφωνικό κέντρο μαιευτηρίων*

Η οικονομική πολιτική των ιδιωτικών μαιευτηρίων διαφαίνεται και από το εξής στοιχείο. Ολόκληρο το λειτουργικό κόστος των διαδικασιών αλλά και το υλικό, από τις σύριγγες και τις πάνες του νεογνού μέχρι και τα πιο απλά φάρμακα των γυναικών χρεώνονται αναλυτικά σε λογαριασμό και επιπλέον από τα έξοδα της διαμονής σε δωμάτιο. Ο Πίνακας 1.2 μπορεί να μας καθοδηγήσει στο συμπέρασμα ότι το ελάχιστο ποσό που θα πρέπει να καταβάλλει μία οικογένεια για την παραμονή και γέννηση σε



ιδιωτικό μαιευτήριο κυμαίνεται στα 1.760 ευρώ και να αμείψει τον ιατρό με τουλάχιστον το ίδιο ποσό. Στον επόμενο πίνακα παρατίθενται δειγματοληπτικά ορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις της μητέρας και του νεογνού καθώς και διάφορα έξοδα διαδικασιών, υπηρεσιών και εξετάσεων. Τα δεδομένα προέρχονται από τιμολόγιο μίας γυναίκας που γέννησε σε μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας με καισαρική τομή, παρέμεινε στο μαιευτήριο για 5 διανυκτερεύσεις και δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή ή πρόβλημα μετεγχειρητικά.

Αξίζει να αναφερθεί πως οι διοικήσεις των ιδιωτικών μαιευτηρίων, αναγνωρίζοντας συχνά το κόστος και την δυσκολία προσέγγισης αρκετών πελατών, δημιουργούν ειδικά «οικονομικά πακέτα», παρέχοντας την δυνατότητα σε περισσότερους να κάνουν χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών τους. Αποτελεί και αυτή η κίνηση μέρος στρατηγικής, που σε συνδυασμό με την απαξιοτική πλέον εικόνα των δημόσιων νοσοκομείων και μαιευτηρίων, επιτυγχάνουν μεγαλύτερο οικονομικό κέρδος.

### **1.4.3 Περίοδος λοχείας**

Με την συμπλήρωση του τοκετού, η επίτοκος περνά σε μία νέα περίοδο της αναπαραγωγικής της λειτουργίας, την περίοδο της λοχείας, και η ίδια χαρακτηρίζεται ως λεχωΐς ή λεχώνα. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από ένα πλήθος μεταβολών που συμβαίνουν στον οργανισμό της και που αποσκοπούν στην αποκατάσταση του οργανισμού. Η λοχεία αποτελεί μία ευαίσθητη μεταβατική περίοδο και για το λόγο αυτό απαιτεί ιδιαίτερη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Μετά τον τοκετό και για ένα διάστημα 15 τουλάχιστον ημερών, η σωματική και ψυχική ηρεμία, η σωστή υγιεινοδιαιτητική αγωγή αποτελούν προτεραιότητα. Παράγοντες όπως η παλινδρόμηση της μήτρας, η ποσότητα και το χρώμα των λοχίων και η ψυχολογική και η γενική κατάσταση της γυναίκας πρέπει να ελέγχονται επιμελώς από τους μαιευτήρες και τις μαίες. Για τον λόγο αυτό έχει καθιερωθεί η παραμονή των γυναικών 3 με 5 ημέρες μετά τη γέννηση στο χώρο του μαιευτηρίου για παρακολούθηση, η οποία περιλαμβάνει κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Ένας σημαντικός λόγος παραμονής είναι και η επίβλεψη της κατάστασης του νεογνού και της υποβοήθησης της μητέρας στη προσπάθεια προσαρμογής της στα καθήκοντα της με το νεογνό.

Πιθανά προβλήματα και επιπλοκές της λοχείας είναι η μαστίτιδα (φλεγμονή των μαστών που προκύπτει τις πρώτες 7 συνήθως ημέρες στους μαστούς), φλεγμονή του τραύματος (μετά από καισαρική τομή) ή της επισειοτομής (μετά από φυσιολογικό τοκετό) αλλά και η επιλόχεια κατάθλιψη (που οφείλεται κατά κύριο λόγο στην απότομη μεταβολή των τιμών ορμονών, με συχνό αποτέλεσμα απότομες αλλαγές στη ψυχοσύνθεση και συμπεριφορά της γυναίκας, σε συνδυασμό με την προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα). Η εξέταση των μαστών, των λοχείων, της γενικής κλινικής εικόνας της γυναίκας είναι επαγγελματική υποχρέωση των μαιευτήρων και των μαιών. Ιδίως η γαλακτοφορία και ο μητρικός θηλασμός απαιτούν την πολύ συχνή και καλή συνεργασία και επικοινωνία των γυναικών με τις μαίες.

Είναι σημαντικό όταν η μητέρα αποχωρήσει από το μαιευτήριο να έχει λάβει βασικές γνώσεις και οδηγίες, βασικές κατευθύνσεις, που θα την βοηθήσουν όταν θα βρεθεί μόνη της πλέον στο σπίτι της, ιδίως όταν πρόκειται για νέα μητέρα, που μόλις απέκτησε το πρώτο της παιδί. Η ατομική υγιεινή της ίδιας και του νεογνού, η διατροφή, η προφύλαξη του νεογνού και η εξασφάλιση της καλής υγείας και της ίδιας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την παραμονή της στο μαιευτήριο, τις πρώτες ημέρες της λοχείας.

Ο χρόνος παραμονής της λεχώνας σε ένα μαιευτήριο εξαρτάται από παράγοντες όπως η ομαλή αποκατάσταση της υγείας της γυναίκας και του νεογνού. Μία λεχωίδα που γεννά φυσιολογικά παραμένει 4 ημέρες ενώ με καισαρική τομή 5 ημέρες. Μόνο που η παραμονή της δεν εξαρτάται μόνο από την κατάσταση της αλλά και από τον τόπο διεξαγωγής του τοκετού. Σε ένα κέντρο υγείας, όταν έχει εκτελεστεί φυσιολογικός τοκετός, η παραμονή της λεχωίδος κυμαίνεται στις 1 με 2 ημέρες. Ακολουθούν έπειτα κατ' οίκον επισκέψεις της μαίας. Εάν η λεχωίδα έχει επιλέξει την κατοικία της για να γεννήσει φυσιολογικά, ευνόητο είναι πως η παρακολούθηση της λοχείας δεν χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον η κατάσταση της είναι ομαλή.

Η παραμονή των λεχωίδων σε ένα μαιευτήριο προσφέρει περισσότερη ασφάλεια στις ίδιες και στα νεογνά, αφού η πρόληψη επιπλοκών είναι καλύτερη. Ωστόσο, η επιπλέον παραμονή θεωρείται οικονομική επιβάρυνση και σε ιδιωτικό και σε δημόσιο μαιευτήριο. Μετά την πάροδο της παραμονής στο μαιευτήριο, η λεχωίδα επισκέπτεται είτε τον θεράποντα ιατρό της (μαιευτήρα) για τις επόμενες εβδομάδες (ο αριθμός των επισκέψεων ποικίλει) είτε τα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου – μαιευτηρίου. Υπάρχει και μία τρίτη εκδοχή του τρόπου παρακολούθησης της λεχωίδος που στη χώρα μας εφαρμόζεται ελάχιστα, εν αντιθέσει με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η κατ' οίκον επίσκεψη είναι σπάνια, τόσο από τους μαιευτήρες, όσο και από τις μαίες. Το

κόστος της επίσκεψης δεν είναι γνωστό. Συνήθως, αυτό εντάσσεται οικονομικά σε ολόκληρο το πακέτο κόστους του τοκετού, μαζί με την περιγεννητική παρακολούθηση και την εκτέλεση του τοκετού ή της καισαρικής τομής.

## 1.5 Συμπληρωματικές υπηρεσίες προς τις μαιευτικές

Οι συμπληρωματικές προς τις μαιευτικές υπηρεσίες είναι αυτές που παρέχονται :

- κατά την αναλγησία κατά τον τοκετό και με την ψυχοπροφυλακτική μέθοδο,
- με την χρήση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (προγεννητικά),
- κατά την προγεννητική περίοδο (οικογενειακός προγραμματισμός),
- με την τεχνητή διακοπή μίας κύησης.

Οι δύο πρώτες περιπτώσεις (αναλγησία κατά τον τοκετό και η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή) είναι υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν περισσότερο τις τελευταίες δεκαετίες και έχουν μεγάλη εφαρμογή στις μαιευτικές υπηρεσίες υγείας. Η ύπαρξη τους θεωρείται ευεργετική από πολλές απόψεις. Η αναλγησία ουσιαστικά προσφέρει ποιότητα σε πολλές εκφράσεις των μαιευτικών υπηρεσιών. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι η απάντηση της επιστήμης στο οξύ πρόβλημα της υπογονιμότητας που επηρεάζει χιλιάδες ζευγάρια. Αν κάποτε η ατεκνία φαινόταν να «καταδικάζει» τη ζωή ανθρώπων, τώρα η δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας έχει αποκαταστήσει την ανθρώπινη ελπίδα. Η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ακόμη θολή στη χώρα μας, τη στιγμή που η χρησιμότητα της θα έλυne πολλά προβλήματα και θα αποσυμφορούσε σε μεγάλο βαθμό μαιευτικές υπηρεσίες. Τέλος, η τεχνητή διακοπή της κύησης είναι ένα φαινόμενο που αντανακλά την κακή εικόνα της πρόληψης στη χώρα μας.

### 1.5.1 Αντιμετώπιση του πόνου

Μία σημαντική παράμετρος, στην οποία έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία τα τελευταία χρόνια, είναι η προσπάθεια αντιμετώπισης του πόνου, κατά τον φυσιολογικό τοκετό. Οι εφαρμογές πλέον της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου, του ανώδυνου τοκετού και της επισκληριδίου αναισθησίας είναι μέθοδοι και λέξεις πολύ γνωστές και διαδεδομένες στις γυναίκες τα τελευταία χρόνια. Για αιώνες, ο Χριστιανισμός δίδασκε ότι ο πόνος του τοκετού είναι τιμωρία της γυναίκας για την αμαρτία της Εύας στον Κήπο της Εδέμ και

τιμωρούσε όποιον προσπαθούσε να τον ανακουφίσει. Σήμερα ο πόνος και η αντιμετώπιση του απασχολεί ακόμη και διεθνείς οργανισμούς όπως αυτόν της «Διεθνούς Ενώσεως για την Μελέτη του Πόνου».

Η ένταση του πόνου κατά τον τοκετό σχετίζεται με φυσικούς παράγοντες, όπως η ένταση και η διάρκεια των συστολών της μήτρας, με κοινωνικοπολιτισμικούς και συναισθηματικούς, όπως ο φόβος του αγνώστου, το άγχος, η ανασφάλεια και με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το συχνά ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι μέθοδοι που ακολουθούνται για την αναλγησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό διακρίνονται σε φαρμακολογικές και σε μη φαρμακολογικές και έχουν πολλαπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, υπάρχει πιο συχνή εφαρμογή συγκεκριμένων και ελάχιστη εφαρμογή πολύ πρόσφατων και εξειδικευμένων μεθόδων, που ελάχιστα γνωστές είναι στο ευρύ κοινό.

### **Μη φαρμακολογικές μέθοδοι**

Μία από τις συχνότερα εφαρμοζόμενες και αποτελεσματικές μη φαρμακολογικές μεθόδους αναλγησίας είναι η παροχή κατάλληλης και προσιτής γνώσης και πληροφορίας. Η προγεννητική εκπαίδευση φαίνεται να μειώνει τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων από τις επιτόκους και για να επιτευχθεί αυτή η μείωση, αναπόσπαστο τμήμα της προετοιμασίας θα πρέπει να αποτελεί ο καθησυχασμός των γυναικών ότι εφόσον το χρειαστούν θα τους δοθεί η κατάλληλη αναλγησία, καθώς και η πληροφόρηση των εγκύων για τις διαθέσιμες μεθόδους, φαρμακολογικές και μη. Κάθε γυναίκα θα πρέπει να είναι σε θέση να αποκτήσει τόσες πληροφορίες όσες επιθυμεί. Μερικές γυναίκες θεωρούν ότι η συμμετοχή τους σε ομάδες προετοιμασίας τους δίνει την ευκαιρία να εκφράσουν τις ανησυχίες τους για το γονεϊκό ρόλο που πρόκειται να αναλάβουν. Από τους κύριους σκοπούς της προγεννητικής εκπαίδευσης είναι η γυναίκα να φτάσει στο τέλος της εγκυμοσύνης της φυσικά και ψυχολογικά προετοιμασμένη για τη γέννηση του παιδιού της. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση του φαύλου κύκλου «φόβος - ένταση - πόνος», μειώνοντας την ανάγκη για αναλγησία στον τοκετό.

Ο Γάλλος μαιευτήρας Ferdinand Lamaze (1951) δημιούργησε την «Ψυχοπροφυλακτική μέθοδο» για τον έλεγχο του πόνου, η οποία βασίζεται στην αρχή των εξαρτημένων αντανακλαστικών και συγκεκριμένα στην αντικατάσταση των εξαρτημένων αντανακλαστικών αντιδράσεων στο πόνο από εξαρτημένα αντανακλαστικά

που τον απομακρύνουν. Χωρίς να αρνείται την οργανική προέλευση του πόνου, υποστήριξε ότι θα πρέπει να τροποποιηθεί η αντίληψη του πόνου από τις γυναίκες με τη μέθοδο «φυσική και ψυχική προετοιμασία, εκπαίδευση και χαλάρωση», με αποτέλεσμα η γυναίκα να συμμετέχει ενεργά στο τοκετό και να τον βιώνει με πλήρη γνώση και συνείδηση. Η λεγόμενη ψυχοπροφυλακτική μέθοδος είναι ένας τρόπος προετοιμασίας των εγκύων, που σκοπό έχει να ενημερώσει κάθε ενδιαφερόμενη υπεύθυνα σχετικά με ότι αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Βοηθά κάθε έγκυο να μάθει το σώμα της και πως αυτό λειτουργεί στο διάστημα της εγκυμοσύνης και κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης, ενημερώνει πώς με ειδικές αναπνοές και χαλάρωση θα αντιμετωπίσει με σιγουριά, αυτοκυριαρχία και ενεργητική συμμετοχή τους πόνους, ώστε ο τοκετός να είναι μία μοναδική εμπειρία. Τέλος, προετοιμάζει και μαθαίνει την γυναίκα πώς να θηλάζει το παιδί, πώς να φροντίζει το μωρό αλλά και τον εαυτό της. Η έγκυος πρέπει να παρακολουθήσει τα μαθήματα από τον 6<sup>ο</sup> περίπου μήνα της εγκυμοσύνης και μετά. Η προετοιμασία αφορά την παρακολούθηση μαθημάτων σε ομάδες αλλά και ατομικά από μαίες και στην προετοιμασία μπορεί να συμμετάσχει και ο σύντροφος της γυναίκας, όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στο Γράφημα 1.7.



Πηγή : Carlson J.M, Diehl J.A, Sachtleben-Murray M, Mc Rae, M, fenwick L. and Friedman E.A.,  
“Maternal positioning during parturition in normal labor. *Obstet Gynecol* 68 (4) page 443, 1986.

### Γράφημα 1.6

**Απεικόνιση ασκήσεων και χαλάρωσης από έγκυο,  
με τη παρουσία του συντρόφου της.**

Τα τελευταία χρόνια έχουν εμπλακεί στη προετοιμασία και στη διάρκεια του τοκετού πολλές μέθοδοι ανακούφισης από τον πόνο, την ώρα του τοκετού. Σχεδόν όλες προέρχονται από χώρες του εξωτερικού και ιδίως από την Μέκκα της άσκησης της μαιευτικής επιστήμης, την Μ. Βρετανία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το

γεγονός πως όποια μαία ή επαγγελματίας επιθυμεί την εκμάθηση και εφαρμογή ορισμένων μεθόδων, μόνο με σχετική ειδίκευση σε κάποια χώρα του εξωτερικού μπορεί να το καταφέρει. Οι περισσότερες «ψυχοπροφυλάκτριες μαίες» είτε σπουδάζουν το αντικείμενο στο εξωτερικό, είτε διδάσκονται τις μεθόδους εμπειρικά, στο εσωτερικό της χώρας, στο πλευρό έμπειρων μαιών.. Η προσπάθεια εξάλειψης ή μείωσης του πόνου διαφαίνεται και από τον αριθμό των ψυχοφυσικών μεθόδων που έχουν δημιουργηθεί. Ορισμένες είναι η χαλάρωση, η ρυθμική αναπνοή, η εστίαση της προσοχής, η απόσπαση, η καθοδηγημένη νοητική απεικονιστική, ο διαλογισμός, η γιόγκα, το μασάζ, ο Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός (T.E.N.S.), ο Ενδοδερμικός Νευρικός Ερεθισμός (I.N.S.), η εφαρμογή κρύου – ζεστού, η μουσικοθεραπεία, η χρήση νερού στον τοκετό. Εναλλακτικές μέθοδοι ανακούφισης από τον πόνο είναι ο βελονισμός, η ρεφλεξολογία, η ομοιοπαθητική και η βοτανολογία, η αρωματοθεραπεία, η ύπνωση και η βιοανατροφοδότηση. Η εμπλοκή πολλών σχετικών επαγγελματιών στην εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων είναι απαραίτητη. Βελονισμός μπορεί να εφαρμοστεί μόνο από ειδικό και εξειδικευμένο σε αυτή την ιδιόμορφη μέθοδο βελονιστή. Η ύπνωση απαιτεί προκαταρκτική εξάσκηση με έναν ειδικό υπνωτιστή. Σχεδόν σε κάθε μέθοδο εμπλέκεται και καθένας ειδικός επαγγελματίας .

Οι παραπάνω μέθοδοι, στη συντριπτική πλειοψηφία τους, αποτελούν άγνωστες παραμέτρους, ιδίως για τα δεδομένα της χώρας μας. Οι περισσότερες από αυτές έχουν εφαρμογή πριν τον τοκετό, συχνά εβδομάδες πριν, όπως συμβαίνει με τη yoga. Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει εφαρμογή μόνο της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά περίπτωση, εφόσον η επίτοκος έχει παρακολουθήσει μαθήματα εβδομάδες πριν και έχει ζητήσει την παρουσία ψυχοπροφυλάκτριας μαίας δίπλα της. Σε ιδιωτικές κλινικές, μαιευτήρια και νοσοκομεία επίσης εφαρμόζεται η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος και σε σπάνιες περιπτώσεις ο τοκετός στο νερό. Η μεγαλύτερη πλειοψηφία εφαρμόζεται μόνο κατά τον τοκετό στα κέντρα φυσικού τοκετού που υπάρχουν και κατόπιν ενημέρωσης των γυναικών. Σε οποιαδήποτε μέθοδο και εφαρμογή, τον πρώτο και τελευταίο λόγο έχει μόνο η γυναίκα, εφόσον ενημερωθεί σωστά για όλες τις διαθέσιμες επιλογές. Η πρόληψη, η προφύλαξη, ο προεφοδιασμός, η προετοιμασία είναι οι ενέργειες που έχουν σαν σκοπό να διαφυλάξουν την επίτοκο κατά την ώρα του τοκετού από λανθασμένες συμπεριφορές και τραυματικές εμπειρίες. Στην ψυχοπροφυλακτική μέθοδο τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς της επιτόκου είναι ψυχολογικής φύσεως. Αλλά και οι στόχοι της ψυχοπροφυλακτικής, που αποβλέπουν στην αποφυγή των τραυματικών εμπειριών, χρησιμοποιούν κυρίως ψυχολογικά μέσα.

Το κόστος για μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής ποικίλουν ανάλογα με την περίπτωση. Εάν μία έγκυος επιλέξει να παρακολουθήσει μαθήματα ανώδυνου τοκετού σε ένα δημόσιο μαιευτήριο, όπως συμβαίνει στο «Έλενα Βενιζέλου» ή στο «Αλεξάνδρα», δεν επιβαρύνεται οικονομικά. Ωστόσο την ώρα του τοκετού της δεν παρευρίσκεται δίπλα της κάποια ψυχοπροφυλάκτρια μαία, αν και θεωρητικά είναι στις υποχρεώσεις της κάθε μαίας που εργάζεται σε Αίθουσα Τοκετών να βοηθήσει την επίτοκο, αφού έχει εκπαιδευτεί σε βασικές αρχές του ανώδυνου τοκετού. Όταν όμως μία μαία έχει να επιβλέψει ταυτόχρονα πολλές επίτοκες και να τακτοποιήσει γραφειοκρατικές εκκρεμότητες, δύσκολα μπορεί να παραβρεθεί δίπλα σε μία γυναίκα μόνο και να εφαρμόσει την ψυχοπροφυλακτική μέθοδο.

Το πλέον συνηθισμένο φαινόμενο είναι μαιευτήρες να συνεργάζονται με μαίες – ψυχοπροφυλάκτριες. Από την αρχή της έναρξης του τοκετού η μαία βρίσκεται δίπλα στην γυναίκα, την καθοδηγεί, τη παροτρύνει και τη στιγμή της εξώθησης μέχρι και την έξοδο του πλακούντα επεμβαίνει ο μαιευτήρας. Η συνεργασία της μαίας με τον μαιευτήρα επιβαρύνει οικονομικά την γυναίκα με ποσό που κυμαίνεται από 200 έως και 500 ευρώ, ανάλογα με την περίπτωση, περιλαμβάνοντας την περίοδο από την έναρξη των μαθημάτων ανώδυνου τοκετού (περίπου την 30<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης) μέχρι και την υποβοήθηση της μητέρας να θηλάσει το νεογνό της στο σπίτι της.

### **Φαρμακολογικές μέθοδοι**

Η πιο γνωστή φαρμακολογική μέθοδος είναι αυτή της υπαραχνοειδούς – επισκληριδίου αναισθησίας, η οποία έχει γίνει πολύ γνωστή στο κοινό, ιδίως τα τελευταία χρόνια. Έχει παρατηρηθεί μάλιστα πως ανά δεκαετία διπλασιάζεται το ποσοστό των επισκληριδίων για φυσιολογικό τοκετό, ίσως και πολύ περισσότερο. Ερευνητές πάντως την χαρακτηρίζουν ως την πιο αποτελεσματική αναλγητική μέθοδο και πως καμιά μη φαρμακολογική μέθοδος αναλγησίας δε φαίνεται να επιτυγχάνει την ποιότητα αναλγησίας της επισκληριδίου. Η επισκληριδίου αναισθησία εφαρμόζεται αυστηρά από αναισθησιολόγο σε οργανωμένο τμήμα, σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή του τοκετού και υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Αποτελεί πλέον δικαίωμα επιλογής από την κάθε επίτοκο, εφόσον συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις. Η χρήση της φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στα ιδιωτικά νοσοκομεία και μικρότερη σε δημόσια.

Υπέρμαχοι της επισκληριδίου αναλγησίας αναφέρουν πως είναι η καλύτερη μέθοδος αναλγησίας και πως, αφού ο πόνος μπορεί να αποφευχθεί με επιτυχία, είναι καλό να εφαρμόζεται. Άλλωστε, και από ψυχολογικής απόψεως, η αποφυγή των δυνατών πόνων του τοκετού προφυλάσσει την γυναίκα από τραυματικές εμπειρίες στο μέλλον, σε επόμενους τοκετούς. Από την άλλη όψη, υποστηρικτές του απόλυτα φυσικού τοκετού, χωρίς φαρμακευτικές παρεμβάσεις, αναφέρουν πως μόνο με τις φυσικές ωδίνες και της δυνάμεις των συσπάσεων της μήτρας η ίδια η γυναίκα μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό της και το παιδί της να έρθει στο κόσμο, βιώνοντας έτσι τον τοκετό της και την μοναδική αυτή εμπειρία, υπό την αυστηρή προϋπόθεση ότι ο πόνος θα περιοριστεί με την βοήθεια ψυχοπροφυλακτικών μεθόδων. Ωστόσο, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε και το γεγονός πως με την χρήση της επισκληριδίου αναλγησίας, ακόμη και στη περίπτωση διενέργειας καισαρικής τομής, η μητέρα είναι αφυπνισμένη και σε θέση να «υποδεχθεί» το νεογνό της μετά τη γέννηση του, κάτι που φαίνεται και στο Γράφημα 1.8.



Πηγή : Το ΒΗΜΑ, 26/06/2005 , Σελ.: Α24, (<http://tovima.dolnet.gr/print.php>)

**Γράφημα 1.7**

**Μητέρα «υποδέχεται» το νεογνό της, κατά τη διάρκεια επέμβασης καισαρικής τομής.**

### **1.5.2 Υπογονιμότητα & Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή**

Η **υπογονιμότητα** ορίζεται ως η ακούσια αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να ολοκληρώσει κύηση μετά από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών



σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισύλληψη. Σύμφωνα με τον ορισμό της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η υπογονιμότητα αποτελεί πάθηση, η οποία χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης. Η τεκνοποίηση και η δημιουργία οικογένειας θεωρούνται δικαίωμα του κάθε ανθρώπου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι περίπου το 8 - 12% των ζευγαριών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία θα αντιμετωπίσει κάποιας μορφής πρόβλημα γονιμότητας. Σε παγκόσμια κλίμακα, αυτό σημαίνει ότι 50 - 80 εκατομμύρια άτομα εμφανίζουν υπογονιμότητα. Εκτιμάται ότι στον υπογόνιμο πληθυσμό προστίθενται περίπου 2 εκατομμύρια νέα ζευγάρια ετησίως, με τάση για αύξηση τα τελευταία χρόνια. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν ειδικές επιδημιολογικές μελέτες για την υπογονιμότητα. Εάν θεωρηθεί πως ισχύουν οι γενικές εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ., περαιτέρω υπολογισμοί κάνουν λόγο για περίπου 300.000 ζευγάρια που δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά.

Σε γενικές γραμμές, η υπογονιμότητα οφείλεται ως επί το πλείστον σε φλεγμονές του γεννητικού συστήματος και σε ορμονικές διαταραχές. Ειδικά στην Ελλάδα, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι επανειλημμένες αμβλώσεις, καθώς και διάφορες λοιμώξεις που δεν έχουν καταπολεμηθεί εγκαίρως και επαρκώς, οδηγούν σε υπογονιμότητα επειδή συχνά προκαλούν χρόνιες φλεγμονές. Για την χώρα μας, δεν υπάρχουν πλήρεις εξειδικευμένες στατιστικές μελέτες για την ανάλυση των αιτιών υπογονιμότητας.

Η **διάγνωση της υπογονιμότητας** πρέπει να τίθεται από εξειδικευμένο ιατρό. Αυτός μπορεί να είναι γυναικολόγος, ουρολόγος-ανδρολόγος ή ενδοκρινολόγος. Η διαγνωστική διαδικασία, μετά την πρώτη κλινική εξέταση και την λεπτομερή λήψη του ιατρικού ιστορικού του ζευγαριού, μπορεί να συμπεριλάβει:

- μικροβιολογικές εξετάσεις (συνήθως καλλιέργεια σπέρματος και κολπικού υγρού),
- εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, ανάλυση σπερμοδιαγράμματος και τραχηλικής βλέννης,
- ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα κοιλίας ή οσχέου, υστεροσαλπιγγογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία),
- χειρουργικές επεμβάσεις (υστεροσκόπηση, λαπαροσκόπηση),
- κολποσκόπηση και πεοσκόπηση,
- άλλες ειδικές εξετάσεις και αναλύσεις (ανοσολογικές, σπέρματος, κ.λπ.).

Είναι χρήσιμο τα ζευγάρια να απευθύνονται σε οργανωμένες ιατρικές μονάδες είτε μετά από σύσταση του γενικού τους παθολόγου είτε του ειδικευμένου επιστήμονα με τον οποίον είχαν την πρώτη τους επαφή είτε ακόμη και απευθείας. Έτσι, το ζευγάρι δεν

υποχρεώνεται σε άσκοπες ή πολλαπλές εξετάσεις και σε αποσπασματικές ή ημιτελείς διαγνωστικές διαδικασίες, ενώ μειώνεται και ο χρόνος αναμονής από την διαπίστωση του προβλήματος μέχρι την κατάστροφη του σχεδίου αντιμετώπισής του. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής καθορίζεται από την σαφή διάγνωση. Παράγοντες όπως η ηλικία της γυναίκας και οι οικονομικές δυνατότητες του ζευγαριού πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη, δεδομένου ότι η διάγνωση και η θεραπεία της υπογονιμότητας μπορεί μερικές φορές να αποβεί και χρονοβόρος και δαπανηρή.

Ανάλογα με την διάγνωση, προσφέρονται διαφορετικές επιλογές. Οι απλούστερες είναι:

- φαρμακευτική αγωγή για την καταπολέμηση λοιμώξεων,
- φαρμακευτική αγωγή για την ρύθμιση ή και την διέγερση της λειτουργίας των ωοθηκών στη γυναίκα ή των όρχεων στον άνδρα,
- χειρουργική επέμβαση με σκοπό την θεραπεία ανατομικών προβλημάτων, βλαβών των αναπαραγωγικών οργάνων ή της ενδομητρίωσης,
- συνδυασμός φαρμακευτικής και χειρουργικής θεραπείας, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Εάν οι προηγούμενες μέθοδοι δεν αποδώσουν ή εάν η εφαρμογή τους είναι περιττή, απαιτείται η προσφυγή σε πιο πολύπλοκες μεθόδους. Αυτές ονομάζονται μέθοδοι ή τεχνικές Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (I.Y.A.). Οι πιο συνηθισμένες μέθοδοι I.Y.A. είναι η ενδομήτριος σπερματέγχυση (intra-uterine ή artificial insemination, I.U.I ή A.I.) και η εξωσωματική γονιμοποίηση (in vitro fertilization, I.V.F.). Από αυτές προκύπτουν πολλές άλλες μέθοδοι που εξειδικεύονται σε πολλά πεδία και βρίσκουν εφαρμογή ανάλογα με την περίπτωση. Επί προβλήματος του τραχήλου, η σπερματέγχυση μπορεί να δώσει ορισμένη λύση, σε πρόβλημα όμως των σαλπίνγων η εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας.

Η **υποβοηθούμενη αναπαραγωγή** αποτελεί τον τομέα εκείνο της Μαιευτικής και της Γυναικολογίας που γνώρισε τη μεγαλύτερη και ταχύτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Η εξωσωματική γονιμοποίηση σήμερα έχει θέση εκεί όπου απέτυχαν άλλες μέθοδοι στην προσπάθεια αντιμετώπισης της υπογονιμότητας του ζευγαριού. Σήμερα υπάρχουν σημαντικές γνώσεις πάνω στη παθοφυσιολογία των διαταραχών της ωοθυλακιόρρηξης, καθώς και τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση, όπου έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις με την εισαγωγή των νέων φαρμακευτικών ουσιών

Στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υποδηλώνουν ότι το 8 -12% των ζευγαριών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία δεν καταφέρνουν να οδηγηθούν σε εγκυμοσύνη μετά από 12 μήνες προσπάθειας. Για την χώρα μας, δεν υπάρχουν πλήρεις εξειδικευμένες στατιστικές μελέτες για την ανάλυση των αιτιών υπογονιμότητας. Μοναδικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι στο 40% των περιπτώσεων ευθύνεται ο άνδρας, στο 40% η γυναίκα και στο 20% δεν προσδιορίζεται κάποια αιτιολογία.<sup>6</sup> Στην Ελλάδα, ο τεράστιος αριθμός των εκτρώσεων κάθε χρόνο ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για φλεγμονές στις σάλπιγγες των γυναικών, ενώ ο σύγχρονος τρόπος ζωής ευθύνεται για τη μείωση του σπέρματος κατά 40% τα τελευταία 40 έτη. Υπολογίζονται σε 250.000 με 300.000 τα υπογόνιμα ζευγάρια πανελληνίως, ενώ πραγματοποιούνται περισσότεροι από 12.000 κύκλοι εξωσωματικής γονιμοποίησης τον χρόνο στην Ελλάδα, με αριθμό γεννήσεων σχεδόν 5.000 παιδιά ετησίως.

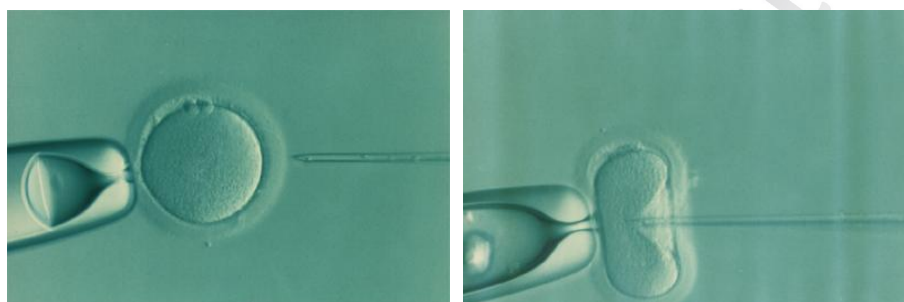
Αξίζει διευκρίνισης ότι η φυσιολογική πιθανότητα επιτυχίας κύησης από ένα γόνιμο ζευγάρι με φυσιολογική σεξουαλική ζωή δεν υπερβαίνει το 20% ανά καταμήνιο κύκλο κατά μέσον όρο. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο όταν η ηλικία της γυναίκας είναι μικρή (κάτω των 25 ετών), παραμένει περίπου σταθερό μέχρι την ηλικία των 30 και μειώνεται προοδευτικά μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, το ποσοστό φυσιολογικής σύλληψης είναι πολύ μικρό, της τάξεως του 5% το πολύ. Αν τα δεδομένα αυτά συσχετιστούν με τις κοινωνικές αλλαγές των τελευταίων ετών που αφορούν την δυναμική είσοδο της γυναίκας στην εργασία και την δημιουργία οικογένειας σε μεγαλύτερη πλέον ηλικία, τότε μπορούν να εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα. Περίπου το 50% των φυσιολογικών γόνιμων ζευγαριών επιτυγχάνει κύηση κατά το πρώτο έτος προσπαθειών και 20-35% των ζευγαριών αυτών επιτυγχάνει κύηση κατά το δεύτερο έτος προσπαθειών. Το υπόλοιπο 15% είναι τα «υπογόνιμα» ζευγάρια. Οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. έχουν γενικώς πιθανότητες επιτυχίας της τάξεως του 20 - 25% ανά κύκλο. Εάν το πρόβλημα είναι απλό (π.χ. μόνον στις σάλπιγγες) και δεν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες (π.χ. αυξημένη ηλικία της γυναίκας), τα ποσοστά αυτά μπορεί να είναι και πολύ υψηλότερα στα χέρια έμπειρων ομάδων, φθάνοντας μέχρι και το 40 ή 50% ανά κύκλο. Ούτως ή άλλως όμως, τα ποσοστά επιτυχίας δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να πλησιάσουν το ιδανικό 100%.

Η επιτυχία των μεθόδων Ι.Υ.Α. εξαρτάται από διάφορους παράγοντες που έχουν ειδική σημασία. Δεκάδες είναι τα τεχνικά σημεία καθοριστικής σημασίας για την

---

<sup>6</sup> Δεδομένα που έχει στη διάθεση του το Σωματείο Ψυχολογικής Υποστήριξης Υπογόνιμων Ζευγαριών «Κυβέλη», δημοσιευμένα στην ιστοσελίδα του σωματείου (<http://www.kiveli.gr/epist/epist1.cfm>).

επιτυχία μιας συγκεκριμένης προσπάθειας. Ορισμένα θεμελιώδη δεδομένα που επηρεάζουν την επιτυχία είναι η διάρκεια της υπογονιμότητας, η ηλικία της γυναίκας, η ηλικία του άνδρα, η εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας, η τεχνογνωσία, η υλικοτεχνική υποδομή, ο ποιοτικός έλεγχος, η διάγνωση και η ποιότητα ωαρίων, σπερματοζωαρίων και εμβρύων. Στην περίπτωση μικροχειρουργικής όπως στην μέθοδο I.C.S.I (Intra - Cytoplasmic Sperma Injection) που απεικονίζεται στα γραφήματα 1.8 (α) και (β), η ικανότητα της θεραπευτικής ομάδας κρίνεται ως βασικό κριτήριο για την επιτυχή έκβαση της γονιμοποίησης.



Πηγή : [www.ivf.net/alpha](http://www.ivf.net/alpha)

(α)

(β)

### Γραφήματα 1.8

**Η μέθοδος I.C.S.I. σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, πριν την ενδοκυτταρική τοποθέτηση σπερματοζωαρίων (α) και κατά την τοποθέτησή τους (β).**

Το κράτος δεν έχει καταφέρει έως τώρα να καλύψει αποτελεσματικά τις ανάγκες που προκύπτουν από το πρόβλημα των υπογόνιμων ζευγαριών, που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση στη χώρα μας. Οι διάφορες τεχνικές που εφαρμόζονται είναι δαπανηρές και απαιτούν ακριβές επενδύσεις και υψηλή εξειδίκευση. Η αποτελεσματικότητά τους είναι σε άμεση συνάρτηση με το κόστος της επένδυσης, που απαιτεί συχνά αναβάθμιση τόσο σε επίπεδο εξοπλισμού όσο και σε επίπεδο ιατρικών γνώσεων. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα είναι σημαντική και καλύπτει περίπου το 80% των κύκλων που γίνονται στην Ελλάδα σήμερα. Η συμβολή της πολιτείας περιορίζεται στις μονάδες εξωσωματικής που λειτουργούν στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, χωρίς όμως να παρέχει την απαραίτητη διοικητική και οικονομική υποστήριξη για την ανάπτυξη τους.

Θεωρείται θετική σε πρώτη φάση η απόφαση του Ι.Κ.Α. να καταβάλλει σημαντικό ποσό για κάθε κύκλο θεραπείας, καλύπτοντας ταυτόχρονα και το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής που είναι υψηλό. Εξακολουθούν πάντως να μην καλύπτουν τις ιατρικές πράξεις. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες δεν ασχολούνται καθόλου με την υπόθεση, διότι την θεωρούν ασύμφορη οικονομικά και δεν περιλαμβάνουν την εξωσωματική σε κανένα από τα ασφαλιστικά τους πακέτα.

Το κόστος όμως μιας τέτοιας τακτικής είναι μεγάλο - μεταφορικά και κυριολεκτικά. *«Οι πολύδυμες κυήσεις συνδέονται με πιθανές επιπλοκές της εγκυμοσύνης, προωρότητα των βρεφών, αύξηση της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, κίνδυνο γέννησης βρεφών με εγκεφαλικές βλάβες. Συγχρόνως η πρακτική αυτή αυξάνει το κόστος νοσηλείας, ιδίως σε περιπτώσεις πρόωρων τοκετών που απαιτούν νοσηλεία των νεογνών σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή αυξημένης φροντίδας».*<sup>7</sup>

Ο νόμος ορίζει πλέον ρητά ότι σε γυναίκες μέχρι σαράντα ετών εμφυτεύονται ως τρία ωάρια και στις γυναίκες άνω των σαράντα ως τέσσερα γονιμοποιημένα ωάρια, εκτός από κάποιες εξαιρέσεις σε επιμέρους ομάδες γυναικών, όπου η αρμόδια εθνική αρχή, η οποία πλέον συστήνεται και έχει τον έλεγχο όλων αυτών των θεμάτων, αποφασίζει κατά περίπτωση. Ειδικοί πάντως υπολογίζουν ότι στην Ελλάδα πραγματοποιούνται 12.000-13.000 κύκλοι εξωσωματικής γονιμοποίησης ετησίως και γεννιούνται 2.500-3.000 παιδιά.

Το μέσο κόστος εξωσωματικής αγγίζει τα 3.500 ευρώ - περίπου 1.500 ευρώ για τα φάρμακα και 2.000 ευρώ για την κλινική διαδικασία. Τα περισσότερα ταμεία όμως καλύπτουν ένα μικρό σχετικά μέρος αυτού του ποσού. Το Ι.Κ.Α. καλύπτει δωρεάν τα φάρμακα για 4 προσπάθειες και δίδει βοήθημα 350 ευρώ ανά προσπάθεια. Το Δημόσιο καλύπτει το 75% της αγοράς των φαρμάκων για 4 προσπάθειες και δίδει βοήθημα 350 ευρώ ανά προσπάθεια. Ο ΟΓΑ καλύπτει μόνο τα φάρμακα, ενώ αντίστοιχα με το Δημόσιο είναι το Ταμείο Εμπόρων και το Τ.Ε.Β.Ε. Είναι προφανές ότι η πρόβλεψη για πλήρη κάλυψη όλων των δαπανών της διαδικασίας, που περιλαμβάνεται σε νέο νόμο, έχει δημιουργήσει ελπίδες σε χιλιάδες ζευγάρια.

Το νομοθετικό πλαίσιο του υπουργείου Υγείας έρχεται να συμπληρώσει τον νόμο 3089/2002 του υπουργείου Δικαιοσύνης περί ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Παρ' όλα αυτά, η κάθε προσπάθεια έχει υψηλό κόστος, που σε συνδυασμό με το κόστος

---

<sup>7</sup> Δηλώσεις του καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Ι. Μεσσήνη στην εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ», στις 16/01/2005, (σελ.: Α28), (<http://tovima.dolnet.gr>).

των φαρμάκων κάνουν την προσπάθεια δύσκολη και απρόσιτη για πολλά ζευγάρια. Οι παρούσες ασφαλιστικές ρυθμίσεις για την υπογονιμότητα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ανεπαρκείς, και το κυριότερο ασφαλιστικό ταμείο, το Ι.Κ.Α., προσφέρει υποτυπώδη αποζημίωση της τάξεως των 360 ευρώ, ποσό το οποίο αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 20% του συνολικού κόστους ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης. Προσφάτως άλλοι σημαντικοί ασφαλιστικοί φορείς, όπως το Τ.Ε.Β.Ε., πέραν της καταβολής του εφάπαξ επιδόματος των 360 ευρώ ανά προσπάθεια, ενέκριναν την κάλυψη του 75% του κόστους των φαρμάκων που απαιτούνται. Σε χώρες όπου υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη του συνολικού κόστους κάθε προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης, περίπου το 2% των παιδιών, γέννιονται μετά από εφαρμογή τεχνικών υποβοήθησης της αναπαραγωγής.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ελλάδα αποτελεί μοναδική εξαίρεση, ως προς την κρατική οικονομική υποστήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών. Στις υπόλοιπες χώρες οι αντίστοιχοι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν το 70-100% του συνολικού κόστους (ιατρικές πράξεις, φάρμακα) κάθε προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ακόμα και σε χώρες όπως η Τουρκία, όπου δεν υπάρχει υπογεννητικότητα, παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης μέχρι και 80 έως 100% του κόστους.

*«Η αξιοπιστία, σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος της τεχνητής σύλληψης και, μέχρι πρότινος, η ανυπαρξία μέχρι πρόσφατα σχετικού νόμου, ενθάρρυνε πολλά ζευγάρια γειτονικών, αλλά και ευρωπαϊκών χωρών να απευθυνθούν στα ελληνικά κέντρα. Γυναίκες από τη Βουλγαρία, τις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας, τη F.Y.R.O.M., την Αλβανία (λόγω έλλειψης κέντρων) ακόμη και την Τουρκία, ταξιδεύουν στη Θεσσαλονίκη για να γίνουν μητέρες. Οι λόγοι που οδηγούν ζευγάρια των Βαλκανίων εκτός συνόρων, κατά την άποψη του, είναι οι αξιόπιστες, ελεγχόμενες και ασφαλείς μέθοδοι που εφαρμόζονται στα ελληνικά επιστημονικά κέντρα».*<sup>8</sup>

Υπάρχει ωστόσο και μια εισροή ζευγαριών από χώρες της Ε.Ε. (κυρίως Ιταλία, Γερμανία, Αυστρία), όπου η αυστηρή νομοθεσία απαγορεύει τη δωρεά ωαρίων. Τα κέντρα της Θεσσαλονίκης προτιμούν επίσης - για οικονομικούς κυρίως λόγους - και οι Έλληνες μετανάστες στη Γερμανία ή τις ΗΠΑ, όπου το κόστος είναι τριπλάσιο.

---

<sup>8</sup> Δηλώσεις του αναπληρωτή καθηγητή Μαιευτικής - Γυναικολογίας και Ανθρώπινης Αναπαραγωγής στο ΑΠΘ, κ.Βασίλη Ταρλατζή στην εφημερίδα «Καθημερινή», στις 23/01/2005, (<http://news.kathimerini.gr>).

Σύμφωνα με άλλους εκτιμητές, το κόστος μιας προσπάθειας εξωσωματικής κυμαίνεται μεταξύ 1.500 και 3.500 ευρώ και των φαρμάκων από 1.500 μέχρι 2.000 ευρώ ενώ τα Ταμεία καλύπτουν περίπου το 75% του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής και εφάπαξ 350 ευρώ για τα νοσήλια. Η ευνοϊκή ρύθμιση των τιμών αυτών, τόσο για τους πολίτες όσο και για τη πολιτεία, κρίνεται αναγκαία λόγω της αύξησης της υπογονιμότητας και των υπογόνιμων ζευγαριών, κάτι που μπορεί να γίνει μόνο με οικονομικές μελέτες, έρευνες και αναλύσεις, καθώς η υπογονιμότητα και η αντιμετώπιση της αποτελούν σχετικά πρόσφατα δεδομένα για την ελληνική κοινωνία.

### 1.5.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός

Η **αναπαραγωγική υγεία** ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια κατάσταση φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα, σε όλα τα στάδια της ζωής. Η αναπαραγωγική υγεία υπονοεί ότι το άτομο είναι σε θέση να βιώνει μια ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή, καθώς και ότι έχει την ικανότητα να αναπαράγει και την ελευθερία να αποφασίζει αν, πότε, και πόσο συχνά το πράττει. Αλληλένδετο με αυτό, είναι το δικαίωμα της γυναίκας και του άνδρα για ενημέρωση και πρόσβαση σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, προσιτές και αποδεκτές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού της επιλογής τους, και το δικαίωμα για κατάλληλες υπηρεσίες παροχής υγιεινής φροντίδας που επιτρέπουν στις γυναίκες να βιώσουν ασφαλή εγκυμοσύνη και κύηση.

Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι το δικαίωμα των ατόμων να χρησιμοποιούν ελεύθερα την ικανότητά τους για αναπαραγωγή και να απολαμβάνουν μια ασφαλή σεξουαλική ζωή, μέσα από την αναγνώριση, την προστασία και τη διευκόλυνση γι' αυτό το δικαίωμα από την πολιτεία. Σκοπός του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειας του ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του.

Στη χώρα μας ο Οικογενειακός Προγραμματισμός (Ο.Π.) είναι αναγνωρισμένος ως δικαίωμα των ατόμων με το Ν.1397/83 για το ΕΣΥ, όπου ορίζεται ότι την αποκλειστική ευθύνη παροχής τέτοιων υπηρεσιών την αναλαμβάνει το κράτος. Η Ελλάδα είναι μέλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Οικογενειακού Προγραμματισμού. Πρότυπο αναπαραγωγής, σύμφωνα με τις αρχές του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι :

- Υγιείς γονείς.

- Κύηση μεταξύ των ηλικιών 18-35 ετών.
- Μεσοδιαστήματα κυήσεων >2 ετών.
- Αύξηση γεννήσεων, μείωση θνησιμότητας

Οι στόχοι του Ο.Π. είναι:

1. Η ποιότητα ζωής ατόμων και κοινωνικών ομάδων μέσα από την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων.
2. Η γέννηση επιθυμητών και υγιών παιδιών (υπεύθυνη μητρότητα και πατρότητα).
3. Η ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων,
4. Ο έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων,
5. Ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια.
6. Η προστασία της υγείας των γυναικών και προάσπιση και προαγωγή της υγείας στη μητρότητα.
7. Ενημέρωση για τον έλεγχο των γεννήσεων και στη διευκόλυνση παροχής αντισυλληπτικών μέσων.
8. Ενημέρωση για τα προβλήματα σχέσεων μεταξύ των φύλων εντός και εκτός γάμου.
9. Επίλυση προβλημάτων στειρότητας και στειροποίησης των ζευγαριών.

Οι υπηρεσίες που μπορούν και πρέπει να προσφέρουν τα κέντρα Ο.Π. είναι:

- Εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και ομάδων στα πλαίσια του κέντρου Ο.Π. και στην κοινότητα σε συνεργασία με φορείς της.
- Ενημέρωση, παροχή και εφαρμογή αντισύλληψης σε άτομα και ζευγάρια.
- Γενετική καθοδήγηση και προγεννητική διάγνωση.
- Συμμετοχή στην ενημέρωση των μαθητών όλων των ηλικιών μέσα στα σχολεία, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και τους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων.
- Ενημέρωση και προστασία της υγείας των γυναικών που προσέρχονται για διακοπή κύησης.
- Ενημέρωση του πληθυσμού μέσω των Μ.Μ.Ε.

Ενώ επισήμως και εκ μέρους της Πολιτείας ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα έγινε αποδεκτός με τον νόμο 1036 του έτος 1980, η ανταπόκριση της ελληνικής πραγματικότητας ήταν και θεωρείται ακόμη βραδεία. Από το 1983 άρχισε η λειτουργία 10 κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη τη χώρα, με επικεφαλές αυτό του «Π.Ν.Α. Αλεξάνδρα». Σε θεωρητικό πάντα επίπεδο, κάθε νομαρχιακό νοσοκομείο υποχρεούται σήμερα να λειτουργεί κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, κάτι που φυσικά δεν ισχύει. Μία επέκταση του θεσμού έχει γίνει με



την λειτουργία προγραμμάτων σε υπηρεσίες του Ι.Κ.Α., των Π.Ι.Κ.Π.Α. και σε ορισμένους δήμους. Ο θεσμός έχει βρει μεγαλύτερη ανταπόκριση στην ιδιωτική και εθελοντική πρωτοβουλία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού, ο οποίος δεν αναμένει τους ενδιαφερόμενους προκειμένου να τους ενημερώσει και να τους καθοδηγήσει αλλά αντίθετα έχει αναλάβει δράση εκτός στενών γεωγραφικών ορίων. Με ομιλίες σε πολλές τοποθεσίες της χώρας, προς όλους τους αποδέκτες του Οικογενειακού Προγραμματισμού προσπαθεί να επικεντρώσει την προσοχή των πολιτών σε σοβαρά θέματα, όπως η προετοιμασία για γονεϊκότητα, η σωστή και ενδεικτική χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, η χρήση της συμβουλευτικής για πολλά θέματα.

Η ελληνική κοινωνία αποδεικνύει για άλλη μία φορά πως δεν κάνει αποδοτική και εύρυθμη χρήση των δυνατοτήτων άλλα και υποχρεώσεων και δεσμεύσεων της προς τους πολίτες της. Τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού μπορούν να παρέχουν ενημέρωση και κατευθυντήριες οδηγίες προς τα υποψήφια προς τεκνοποίηση ζευγάρια αλλά και στους νέους, ωστόσο περιορίζονται στα στενά χωρικά όρια ενός γραφείου ή ενός εξεταστηρίου, όπου αναμένουν ανθρώπους είτε να λάβουν ενημέρωση και συμβουλευτική είτε να προβούν σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο κατόπιν της σύλληψης ενός εμβρύου. Η έννοια και η σημασία του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ελάχιστα γνωστή στη χώρα μας. Αυτό τουλάχιστον αποδεικνύουν οι αριθμοί των εκτρώσεων στη χώρα μας και ο αριθμός των ατόμων που κάνουν προγεννητικό έλεγχο. Πλέον ο Οικογενειακός Προγραμματισμός, λειτουργεί και εφαρμόζεται χάριν ιδίως της ιδιωτικής πρωτοβουλίας ορισμένων επαγγελματιών υγείας και της εθελοντικής δράσης ορισμένων οργανισμών (ιδίως Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων). Η χρήση των υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι δια νόμου δωρεάν, όσον αφορά την ενημέρωση. Η επίσκεψη σε ένα κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού δεν επιβαρύνει οικονομικά τον ενδιαφερόμενο. Μόνη οικονομική επιβάρυνση είναι η εφαρμογή μίας ιδιαίτερης αντισυλληπτικής μεθόδου, όπως αυτής του ενδομήτριου σπειράματος. Αποτέλεσμα της αδράνειας της Πολιτείας και της έλλειψης ενδιαφέροντος των πολιτών είναι η χρήση υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού από τους ίδιους τους μαιευτήρες - γυναικολόγους, σε ότι αφορά θέματα γονιμότητας, αντισύλληψης και αναπαραγωγής. Το αποτέλεσμα αυτό απορρέει περισσότερο από την ίδια την αντίληψη των πολιτών και ιδίως την επιθυμία των γυναικών και όχι σε τόσο βαθμό από τους ίδιους τους ιατρούς. Ο οικογενειακός προγραμματισμός πλέον, στα πλαίσια των μαιευτικών υπηρεσιών παρέχεται συντριπτικά από τους μαιευτήρες και συχνά πλέον η οικονομική

επιβάρυνση είναι πρόσθετη. Εδώ παρατηρείται ο εξής φαύλος κύκλος. Ο πολίτης δεν εμπιστεύεται την δωρεάν παροχή ενημέρωσης και υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού, αμφιβάλλοντας για την ποιότητα των δωρεάν υπηρεσιών. Οπότε η εναλλακτική λύση είναι η επιλογή του πλέον εμπιστεύσιμου προσώπου σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, που είναι ο μαιευτήρας. Ωστόσο η λύση αυτή είναι πολύ πιθανό να κοστίζει, οπότε και πάλι υπάρχει περιορισμένος αριθμός ατόμων που καταφεύγουν στην δεύτερη αυτή επιλογή. Το τελικό αποτέλεσμα είναι μικρότερος αριθμός ενημερωμένων ατόμων, αδιέξοδα, κακή πρόληψη, και ανεπαρκής προαγωγή υπηρεσιών υγείας.

Ασφαλώς η κακή και ελλιπής διαχείριση του οικογενειακού προγραμματισμού δεν ευθύνεται αποκλειστικά και για την υπογεννητικότητα στη χώρα μας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι μέσο πρόληψης και αντιμετώπισης άλλων γενεσιουργών αιτιών της υπογεννητικότητας, όπως των εκτρώσεων, του λανθασμένου τρόπου χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, του πλημελλούς προγεννητικού ελέγχου. Η UNICEF, σε παγκόσμια έρευνα που εκπόνησε, διαπιστώνει πως αν η απόσταση μεταξύ διαδοχικών γεννήσεων ήταν 27 με 32 μήνες, θα σημειώνονταν 60.500 λιγότεροι θάνατοι κάθε χρόνο από περιγεννητικές αιτίες, σε 19 χώρες της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής.

### Πίνακας 1.3

Πίνακας UNICEF διεθνών συγκριτικών στοιχείων και προβλέψεων.

ΧΩΡΑ	Μέσος αριθμός γεννήσεων ανά γυναίκα	Ποσοστό εφήβων (15-19) που γεννούν το χρόνο	Βρεφική θνησιμότητα/ 1000 γεννήσεις	Σύνολο πληθυσμού 1998 (εκατομμύρια)	Σύνολο πληθυσμού 2050 (εκατομμύρια)
Η.Π.Α.	2,0	5	7	270,0	393,9
ΜΕΞΙΚΟ	3,1	7	28	95,8	154,1
ΝΙΚΑΡΑΓΟΥΑ	4,6	16	46	4,5	9,9
ΚΟΛΟΜΒΙΑ	3,0	9	28	37,7	62,3
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	2,5	9	43	165,2	243,3
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1,7	3	6	58,2	58,7
ΡΩΣΙΑ	1,2	5	17	147,2	114,3
ΕΛΛΑΔΑ	1,3	1,3	8,1	10,5	9
ΙΤΑΛΙΑ	1,2	1	6	75,2	42,1
ΤΟΥΡΚΙΑ	2,6	5	42	63,8	97,9
ΙΡΑΝ	3,0	6	35	73,1	170,3
ΣΑΟΥΔ. ΑΡΑΒΙΑ	6,4	12	29	20,2	59,8
ΙΝΔΙΑ	3,4	7	72	975,8	1.532,7
ΚΙΝΑ	1,8	1	31	1.255,1	1.516,7
ΙΑΠΩΝΙΑ	1,4	<1	4	125,9	109,5
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	3,6	6	63	65,7	115,5
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1,8	2	5	18,4	25,3

Πηγή : NATIONAL GEOGRAPHIC - ένθετο της εφημερίδας ΤΟ ΒΗΜΑ (9 Αυγ. 2004)

Συμφωνά με τον πίνακα 1.3, παρατηρείται η πτώση του μέσου αριθμού γεννήσεων ανά γυναίκα στην Ελλάδα, κάτι που είναι συνάρτηση πολλών κοινωνικών αλλαγών. Το ποσοστό των εφήβων που γεννούν το χρόνο είναι πολύ μικρό, σε παγκόσμια σύγκριση, ενώ η βρεφική θνησιμότητα είναι από τις μικρότερες, σε σχέση με άλλες συγκρίσιμες χώρες. Σύμφωνα με έρευνες, παρατηρήσεις και ενδείξεις της UNICEF, ο πληθυσμός της Ελλάδας αναμένεται να μειωθεί σε 9 εκατομμύρια, μέχρι το 2050. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι ζωτικής σημασίας και η επεξεργασία τους δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τον σχεδιασμό μακροπρόθεσμης δράσης αλλά και για τον ορισμό των πεδίων δράσης του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Παρά το γεγονός ότι δεν είναι δυνατόν να σκιαγραφήσουμε ένα ενιαίο και μονοσήμαντο προφίλ των νεαρών μητέρων, το σύνολο των ερευνών που έχουν πραγματοποιήσει κοινωνιολόγοι αποδεικνύουν ότι ο βαθμός της κοινωνικής ενσωμάτωσης τους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. Συνεπώς, το γεγονός ότι οι ανήλικες μητέρες προέρχονται συχνά από τα λαϊκά στρώματα δεν πρέπει να εκπλήσσει καθόλου. Οι μονογονεϊκές οικογένειες, η μετανάστευση, η διαμονή στην ύπαιθρο ή σε υποβαθμισμένες συνοικίες των μεγάλων πόλεων, η διακοπή των σπουδών και η ανεργία αποτελούν κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές που αυξάνουν την πιθανότητα της εγκυμοσύνης στις νεαρές κοπέλες αυτών των στρωμάτων.

#### **1.5.4 Τεχνητή διακοπή της κύησης**

Επίσημα στοιχεία για τον αριθμό των τεχνητών διακοπών κύησης στη χώρα μας δεν υπάρχουν. Και αυτό γιατί οι επίσημοι αριθμοί δεν είναι πραγματικοί, κατά κοινή ομολογία όλων των φορέων, ανεπισήμων και μη. Πολλές εκτρώσεις περιγράφονται επίσημα με την ιατρική ορολογία «απόξεση παλίνδρομου κύησης». Τα περισσότερα στοιχεία που υπάρχουν σε διάθεση βασίζονται σε εκτιμήσεις από ορισμένα στοιχεία και δεδομένα, η προέλευση των οποίων ωστόσο δεν είναι ακριβής και συγκεκριμένη, οπότε δεν μπορεί να υπάρξει και επιστημονική αξιολόγηση. Πολλές από τις εκτιμήσεις παρουσιάζονται κάθε χρόνο σε συνέδρια αλλά και πάλι είναι εκτιμήσεις.

Σύμφωνα με ειδικούς επιστήμονες, στις εκτρώσεις οφείλεται το 40% της μείωσης της γονιμότητας της γυναίκας. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μία έκτρωση. Στο σύνολο τους υπερβαίνουν τις 250.000 το χρόνο. Από αυτές, 40.000 διενεργούνται σε

ανήλικα κορίτσια, κάτω των 16 ετών. Το ένα τρίτο από αυτές γίνεται σε γυναίκες παντρεμένες, που θα ήθελαν να τις αποφύγουν, αν είχαν τα οικονομικά μέσα για μεγαλύτερη οικογένεια. Στο χρονικό διάστημα 1980-1999 η Ελλάδα παρουσιάζει μία μείωση της γονιμότητας της κατά 41%.<sup>9</sup> Ωστόσο, άλλες ενδείξεις κάνουν λόγο για σημαντική μείωση στη χώρα μας των αμβλώσεων, ώστε αυτές να μην υπερβαίνουν κατά προσέγγιση τις 100.000 – 80.000 ετησίως, ιδιαίτερα στις έφηβες που υφίστανται το 10% τέτοιων επεμβάσεων.<sup>10</sup>

Κατά πολλούς, η αυξημένη συχνότητα των εκτρώσεων οφείλεται στην έλλειψη έως και ανυπαρξία του θεσμού του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη χώρα μας. Αν συσχετιστούν τα ποσοστά των αριθμών των εκτρώσεων σε άλλες χώρες με το επίπεδο παροχής οικογενειακού προγραμματισμού, υπάρχει άμεση αλληλεξάρτηση, καταδεικνύοντας την σπουδαιότητα της έννοιας και του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού στην πρόληψη των εκτρώσεων.

Οι επιπτώσεις των εκτρώσεων στην υπογεννητικότητα είναι, αφενός μεν άμεσες από τη μη γέννηση των εμβρύων, αφετέρου δε δευτεροπαθείς, λόγω της υπογονιμότητας που προσβάλλει ένα ποσοστό γυναικών που υποβάλλονται σε εκτρώσεις. Οι εκτρώσεις αποτελούν απαράδεκτη επιστημονική μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Παρατηρείται αύξηση της συχνότητας τους σε άγαμες γυναίκες και μείωση ανάλογη με το μορφωτικό επίπεδο. Όσο μορφωμένες είναι οι γυναίκες, τόσο λιγότερες εκτρώσεις κάνουν. Σύμφωνα με άλλους συντηρητικούς υπολογισμούς, οι εκτρώσεις στη χώρα μας δεν υπερβαίνουν τις 60.000 ετησίως. Αντιστοιχούν 95 διακοπές σε κάθε 1.000 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Η Ελληνίδα γυναίκα είναι εκτεθειμένη και υποβάλλεται σε άμβλωση συχνότερα από την αντίστοιχη Ολλανδέζα, από τη Γερμανίδα και τη Βρετανίδα, ακόμη και από τη κάτοικο της Αφρικανικής Τυνησίας.<sup>11</sup> Δεν γίνονται αντιληπτές οι σοβαρότερες επιπτώσεις των εκτρώσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών και κατ' επέκταση και στο δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται διάσταση απόψεων και διαφορετικές εκτιμήσεις σχετικά με τον αριθμό των εκτρώσεων που γίνονται ετησίως στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, ο ομότιμος καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας και πρώην πρότανης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κ. Δημήτριος Λώλης, δήλωσε ότι στην χώρα μας

<sup>9</sup> Πηγή : Στοιχεία ανακοινωθέντα στο 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας Γονιμότητας και Στείριότητας, στη Θεσσαλονίκη, το 2004, από τον καθηγ. Μαιευτικής Γυναικολογίας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Ιωάννη Μπόντη,.

<sup>10</sup> Πηγή: Δελτίο Τύπου από τη Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης, συνέντευξη Τύπου – ομιλητές : καθ. Κ. Γ. Κρεατσάς, αναπληρ. Καθ. Κ. Ο. Γρηγορίου, λέκτορας κ. Ν. Σαλάκος.

<sup>11</sup> Από το περιοδικό "Μερικά παιδιά σε χρειάζονται", τευχ. 5, Απρ.- Ιουν. 2005

πραγματοποιούνται περισσότερες από 150.000 αμβλώσεις τον χρόνο.<sup>12</sup> Λίγες μέρες μετά, παρουσιάστηκαν στοιχεία για το θέμα των αμβλώσεων, και συγκεκριμένα στοιχεία πως στην Ελλάδα γίνονται κάθε χρόνο 200.000 αμβλώσεις, ενώ ένα στα τέσσερα κορίτσια από 14 έως 17 ετών έχει κάνει άμβλωση.<sup>13</sup> Βέβαια, οι δύο αυτές εκτιμήσεις μπορούν κάλλιστα να θεωρηθούν ως συμπληρωματικές, καθώς ο αριθμός 200.000 ταιριάζει με το «περισσότερες από 150.000».

Παράλληλα με τις αντικρουόμενες αυτές ανακοινώσεις, ασφαλιστικοί σύμβουλοι δηλώνουν ότι ο ακριβής αριθμός των εκτρώσεων δεν μπορεί να καταγραφεί, καθώς οι γυναίκες που είναι ασφαλισμένες σε ιδιωτικές εταιρίες συνηθίζουν να παρουσιάζουν την άμβλωση ως «θεραπευτική απόξεση επί παλινδρόμου κύησης» γιατί αλλιώς τα έξοδά της επέμβασης δεν καλύπτονται από την ασφαλιστική εταιρεία, ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι τα ιδιωτικά μαιευτήρια δεν δίνουν τον ακριβή αριθμό αμβλώσεων που πραγματοποιούν.

Σίγουρα, αν υπάρχει πραγματική μείωση, αυτό δείχνει εκ πρώτης όψεως ένα θετικό στοιχείο, αν όμως ληφθούν υπ' όψιν υπολογισμοί σύμφωνα με τους οποίους 30% από τις 180.000 συσκευασίες «χαπιού της επόμενης μέρας» που διατίθενται ετησίως, προορίζονται για πραγματικές εγκυμοσύνες, κατά συνέπεια 54.000 αμβλώσεις ετησίως δεν γίνονται χειρουργικά, αλλά χημικά, τότε δεν έχουμε ακριβώς μείωση των εκτρώσεων αλλά αλλαγή του τρόπου διεξαγωγής τους.

## 1.6 Ανακεφαλαίωση

Οι μαιευτικές υπηρεσίες όχι μόνο έχουν εξελιχθεί και πολλαπλασιαστεί αλλά έχουν δημιουργήσει και συμπληρωματικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες προς αυτές, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αυτών, που δεν είναι άλλος από την υγεία μητέρας και νεογνού. Η βασική εικόνα που κυριαρχεί στη χώρα μας είναι αυτή της κάλυψης της πλειοψηφίας των κύριων μαιευτικών υπηρεσιών από τους μαιευτήρες. Οι περισσότερες Έλληνίδες πλέον αναζητούν την ποιότητα στις μαιευτικές υπηρεσίες και για το λόγο αυτό ο ιδιωτικός τομέας υπερτερεί σε ζήτηση του δημοσίου. Από την άλλη, το κόστος των υπηρεσιών αυτών στον ιδιωτικό τομέα φαίνεται ανεξέλεγκτο, εν αντιθέσει με αυτό του δημόσιου τομέα.

<sup>12</sup> Πηγή : εφημερίδα «Χώρα», 12/4/2005.

<sup>13</sup> Σε ομιλία στην διημερίδα του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, του γυναικολόγου-μαιευτήρα του Νοσοκομείου Βόλου κ. Χρήστο Βενέτη, στα πλαίσια της εβδομάδας «Υγεία και Νεολαία» (εφημερίδα «Θεσσαλία Βόλου, 16/4/2005).

Οι περισσότερες Έλληνίδες εμπιστεύονται την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης τους στους μαιευτήρες. Οι ίδιοι είναι αυτοί που εκτελούν και τον φυσιολογικό τοκετό ή την καισαρική τομή σε οργανωμένες αίθουσες τοκετών μαιευτηρίων ή κλινικών. Το μόνο κομμάτι της περιγεννητικής περιόδου που δεν καλύπτεται επαρκώς είναι η περίοδος της λοχείας. Όσον αφορά την αμοιβή για το σύνολο των υπηρεσιών, αυτή εξαρτάται από την επίτοκο, την κατάσταση εγκύου και εμβρύου, την επιλογή ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα και φυσικά από τις οικονομικές απαιτήσεις του ίδιου του ιατρού και του χώρου που φιλοξενεί την επίτοκο και λεχώνα. Η ποσότητα των μαιευτικών υπηρεσιών φαίνεται ικανή για τους πολίτες, δίνοντας τους την δυνατότητα επιλογής. Ωστόσο, η ποιότητα φαίνεται να είναι απαίτηση πλέον, κάτι που ικανοποιείται με μεγαλύτερη επιτυχία σε μαιευτήρια και κλινικές του ιδιωτικού τομέα.

Ταχείες και ραγδαίες αλλαγές στην κοινωνική και οικονομική ζωή των Ελληνίδων αλλά και παγκοσμίως ώθησαν τομείς της Ιατρικής, όπως η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, οι τράπεζες βλαστοκυττάρων, οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, η φαρμακευτική αναλγησία, η καλύτερη παρακολούθηση των κυήσεων υψηλού κινδύνου, να αναπτυχθούν και να στηρίζουν δυναμικά τις μαιευτικές υπηρεσίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις εξ αυτών, οι πολίτες δεν έχουν άμεση γνώση και ενημέρωση, επιτρέποντας έτσι σε κερδοσκόπους ανεξέλεγκτα να κινούνται σε ευαίσθητους χώρους της υγείας. Η πολυπλοκοποίηση των διαδικασιών και ο πολλαπλασιασμός τους περιέπλεξε ακόμη περισσότερο την οικονομική παρακολούθηση όλων αυτών των υπηρεσιών. Το έργο της οικονομικής επιστήμης και ο ρυθμιστικός ρόλος της, προς όφελος της κοινωνίας, των ατόμων, του δημόσιου συμφέροντος, φαντάζει πιο αναγκαίος από ποτέ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

---

#### 2.1 Εισαγωγή

Οι κύριες μαιευτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλες σχεδόν τις εγκύους με ποικίλους τρόπους, όπως αναλύθηκε στο πρώτο κεφάλαιο. Οι τρόποι διαφοροποιούνται ανάλογα και με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που αναζητούν οι γυναίκες και αναλόγως των οικονομικών τους δυνατοτήτων. Οι συμπληρωματικές υπηρεσίες υγείας είναι και αυτές τόσο συχνά εφαρμόσιμες, ώστε τείνουν να προστεθούν στις κύριες και να γίνουν αναπόσπαστο κομμάτι τους, με ποικίλα ποιοτικά χαρακτηριστικά και συνεπώς διαφορετικές οικονομικές απαιτήσεις. Υπάρχουν ωστόσο και περιπτώσεις υπηρεσιών οι οποίες εμπλέκονται με τις μαιευτικές αλλά δεν απευθύνονται όλες στο συνολικό πληθυσμό. Η προσφορά των υπηρεσιών αυτών απευθύνεται σε διαφορετικό εύρος του κοινού, ανάλογα με τις υγειονομικές απαιτήσεις του.

Η μαιευτική επιστήμη δεν ασχολείται μόνο με τη φυσιολογία της κύησης. Οι δυνατότητες της έχουν αναπτυχθεί με τη βοήθεια της τεχνολογικής και επιστημονικής εξέλιξης και την προσπάθεια πρόληψης επικίνδυνων καταστάσεων για τη γυναίκα και το νεογνό. Η αντιμετώπιση της παθολογίας της κύησης αλλά και παρεμφερείς νέες υπηρεσίες υποχρέωσαν την κοινωνία να στρέψει την προσοχή της προς όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, την επιστημονική έρευνα, την ανακάλυψη νέων μεθόδων και τεχνολογιών προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρά προβλήματα και επιπλοκές του παρελθόντος. Παράλληλα με την παθολογία, η μαιευτική ανακαλύπτει καθημερινά νέους επιστημονικούς δρόμους που μπορούν να δώσουν λύσεις σε μελλοντικές επικίνδυνες και βλαπτικές καταστάσεις, όπως συμβαίνει με την τράπεζα των βλαστοκυττάρων.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά σε τέσσερις ειδικές περιπτώσεις που απασχολούν συχνά την ελληνική οικογένεια στην προσπάθεια τεκνοποίησης αλλά και μετά από τη γέννηση του νεογνού. Οι κησίες υψηλού κινδύνου επιβαρύνουν επιπλέον

τις οικογένειες ψυχολογικά και οικονομικά είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα. Η ύπαρξη Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών σε μία κλινική απασχολεί ιδιαίτερα ιατρούς και γονείς για την πρόληψη προβλημάτων του νεογνού και αποτελεί βασικό κριτήριο για την επιλογή του τόπου γέννησης. Η νέα επιστημονική εφαρμογή της τράπεζας βλαστοκυττάρων, που προβάλλεται πολύ και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης προβληματίζει τους νέους γονείς, βάζοντας τους στο δίλημμα να αντισταθμίσουν τα πραγματικά οφέλη της με την οικονομική επιβάρυνση. Τέλος, ο μητρικός θηλασμός δεν φαίνεται να απασχολεί ιδιαίτερα τους γονείς αλλά τα οφέλη της, κοινωνικά, σωματικά και οικονομικά καθρεπτίζονται έμμεσα στο ίδιο το κοινωνικό σύνολο, αν και η ελληνική κοινωνία δεν φαίνεται διατεθειμένη να τα διεκδικήσει. Σκοπός του κεφαλαίου είναι η ενσωμάτωση των διαφόρων υπηρεσιών στις κύριες μαιευτικές και η σφαιρική απεικόνιση του οικονομικού κόστους τους συνολικά.

## 2.2 Παθολογία κύησης

Οι περισσότερες αναφορές έως τώρα, στην περίπτωση των κύριων μαιευτικών υπηρεσιών, αφορούσαν μία υγιή και καλή εγκυμοσύνη. Πολύ συχνό φαινόμενο πλέον είναι η εμφάνιση ανωμαλιών και παθολογικών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, Κάθε περίπτωση χρήζει παρακολούθησης και συχνά άμεσης αντιμετώπισης. Όταν η εγκυμοσύνη συνυπάρχει με παθήσεις που είτε προϋπάρχουν της εγκυμοσύνης είτε εμφανίζονται στη διάρκεια της, είναι σημαντική η γνώση του τρόπου επίδρασης της κατάστασης επί της κύησης και αν ο τρόπος θεραπείας επιβαρύνει την εγκυμοσύνη.

Οι πλέον συχνές ανωμαλίες της εγκυμοσύνης είναι η υπερτασική νόσος της κύησης και η προεκλαμψία, ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης, οι αιμορραγίες κατά τη κύηση, διάφορες ανωμαλίες του αίματος και αναιμίες. Σε πολλές περιπτώσεις, ακόμη και όταν δεν προϋπάρχουν ενδείξεις και ιστορικό, μία έγκυος μπορεί να παρουσιάσει κάποια παθολογική κατάσταση που μπορεί να επιβαρύνει την ίδια και την κατάσταση του κνήματος.

Η **υπερτασική νόσος**, αν δεν διαγνωστεί και θεραπευτεί έγκαιρα, μπορεί να επιμείνει, να προχωρήσει σε προεκλαμψία (σε πιθανότητα 80%, εφόσον προϋπάρχει υπέρταση κύησης) και κατόπιν σε εκλαμψία, μία εξαιρετικά σοβαρή και επικίνδυνη κατάσταση για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου, που χαρακτηρίζεται από



σπασμούς και αποτελεί την δεύτερη αιτία μητρικών θανάτων. Η αιτιολογία της προεκλαμψίας είναι άγνωστη. Η πλημμελής παρακολούθηση της κύησης συσχετίζεται με την υπερτασική νόσο. Χαρακτηριστική έρευνα έδειξε πως ο αριθμός και η εκατοστιαία αναλογία επιτόκων που παρουσίασαν υπερτασική νόσο κατά την πενταετία 1996 – 2000 από σύνολο 3.883 γυναικών, ήταν 110 γυναίκες, δηλαδή ποσοστό 2,8 %.<sup>14</sup> Αυτό υποδηλώνει ότι οι Ελληνίδες έχουν βελτιώσει σαφέστατα τις συνθήκες διαβίωσης τους, εφόσον γίνεται αποδεκτό ότι η κοινωνικό – οικονομική κατάσταση συμβάλλει στην εμφάνιση ή μη της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης. Επιπλέον είναι δεδομένο ότι οι Ελληνίδες έχουν καλύτερη ιατρική παρακολούθηση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Η εμφάνιση της υπερτασικής νόσου στις εγκύους συνεπάγεται πιο συχνή ιατρική επίσκεψη, πιθανότατα προσθήκη φαρμακευτικής αγωγής και επί επιμονής, διενέργεια πρόωρης καισαρικής τομής και εφόσον χρειαστεί, νοσηλεία του νεογνού σε οργανωμένο τμήμα νεογνών ή Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Πριν την ανακάλυψη της ινσουλίνης το 1922, γυναίκες με νεανικό **διαβήτη** δεν συνελάμβαναν εύκολα, ο αριθμός των αυτόματων εκτρώσεων ήταν πολύ μεγάλος, η μητρική θνησιμότητα έφτανε περίπου το 33% και η περιγεννητική θνησιμότητα το 46 - 60%.<sup>15</sup> Με τα σημερινά δεδομένα, η γονιμότητα των γυναικών που έχουν ρυθμισμένο διαβήτη είναι φυσιολογική και το ποσοστό των αυτόματων αποβολών δεν φαίνεται να είναι σημαντικά υψηλότερο από ό,τι στις φυσιολογικές έγκυες. Η μητρική θνησιμότητα έχει σχεδόν μηδενιστεί, αλλά το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας, αν και πολύ μικρότερο από πριν, παραμένει ακόμη μεγαλύτερο από ό,τι στις φυσιολογικές έγκυες. Αφότου άρχισε η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση των διαβητικών εγκύων, με τη χρήση της ινσουλίνης, η περιγεννητική θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά και σήμερα βρίσκεται γύρω στο 31,5 %, ενώ στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου < 8 %.

Η εγκυμοσύνη της διαβητικής γυναίκας ανήκει αναμφισβήτητα στην κατηγορία των κύησεων υψηλού κινδύνου και έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος είναι συνυφασμένος με την κακή ρύθμιση του σακχάρου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και με την ελλιπή περιγεννητική φροντίδα της εγκύου. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους είχαν σχολαστικά ρυθμιζόμενο διαβήτη κατά τη κύηση, γεννιούνται φυσιολογικά ως προς τη διάπλαση και με τις ίδιες πιθανότητες περίπου να αναπτύξουν διαβήτη αργότερα, όσο και τα παιδιά των φυσιολογικών μητέρων. Από τα στοιχεία αυτά διαφαίνεται η σπουδαιότητα της καλής περιγεννητικής παρακολούθησης παράλληλα με

<sup>14</sup> Πηγή : Επιστημονικό περιοδικό «Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία», 15(1):37-43,2003.

<sup>15</sup> Πηγή : Επιστημονικό περιοδικό «Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας», τόμος ΙΖ, τ – 2, 2003, σελ :147.

τον κατάλληλο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Στον σακχαρώδη διαβήτη κύησης, ορισμένες εξετάσεις αίματος πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 4 - 5 εβδομάδες, κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Κατά το δεύτερο τρίμηνο, η ανά 10ήμερο επίσκεψη στον μαιευτήρα είναι απαραίτητη, ενώ κατά το τρίτο τρίμηνο, μετά την 35<sup>η</sup> με 36<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης υπάρχει πιθανότητα μέχρι και παραμονής στο νοσοκομείο για καλύτερη παρακολούθηση. Η παραμονή αυτή εξαρτάται και από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της εγκύου, την ποιότητα ελέγχου του διαβήτη, τη δυνατότητα παρακολούθησης στο σπίτι. Υποστηρίζεται ότι με τη χρήση συχνού αυτοελέγχου σακχάρου στο αίμα (ακόμη και 4 - 8 εξετάσεις αίματος κάθε μέρα) είναι δυνατό να ελαττωθεί κατά πολύ ο χρόνος παραμονής της εγκύου στο νοσοκομείο. Αυτονόητη πρέπει να θεωρείται η συχνή εξέταση της γυναίκας από διαβητολόγο, η συνεργασία του με τον μαιευτήρα και τέλος η συχνή επικοινωνία, ακόμη και τηλεφωνική, με την έγκυο. Η επίσκεψη της εγκύου σε διαβητολόγο την επιβαρύνει οικονομικά, εκτός αν η ίδια προτιμήσει τα ιατρεία ενός δημόσιου νοσοκομείου, οπότε τα τυχόντα έξοδα του ιατρού και των εξετάσεων της καλύπτονται από τον ασφαλιστικό της φορέα.

Οι **αιμορραγίες κατά την κύηση** είναι εξαιρετικά ανησυχητικές για κάθε έγκυο, με άμεσο κίνδυνο την απώλεια του εμβρύου. Συχνά αίτια είναι ο προδρομικός πλακούντας και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Σε πολλές περιπτώσεις κύησης, ιδίως πολύτιμων (όπως σε κύηση κατόπιν μακροχρόνιας προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης), ακολουθείται αυστηρή θεραπευτική αγωγή που περιλαμβάνει από αυστηρά κλινήρη τη γυναίκα έως και παραμονή για μεγάλο χρονικό διάστημα σε νοσοκομείο, για καθημερινό έλεγχο και άμεση επέμβαση σε έκτακτη ανάγκη. Στο «Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρας» υπάρχει ειδικό τμήμα υψηλού κινδύνου («Πτέρυγα Βενιζέλου»), όπου γυναίκες με αιμορραγία παρακολουθούνται κλινικά και εργαστηριακά σε καθημερινή βάση και οποιαδήποτε επιπλοκή μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα με διενέργεια επείγουσας καισαρικής τομής.

Οι **διαταραχές του αίματος** είναι πιο σπάνιες. Παρατηρείται συχνά πτώση των τιμών του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης λόγω της επιβαρυσμένης λειτουργίας του οργανισμού της γυναίκας από το κύημα. Μάλιστα για την αντιμετώπιση των αναιμιών υπάρχουν φαρμακευτικά σκευάσματα που καλύπτουν τις ανάγκες των εγκύων αλλά από την άλλη επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τον οικονομικό προϋπολογισμό της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση που διαφανεί κάποια διαταραχή, ιδίως στις αρχικές εξετάσεις και επισκέψεις της εγκυμοσύνης, απαιτείται πιο συχνός έλεγχος και συχνά πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος. Η συνεργασία αιματολόγων ή ειδικών

παθολόγων με τους μαιευτήρες είναι βασική προϋπόθεση προκειμένου οποιαδήποτε διαταραχή του αίματος να μην προκαλέσει πρόβλημα είτε στη μητέρα είτε στο έμβρυο.

**Καρδιοπάθειες** που προϋπάρχουν της εγκυμοσύνης χρήζουν μεγάλης προσοχής και παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της κύησης. Η παράλληλη καρδιολογική εξέταση και παρακολούθηση από καρδιολόγο πρέπει να θεωρείται δεδομένη. Ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις όπως ο υπέρηχος καρδιάς, ο βιοχημικός έλεγχος του αίματος γίνονται με μεγάλη συχνότητα, επιβαρύνοντας έτσι την οικογένεια με περισσότερα έξοδα, χρόνο και κόπο. Πολύ συχνά δεν διενεργείται οποιαδήποτε επέμβαση μαιευτική αν δεν έχει διασφαλιστεί από καρδιολόγο η καλή πρόγνωση για την υγεία της γυναίκας.

Εφόσον προϋπάρχει κάποια σοβαρή πάθηση και πριν την εγκυμοσύνη και κρίνεται πως η κύηση θα επιβαρύνει την κατάσταση είτε της εγκύου είτε του εμβρύου, είναι επιτακτική η επιπλέον ιατρική παρακολούθηση της εγκύου και η εμπλοκή και των αρμόδιων ειδικών ιατρών. Το κόστος νοσηλείας της γυναίκας προγεννητικά και μετεγχειρητικά στις αντίστοιχες πτέρυγες νοσηλείας κυμαίνεται ανάλογα με τον τομέα, ιδιωτικό ή δημόσιο. Η παραμονή της γυναίκας σε τμήμα υψηλού κινδύνου είναι κάτι που συναντάται μόνο στο δημόσιο τομέα, καθώς τα περισσότερα ιδιωτικά μαιευτήρια δεν καλύπτονται από αντίστοιχα τμήματα. Μετά την τελική πράξη του τοκετού (στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για καισαρική τομή), ίσως χρειαστεί η παραμονή των γυναικών σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.) ή στην χειρότερη περίπτωση σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Οι δύο αυτές μορφές Μονάδας συναντώνται και στα ιδιωτικά και στα δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, οι οικονομικές διαφορές απέχουν τόσο πολύ μεταξύ τους, ώστε η επιθυμία μεταφοράς μίας γυναίκας από ιδιωτικό σε δημόσιο νοσοκομείο είναι συχνό φαινόμενο. Η παραμονή σε τμήμα Μ.Α.Φ. ή Μ.Ε.Θ. ενός δημόσιου νοσοκομείου καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, εν αντιθέσει με τα τμήματα του ιδιωτικού. Οι χρεώσεις είναι τόσο υψηλές και η επιστροφή χρημάτων από τους φορείς τόσο μικρές, ώστε προβληματίζουν πολύ σχεδόν κάθε ζευγάρι.

### **2.3 Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών**

Για ένα νοσοκομείο ή μαιευτήριο, η ύπαρξη Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν.) παράλληλα με την συνύπαρξη νεογνολόγων και εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας. Η σπουδαιότητα της παροχής ανάνηψης και πρώτων βοηθειών σε νεογνό (και ιδίως σε πρόωρο) με προβλήματα είναι

τόσο μεγάλη, σε σημείο που καθορίζει και την επιλογή του τόπου διεξαγωγής της τελικής πράξης του τοκετού από το ζευγάρι ή και από τον ίδιο τον μαιευτήρα. Ενδεικτική του ρόλου των Μ.Ε.Ν.Ν. και της εξέλιξης της νεογνολογίας παγκοσμίως είναι η γέννηση και επιβίωση του πιο πρόωρου μωρού που γεννήθηκε ποτέ στον πλανήτη και κατάφερε να επιβιώσει, τον Οκτώβριο του 2006, σε νοσοκομείο του Μαϊάμι.<sup>16</sup> Πρόκειται για την Αμίλια Τέιλορ, που γεννήθηκε στην 21η εβδομάδα και έκτη ημέρα της κύησης, με ύψος κατά τη γέννηση περί τα 24 εκατοστά, βάρος 284 γραμμάρια. Με μηδενικές πιθανότητες επιβίωσης, η Αμίλια επέζησε και, μετά την παραμονή της επί τέσσερις μήνες στην πρώτη της οικία, τη θερμοκοιτίδα, επέστρεψε στο πραγματικό σπίτι της.

Η ιδιωτική μαιευτική κλινική «Λητώ» λειτουργεί από το 1970. Μέχρι και το 2004 κάλυπτε βασικές ανάγκες με ένα μικρό τμήμα νεογνών. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και σε ανάγκη μεταφοράς νεογνού σε οργανωμένη Μ.Ε.Ν.Ν., γινόταν διακομιδή του νεογνού με ειδική δημόσια κινητή μονάδα (ασθενοφόρο) σε δημόσιο νοσοκομείο, κάτι επικίνδυνο για την υγεία του ίδιου του νεογνού, αφού κάθε λεπτό είναι ζωτικό σε τέτοιες περιπτώσεις, αλλά και δαπανηρό για τις άλλες δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη, μαιευτήρες που παρακολουθούσαν επίτοκες είτε υψηλού κινδύνου είτε έμβρυα υψηλού κινδύνου, κρίνοντας προληπτικά την αναγκαιότητα ύπαρξης Μονάδας για το νεογνό, κατέφευγαν σε άλλες επιλογές ιδιωτικού μαιευτηρίου, με ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών αυτών. Οικονομική μελέτη του «Λητώ» κατέδειξε την αναγκαιότητα δημιουργίας μίας τέτοιας μονάδας. Πράγματι, το 2004 δημιουργήθηκε μία βασική Μ.Ε.Ν.Ν. 8 κλινών και Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας 8 κλινών και ολόκληρο το προσωπικό εκπαιδεύτηκε, με αποτέλεσμα την μείωση επειγόντων διακομιδών και την εξασφάλιση καλύτερης νοσηλείας πρόωρων νεογνών. Η επένδυση αυτή είχε ως αποτέλεσμα την παραμονή πολλών μαιευτήρων και επίτοκων στο μαιευτήριο και την εκτέλεση περισσότερων τοκετών, με το αίσθημα ασφαλείας να είναι σε μεγάλο βαθμό ικανοποιητικό.

Σπάνιο είδος αποτελούν οι μονάδες νεογνών στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Την ώρα που η ζήτηση τέτοιων υπηρεσιών μεγαλώνει – λόγω της αύξησης των πρόωρων γεννήσεων – ολόκληρες περιοχές όπως η Πελοπόννησος, τα νησιά του Αιγαίου και του Ιονίου ή η Δυτική Μακεδονία μένουν χωρίς δημόσιες Μ.Ε.Ν.Ν. Στον αντίποδα, ειδικοί πιστεύουν πως η χώρα μας δεν υστερεί σε Μ.Ε.Ν.Ν. σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη. Όπως αναφέρεται, στο Βέλγιο, όπου καταγράφονται 116.000

---

<sup>16</sup> Πηγή : Ενθετό εφημερίδας «Το ΒΗΜΑ Science», 04/03/2007 , Σελ.: Η08, ([www.tovima.gr](http://www.tovima.gr))

γεννήσεις ετησίως, υπάρχουν 18 Μ.Ε.Ν.Ν., ενώ στη Σουηδία με 95.000 γεννήσεις υπάρχουν επτά μονάδες. Στην Ελλάδα με περίπου 105.000 γεννήσεις ετησίως υπάρχουν 19 Μ.Ε.Ν.Ν. Αλλά και ο εξοπλισμός των μονάδων είναι ικανοποιητικός στη χώρα μας, σύμφωνα με επιστήμονες. Οι μονάδες αυτές ανήκουν στην πλειονότητά τους στα δημόσια νοσοκομεία - περίπου οι μισές βρίσκονται στην Αττική - εκτός από τρεις περιπτώσεις (τρεις μονάδες στα ιδιωτικά μαιευτήρια «Μητέρα» και «Ιασώ» με δυναμικότητα 30 κλινών εκάστη και μία πολύ μικρότερη στο μαιευτήριο «Λητώ»). Είναι φανερό ότι, με μόλις 159 κλίνες νεογνών πανελλαδικά, τα περιθώρια κέρδους για τον ιδιωτικό τομέα είναι μεγάλα, καθώς η φροντίδα νεογνών είναι μια από τις πιο ακριβές παιδιατρικές υπηρεσίες. Ήδη, χιλιάδες βρέφη νοσηλεύονται κάθε χρόνο στις ιδιωτικές μονάδες που «νοικιάζει» το ΕΣΥ με ειδικές τιμές.

Όπως αποκαλύπτει η πρώτη μελέτη για το κόστος των Μ.Ε.Ν.Ν. στην Ελλάδα, οι δαπάνες μπορεί να φτάσουν και στο 35% των νοσοκομειακών προϋπολογισμών και στο 3% του ΑΕΠ.<sup>17</sup> Το μέσο κόστος για κάθε βρέφος ξεπερνά τις 5.400 ευρώ στις δημόσιες μονάδες – με μέσο χρόνο νοσηλείας τις 27,5 μέρες – ενώ η αποζημίωση των ασφαλιστικών ταμείων είναι 3.952 ευρώ. Στις δημόσιες μονάδες η διαφορά μεταξύ πραγματικού κόστους και κάλυψης από τα Ταμεία βαρύνει τα νοσοκομεία, ενώ στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα – όπου το συνολικό κόστος αυξάνεται κατακόρυφα για κάθε μέρα νοσηλείας – βαρύνει, στο σύνολό της, τους γονείς. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών στις Μ.Ε.Ν.Ν. (60%) προορίζεται για τις αμοιβές του προσωπικού, ενώ αρκετά ακριβός είναι ο εξοπλισμός παρεντερικής διατροφής των βρεφών – κοστίζει κατά μέσο όρο 943 ευρώ ανά βρέφος. Το κόστος των φαρμάκων που χρειάζεται ένα μωρό στη διάρκεια της νοσηλείας του στη μονάδα ανέρχεται 650 ευρώ περίπου. Οι ερευνήτριες κατέγραψαν και ανέλυσαν τις εισαγωγές βρεφών στα νοσοκομεία «Αλεξάνδρα» και «Ελενα Βενιζέλου» τα οποία έχουν συνολικά 32 κλίνες Μ.Ε.Ν.Ν. – σε αυτές νοσηλεύεται το 40% των βρεφών από όλη την Αττική.

Μέχρι το 2004, η κατάσταση ήταν ακόμη χειρότερη. Τα κρεβάτια των Μ.Ε.Ν.Ν. στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα εξακολουθούσαν να μένουν πολύ λίγα, με αποτέλεσμα οι γονείς να είναι υποχρεωμένοι να αναζητήσουν λύση σε ιδιωτικές κλινικές. Το υψηλό κόστος, όμως, στο οποίο καλούνταν να ανταπεξέλθουν τα ζευγάρια που κατέληγαν σε ιδιωτικά κέντρα, τα είχε οδηγήσει ακόμη και στην πώληση περιουσιακών

---

<sup>17</sup> Πηγή : [www.e-tipos.com](http://www.e-tipos.com), 04-10-2007. Δημοσίευση μελέτης που πραγματοποιήθηκε από τις κυρίες Μ. Χατζίκου, Ζ. Χατζησταματίου, Α. Αναστασιάδου και Θ. Θεοδωράτου υπό την επίβλεψη της κυρίας Μαίρης Γείτονα, επίκουρης καθηγήτριας Οικονομικών της Υγείας στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

στοιχείων, αφού τα ασφαλιστικά ταμεία κάλυπταν ελάχιστο ποσό. Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις τα ταμεία δεν κατέβαλλαν τη συμμετοχή τους, με το πρόσχημα πως δεν έχουν συνάψει συμφωνίες με τα ιδιωτικά μαιευτήρια.

Το ημερήσιο κόστος νοσηλείας σε Μ.Ε.Ν.Ν. ιδιωτικής κλινικής - όπως εκτιμούσε το υπουργείο Υγείας - έφτανε τα 1.000 ευρώ, εκ των οποίων τα 180 ευρώ έπρεπε να καλύπτει το ασφαλιστικό ταμείο. Ωστόσο, τα ταμεία ουδέποτε κατέβαλλαν τα ποσά, με συνέπεια τα ζευγάρια να καταφεύγουν στα δικαστήρια, για να εισπράξουν τα οφειλόμενα έπειτα από ένα ή δύο χρόνια. Τις δαπάνες αυτές τις πλήρωνε η πολιτεία μεταχρονολογημένα και μάλιστα έντοκα, αφού τα ασφαλιστικά ταμεία ήταν υποχρεωμένα να τις καταβάλουν. Άλλωστε, οι γονείς κατέφευγαν στα δικαστήρια και μετά από χρονοβόρες διαδικασίες δικαιώνονταν και εισέπρατταν 2 και 3 εκατ. δρχ. Το υπουργείο Υγείας ύστερα από συνομιλίες κατέληξε σε συμφωνία με μεγάλα μαιευτήρια όπως το «Ιασώ», το «Μητέρα» και το Διαβαλκανικό ώστε να νοσηλεύουν δωρεάν τα νεογνά και στη συνέχεια να καλύπτονται από τα ταμεία. Με βάση τη συμφωνία, οι ημερήσιες τιμές νοσηλείας είναι 380 ευρώ σε Μ.Ε.Ν.Ν. και 150 ευρώ για μονάδα αυξημένης φροντίδας. Μόνο τα δύο μαιευτήρια «Ιασώ» και «Μητέρα» διαθέτουν 90 - 100 κρεβάτια εντατικής, στα οποία πλέον νοσηλεύονται δωρεάν τα βρέφη. Στα κρεβάτια αυτά έχουν νοσηλευθεί πάνω από 8.000 βρέφη μέχρι σήμερα.

Μέχρι και το 2004 γίνονταν αεροδιακομιδές νεογνών ακόμη και από τη Θεσσαλονίκη για την Αθήνα επειδή τα κρεβάτια είναι ελάχιστα στη συμπρωτεύουσα. Η αεροδιακομιδή αυτή με Σινούκ κόστιζε στο ελληνικό κράτος περίπου 15.000 ευρώ. Συνολικά σήμερα στην Αττική υπάρχουν σε δημόσια νοσοκομεία 95 κρεβάτια εντατικής νεογνών, 70 ενδιάμεσης νοσηλείας (αυξημένης φροντίδας) και 49 απλής, τα οποία παρουσιάζουν πληρότητα 100%. Ενδεικτικά στο νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» υπάρχουν 11 κρεβάτια εντατικής, τα οποία δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες. Στο «Αγία Σοφία» υπάρχουν 40 κρεβάτια εντατικής και 30 κρεβάτια ενδιάμεσης νοσηλείας, τα οποία επίσης καλύπτονται πλήρως. Το νοσοκομείο Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού» διαθέτει μόνο 11 κρεβάτια εντατικής και 19 κρεβάτια απλής νοσηλείας.

Στελέχη του χώρου αναφέρουν ότι ήδη τα ιδιωτικά μαιευτήρια μετρούν αρκετά κέρδη από την παροχή αυτών των υπηρεσιών στο ΕΣΥ. Ως πριν από περίπου μία διετία το μεγάλο πρόβλημα σε ό,τι αφορούσε τη νοσηλεία των πρόωγων στη χώρα μας ήταν το δυσβάσταχτο κόστος για τους γονείς που χρειαζόταν να νοσηλεύσουν το παιδί τους στις Μ.Ε.Ν.Ν. ιδιωτικών νοσοκομείων. Αυτός ο σκόπελος οδηγούσε και στις τεράστιες λίστες αναμονής για μεταφορά στις αντίστοιχες μονάδες των δημοσίων νοσοκομείων. Ωστόσο,

όπως αναφέρουν οι ειδικοί, πριν από περίπου μία διετία πέρασε νόμος που ανακούφισε πολλές οικογένειες, δεδομένου ότι το κόστος μέσης νοσηλείας σε Μ.Ε.Ν.Ν. του ιδιωτικού τομέα μπορεί να αγγίζει και τις 15.000 ευρώ (είναι χαρακτηριστικό ότι το κράτος κοστολογεί μόνο τη θερμοκοιτίδα σε 300 ευρώ την ημέρα). Εκτός από τους γονείς ανακουφίστηκαν όμως και οι Μ.Ε.Ν.Ν. των δημοσίων νοσοκομείων από αφόρητο φόρτο. Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο, υπάρχει πλέον ορισμένη κάλυψη της νοσηλείας των πρόωρων βρεφών στις μονάδες ιδιωτικών μαιευτηρίων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Όπως αναφέρεται, τα μεγάλα Ταμεία, όπως το Ι.Κ.Α., καλύπτουν πλήρως το ποσό, ενώ σε κάποια άλλα υπάρχει μικρή συμμετοχή του ασφαλισμένου. Σε κάθε περίπτωση η συγκεκριμένη κίνηση έσβησε λίστες με αναμονή ακόμη και μηνών.

## 2.4 Τράπεζες Βλαστοκυττάρων

Οι τράπεζες βλαστοκυττάρων είναι μία διεθνής εξέλιξη των τελευταίων χρόνων. Από τις επιστημονικές έρευνες μέχρι και την υλοποίηση της εφαρμογής αποθήκευσης αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων για μελλοντικές χρήσεις μεσολάβησαν πολλά χρόνια. Αξίζει να αναφερθεί πως ο σωστός όρος είναι «στελεχιαία κύτταρα» ή «αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα» και πως δεν πρόκειται για βλαστοκύτταρα, όπως έχουν επικρατήσει να αναφέρονται σήμερα. Χιλιάδες γονείς κάθε χρόνο καταφεύγουν σε τράπεζες βλαστοκυττάρων προκειμένου να εξασφαλίσουν την υγεία των παιδιών τους, αν κάποιο σοβαρό νόσημα εμφανιστεί στο μέλλον. Όπως αναφέρθηκε, έχουν γίνει 500 μεταμοσχεύσεις βλαστοκυττάρων παγκοσμίως για την αντιμετώπιση ασθενειών από 75 κατηγορίες ασθενών. Το 90% των μεταμοσχεύσεων αφορούσαν αιματολογικές παθήσεις (όπως π.χ. οι λευχαιμίες) και είχαν επιτυχία 70%.<sup>18</sup>

Στη χώρα μας λειτουργεί μία δημόσια τράπεζα, η Ελληνική Τράπεζα Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος (Ελ.Τρ.Οπ.Α.) που λειτουργεί από τα τέλη του 2004 στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών. Μέχρι τον Μάρτιο του 2007 μετρούσε 1.600 «καταθέσεις» και μία «ανάληψη», Είναι η μόνη δημόσια τράπεζα βλαστοκυττάρων που διαθέτει η χώρα μας, στην οποία διατηρούνται κατεψυγμένες μονάδες ομφαλοπλακουντιακού αίματος, έτοιμες να χρησιμοποιηθούν από οποιονδήποτε Έλληνα ή ξένο ασθενή που πάσχει από γενετική ή νεοπλασματική νόσο και χρειάζεται

<sup>18</sup> Πηγή: Εφημερίδα «Καθημερινή» (14-03-07) (<http://news.kathimerini.gr>),

μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Η δημόσια αυτή τράπεζα θεωρείται από πολλούς κορεσμένη, ενώ πρόσφατα ανακοινώθηκε και λειτουργία δεύτερης δημόσιας τράπεζας στην Πάτρα. Παγκοσμίως υπάρχουν μόνο 37 δημόσιες τράπεζες βλαστοκυττάρων. Είναι χαρακτηριστικό ότι η χώρα μας διαθέτει ήδη το 20% των ιδιωτικών τραπεζών που λειτουργούν παγκοσμίως. Ήδη στην Ελλάδα λειτουργούν 17 ιδιωτικές τράπεζες βλαστοκυττάρων αλλά και πολλά «παραρτήματα» ξένων οργανισμών ενώ έχουν υποβληθεί και άλλες πενήντα αιτήσεις για τη λειτουργία παρόμοιων τραπεζών. Ορισμένες λειτουργούν ως θυγατρικές μεγάλων πολυεθνικών, όπως αναφέρθηκε στη διάρκεια συνέντευξης Τύπου που οργάνωσε στην Αθήνα η «CRYO SAVE Balcanica».

Μία ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στη δημόσια και στις ιδιωτικές είναι πως στη περίπτωση του δημοσίου η συλλογή του βιολογικού υλικού δεν γίνεται για «αυτόλογη» μεταμόσχευση, δηλαδή για αποκλειστική χρήση από το δότη. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα «δώρο των μητέρων» που δέχονται να ληφθεί αίμα από τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα του νεογέννητου μωρού τους στην ανθρωπότητα. *«Το μόσχευμα βρίσκεται στη διάθεση οποιουδήποτε το έχει ανάγκη. Μόνο όταν ζητηθεί αποκλειστική χρήση για άτομο της οικογένειας από την ίδια την οικογένεια μπορεί να αποκλειστεί η χρήση για άλλους».*<sup>19</sup> Σε κάθε περίπτωση, η διαδικασία συλλογής των βλαστοκυττάρων από την Ελληνική Τράπεζα Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος δεν σηματοδοτεί οικονομική επιβάρυνση για το δότη.

Από τις 1.600 μονάδες βλαστοκυττάρων, πάντως, που έχει συλλέξει έως σήμερα η Τράπεζα (η κάθε μονάδα αντιστοιχεί και σε έναν δότη), μόλις οι 680 έχουν αποθηκευτεί στις «θυρίδες» της. Κι αυτό γιατί, μόνον αυτές πληρούσαν τις απαραίτητες προδιαγραφές όπως αυτές που έχουν καθοριστεί από τους διεθνείς οργανισμούς πιστοποίησης. Στις Εθνικές Τράπεζες είναι πολύ αυστηρή η διαδικασία επιλογής των μονάδων αίματος που τελικά θα καταψυχθούν. Είναι χαρακτηριστικό ότι απορρίπτεται περίπου το 55% των μονάδων που συλλέγονται σε καθημερινή βάση.

Έντονη δυσπιστία εμφανίζεται από τους φορείς της δημόσιας τράπεζας απέναντι στις ιδιωτικές τράπεζες βλαστοκυττάρων, οι οποίες φυλάσσουν τα κύτταρα για μελλοντική χρήση από τον ίδιο τον δότη, έναντι υψηλού τιμήματος, της τάξης των 1.800 - 2.000 ευρώ, με δυνατότητα μάλιστα «ευκολιών», όπως διαφημίζεται και στις ιστοσελίδες τους. Μεγάλο μειονέκτημα αποτελεί η απουσία πιστοποίησης. Οι ιδιωτικές

---

<sup>19</sup> Δήλωση της διευθύντριας της Τράπεζας και διευθύντρια του Ανοσολογικού και Εθνικού Κέντρου Ιστοσυμβατότητας στο Γενικό Κρατικό Αθηνών, κ. Αικατερίνη Σταυροπούλου – Γκιόκα στην εφημερίδα «Καθημερινή», στις 14/03/2007.



τράπεζες δεν ασχολούνται με την ιστοσυμβατότητα των κυττάρων που φυλάσσουν. Με τον τρόπο αυτό δεν συμμετέχουν στην παγκόσμια δεξαμενή μοσχευμάτων και μειώνουν τις πιθανότητες εύρεσης του κατάλληλου μοσχεύματος για όλους. Δεν βοηθούν, δηλαδή, κανένα παιδί - ούτε καν αυτό για το οποίο πλήρωσαν οι γονείς. Όπως διαβεβαιώνει ο ειδικός συνεργάτης της τράπεζας βλαστοκυττάρων του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, κ. Ανδρέας Παπασάββας, «*καμία ιδιωτική τράπεζα δεν συμμετέχει στο διεθνές δίκτυο αναζήτησης netcord*». Τελικά, στην πράξη, αυτό που κάνουν οι ιδιωτικές τράπεζες είναι να βλάπτουν τη δημόσια υγεία, καθώς αποσύρουν τα κύτταρα που συλλέγουν από την παγκόσμια δεξαμενή μοσχευμάτων, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται το έργο της ανεύρεσης. Από ηθικής, τέλος, απόψεως, η λογική των ιδιωτικών τραπεζών βλαστοκυττάρων εισάγει τους νόμους της αγοράς στο χώρο μοναδικών βιολογικών προϊόντων, καταργώντας την αρχή της αλληλεγγύης, όπως ισχύει, άλλωστε, στην αιμοδοσία ή τις μεταμοσχεύσεις οργάνων. Κανείς δεν δίνει αίμα με στόχο να φυλαχθεί για τον εαυτό του. Καλύπτει ανάγκες άλλων, οι οποίοι θα καλύψουν τις δικές του αν χρειαστεί. Παράλληλα, από τα Μ.Μ.Ε. γίνεται μια συστηματική προβολή τού θέματος, στην οποία εμπλέκονται πολλοί φορείς, ασκώντας μία διαρκώς αυξανόμενη ψυχολογική πίεση προς τους γονείς, κάνοντας λόγο ακόμη και για μελλοντική γένεση ζωτικών οργάνων, παραγόμενα από βλαστοκύτταρα.

Δημοσιογραφικές έρευνες έφεραν το υπουργείο Υγείας εμπλεκόμενο σε μια διαδικασία με τελικό σκοπό την κάλυψη των εξόδων διατήρησης βλαστοκυττάρων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η δαπάνη θα ξεπεράσει τα 100 εκατ. ευρώ το χρόνο. Κάτι τέτοιο, αν συμβεί, θα είναι παγκόσμια πρωτοτυπία, καθώς οι περισσότερες χώρες κινούνται προς την αντίθετη κατεύθυνση. Στη Γαλλία είναι απαγορευμένη η λειτουργία ιδιωτικών τραπεζών, ενώ αυστηρή σχετική ρύθμιση εισάγεται στην ισπανική νομοθεσία. Ακολουθούν και άλλες χώρες, ενώ, αντίθετα, ανεξέλεγκτη είναι η κατάσταση στην Ελλάδα, την Κύπρο αλλά και την Αγγλία, συχνά μέσω πολλών τραπεζών - επιχειρήσεων πίσω από τις οποίες ανακαλύπτει κανείς τους ίδιους ιδιοκτήτες.

Στην πράξη, η Ελλάδα χρειάζεται περίπου 5.000 συλλογές (και όχι 100.000 το χρόνο) στις ήδη λειτουργούσες δημόσιες τράπεζες, ώστε να καλύψει τις ανάγκες όλου του πληθυσμού. Στατιστικά, δηλαδή, με τον αριθμό αυτό καλύπτεται κάθε ιστολογικός τύπος. Αν το υπουργείο Υγείας χρηματοδοτήσει 3 - 4 δημόσιες τράπεζες με το ένα δέκατο των χρημάτων που σχεδιάζει να δωρίσει στις ιδιωτικές, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, η Ελλάδα θα είναι διεθνώς πρωτοπόρος και κάθε παιδί θα βρίσκει το μόσχευμα που του χρειάζεται, στη δύσκολη ώρα. Αντ' αυτού, διαφαίνονται να υπάρχουν

οργανωμένα συμφέροντα που προσπαθούν να περιορίσουν τη δημόσια τράπεζα και να ανοίξουν ακόμη περισσότερο το δρόμο στις ιδιωτικές. Ορισμένες βασικές προτάσεις των υπευθύνων της δημόσιας τράπεζας προς το υπουργείο Υγείας είναι να δημιουργήσει και άλλες δημόσιες τράπεζες, να απαγορεύσει τη λειτουργία των ιδιωτικών και να υποχρεώσει τα ιδιωτικά μαιευτήρια να συνεργάζονται με αυτές, σύμφωνα με τις διεθνείς προδιαγραφές, εφόσον και οι γονείς το επιθυμούν, αμειβόμενα μόνο για τη διαδικασία λήψης του αίματος με ένα συμβολικό ποσό το οποίο, βεβαίως, θα πρέπει να καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Όσον αφορά το νομικό καθεστώς που διέπει τη λειτουργία των τραπεζών βλαστοκυττάρων, πρωτοστατεί εδώ και δύο περίπου χρόνια, σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη, η Μεγάλη Βρετανία, η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που ίδρυσε την Ειδική Αρχή Ανθρώπινων Ιστών (Human Tissue Authority), τον Απρίλιο του 2006.<sup>20</sup> Έκτοτε, όλες οι εταιρίες ανθρώπινων ιστών που λειτουργούν στη Γηραιά Αλβιόνα είναι υποχρεωμένες και να παίρνουν πιστοποίηση από την ειδική αρχή και να λειτουργούν στο πλαίσιο ειδικού κώδικα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το βρετανικό Υπουργείο Υγείας είναι ένας από τους λίγους κυβερνητικούς οργανισμούς που προσδιορίζει με κώδικα το καθεστώς που διέπει την επεξεργασία και την κρυσυντήρηση των βλαστοκυττάρων. Αυτό σημαίνει ότι όλα, από τις προδιαγραφές που οφείλει να έχει το ειδικό «κιτ» συλλογής και μεταφοράς του αίματος ομφαλίου λώρου, από τη μεθοδολογία συλλογής μέχρι και την τελευταία λεπτομέρεια της επεξεργασίας και από τις εργαστηριακές εγκαταστάσεις έως την κατάρτιση του προσωπικού που κάνει τις εργασίες, έχουν περάσει από αυστηρή επιθεώρηση και είναι πλήρως εγκεκριμένα. *«Η δωρεά, η προμήθεια, ο έλεγχος, η επεξεργασία, η συντήρηση, η αποθήκευση και η διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων που προορίζονται για εφαρμογή στον άνθρωπο θα πρέπει να τηρούν υψηλά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας ώστε να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας στην Κοινότητα»*, αναφέρει η Οδηγία 2004/23/EC.

Στη χώρα μας, αντίθετα, όπως και στα υπόλοιπα κράτη - μέλη, πλην της Μ. Βρετανίας, η Αρχή που θα διασφαλίζει την εφαρμογή των οδηγιών, ελέγχοντας και πιστοποιώντας όλες τις διαδικασίες και εγκαταστάσεις των τραπεζών φύλαξης βλαστικών κυττάρων, είναι ένα δέντρο που δεν έχει καν φυτρώσει ακόμη. Το αποτέλεσμα είναι οι λειτουργούσες τράπεζες να αρκούνται σε μια απλή άδεια αιματολογικού εργαστηρίου ή σε πιστοποίηση ISO. Στην άλλη άκρη του Ατλαντικού, όπου το 1993 ιδρύθηκε και η

---

<sup>20</sup> Σε συμμόρφωση με τις Οδηγίες 2004/23/EC, 2006/86/EC και 2006/17/EC της Ε.Ε..

πρώτη τράπεζα βλαστοκυττάρων στον κόσμο, το καθεστώς είναι επίσης συγκεχυμένο. Οι τράπεζες βλαστικών κυττάρων στις Η.Π.Α. δεν διέπονται από ξεχωριστό καθεστώς και περιορίζονται σε μια έγκριση από την Αμερικανική Ένωση Τραπεζών Αίματος (A.A.B.B.) και την αμερικανική Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων (F.D.A.).

Αξίζει αναφοράς ως παράδειγμα η περίπτωση της εταιρίας «CRYO SAVE Balcanica». Εδρεύει στην Ολλανδία και δραστηριοποιείται σε 32 χώρες της Ευρώπης, της Ασίας και της Αφρικής διατηρώντας 60.000 δείγματα βλαστοκυττάρων. Υποστηρίζει ότι κατέχει πάνω απ' το 50% της ελληνικής αγοράς στη συλλογή και φύλαξη βλαστοκυττάρων. Σύμφωνα με στοιχεία της ICAP για το 2005, η «CRYO SAVE Balcanica» παρουσίασε τη μεγαλύτερη αύξηση του κύκλου εργασιών κατά 426,87% και των κερδών κατά 3.223,51%.

Ιδιαίτερη περίπτωση είναι και η δημιουργία τράπεζας βλαστοκυττάρων, σε σύμπραξη με τον ιδιωτικό τομέα από το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Η δημιουργία της τράπεζας, με την επωνυμία «TAK - EIE», χρηματοδοτήθηκε από ιδιωτική εταιρεία, ενώ το Ίδρυμα Ερευνών μετέχει στη νέα εταιρεία με ποσοστό 40%. Το κόστος φύλαξης του αίματος από τον ομφάλιο λώρο θα ανέρχεται στα 1.750 ευρώ για 20 χρόνια, ενώ θα υπάρχει δυνατότητα δωρεάς βλαστοκυττάρων από δότες. Σύμφωνα με τους καθηγητές, το 10% των ακαθάριστων εσόδων της τράπεζας θα διατίθεται στην έρευνα. Η σύμπραξη των δύο φορέων παρέχει τη δυνατότητα της οικογενειακής και της δημόσιας φύλαξης. Στην περίπτωση της μεικτής φύλαξης, τα βλαστοκύτταρα θα μπορούν να διατίθενται - με άδεια των γονέων - εάν αυτά μπορούν να σώσουν τη ζωή ενός άλλου παιδιού.

Συγκεντρωτικά, στην Ελλάδα, η φύλαξη στις δημόσιες τράπεζες είναι δωρεάν, ενώ στις ιδιωτικές το κόστος είναι 1.300 - 2.480 ευρώ ως εφάπαξ εισφορά για 20 χρόνια και 80 ευρώ για κάθε έτος.

## **2.5 Μητρικός Θηλασμός**

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την καλύτερη διατροφή για τα νεογνά και τα βρέφη. Παρέχει τα ιδανικά συστατικά για την ανάπτυξη του βρέφους, προστατεύει από οξέα και χρόνια νοσήματα, ακόμη και από λευχαιμία και λεμφώματα, ποτέ δεν προκαλεί αλλεργία, ενισχύει την άμυνα του οργανισμού και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, ενισχύει το δεσμό μητέρας – παιδιού, τις νοητικές και συναισθηματικές ικανότητες. Προφυλάσσει από την παχυσαρκία, την υπέρταση και το σακχαρώδη διαβήτη

(μεταβολικό σύνδρομο), μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των βρεφών σε όλες τις χώρες του κόσμου. Η αξία του μητρικού γάλακτος ξεπερνά ανυπολόγιστα την αξία του καλύτερου τροποποιημένου γάλακτος και παρόλα αυτά στην Ελλάδα, αλλά και διεθνώς, η συχνότητα έναρξης και η διάρκεια του μητρικού θηλασμού δεν είναι αυτή που επιβάλλεται.

Πρωταρχική αιτία της ελάττωσης του μητρικού θηλασμού σε όλο τον κόσμο είναι η βιομηχανική παραγωγή των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Η διάδοση της χρήσης τροποποιημένων γαλάτων είχε ως αποτέλεσμα την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, όχι μόνο στις αναπτυσσόμενες χώρες αλλά και στις αναπτυγμένες χώρες. Υπάρχουν περιπτώσεις που τα τροποποιημένα γάλατα είναι χρήσιμα ή και απαραίτητα για την ανάπτυξη ορισμένων βρεφών. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O.) και η U.N.I.C.E.F. έχουν αναλάβει το έργο της προστασίας, προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού, για να μην απειλείται η υγεία των νεογνών στις αναπτυσσόμενες αλλά και στις αναπτυγμένες χώρες. Οι δύο οργανισμοί προφυλάσσουν με ειδικό κώδικα τα νεογνά και βρέφη από την κακή διατροφή, ώστε να μην δίνεται ξένο γάλα στα παιδιά που δεν το χρειάζονται και να δίνεται αρίστης ποιότητας γάλα στα λίγα νεογνά που το χρειάζονται. Θεωρείται πως ο μητρικός θηλασμός δεν προβάλλεται και διαφημίζεται ιδανικά, εκτός από ορισμένες μεμονωμένες εξαιρέσεις, όπως στο παράδειγμα ηθοποιού από τη Νέα Ζηλανδία Λούσι Λόουελς, όπως φαίνεται στο Γράφημα 2.1.



Πηγή : [http://tovima.dolnet.gr/print\\_article.php](http://tovima.dolnet.gr/print_article.php) (To ΒΗΜΑ, 07/11/2004 , Σελ.: Η02)

**Γράφημα 2.1**

**Η ηθοποιός από τη Νέα Ζηλανδία Λούσι Λόουελς συμμετείχε σε εκστρατεία υπέρ του μητρικού θηλασμού.**

Τα χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού στη χώρα μας δεν οφείλονται στην άγνοια των πλεονεκτημάτων του. Η πρόθεση θηλασμού των Ελληνίδων υποψήφιων μητέρων, σύμφωνα με μελέτη, είναι 90%.<sup>21</sup> Μετά τον τοκετό, το 80% των μητέρων ξεκινάει να θηλάζει, όμως το ποσοστό αυτό πέφτει ραγδαία τον δεύτερο μήνα, για να φτάσει στο απαράδεκτο ποσοστό του 4% αποκλειστικού θηλασμού στο πρώτο εξάμηνο της ζωής. Το ποσοστό αυτό είναι σύμπτωμα μιας κοινωνικής παθολογίας που πρέπει να προβληματίσει όλους και να βάλει σε αυξημένη εγρήγορση κάθε νέο γονιό.

Ορισμένοι χειρισμοί οδηγούν τις γυναίκες σε υπογαλακτία ή και, το συχνότερο, σε φαρμακευτική διακοπή του θηλασμού. Φαίνεται από τις ιατρικές εργασίες ότι στην όλη υπόθεση μεγάλο ρόλο παίζει η πολιτική μητρικού θηλασμού που ασκείται από τα μαιευτήρια. Μικρότερα ποσοστά ευθύνης αποδίδονται σε λανθασμένες συμβουλές μαιευτήρα, μαίας και παιδίατρο, στην έλλειψη ειδικών συμβούλων θηλασμού, στο κάπνισμα της μητέρας, στην εργασία της και βέβαια στο γεγονός ότι δεν υπάρχει κουλτούρα θηλασμού στην ελληνική κοινωνία. Τι τακτική εφαρμόζεται στα ελληνικά μαιευτήρια που έχει σαν αποτέλεσμα το ελληνόπουλο να θηλάζει λιγότερο από τα άλλα παιδιά της Ευρώπης; Ο μεγάλος ένοχος είναι το γεγονός ότι εισάγεται στη διατροφή του νεογέννητου γάλα σε σκόνη («ξένο» γάλα) αμέσως μετά τη γέννηση, και συχνά χωρίς καν να ερωτηθούν οι γονείς. Η τόσο νωρίς εισαγωγή του «μπιμπερό» φαίνεται ότι είναι καθοριστική για το αν και πόσο διάστημα το μωρό θα θηλάσει. Και βέβαια το γεγονός ότι, κατά την έξοδο από το μαιευτήριο, δίνεται συνταγή γάλακτος σε σκόνη, «να υπάρχει στο σπίτι, σε περίπτωση που χρειασθεί», ακόμη και αν έχει καταφέρει το νεογέννητο να θηλάσει αποκλειστικά, τις τέσσερις ημέρες που παρέμεινε στο μαιευτήριο. Αυτός είναι ένας ακόμη σημαντικός παράγων που κλονίζει την πεποίθηση της μητέρας ότι θα καταφέρει να θηλάσει το μωρό της. Το «περίεργο» στην υπόθεση είναι ότι τα περισσότερα μαιευτήρια προωθούν κάποια μάρκα γάλακτος. Οι ενέργειες αυτές συνιστούν αδικήματα παραβίασης του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.

Στη χώρα μας δεν υπάρχει, παρά μόνον θεωρητικά, πολιτική προστασίας του μητρικού θηλασμού, παρά τις παραινέσεις των διεθνών φορέων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και U.N.I.C.E.F.) και παρά την υιοθέτηση εκ μέρους του ελληνικού κράτους του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Η Ελλάδα είναι από τις λίγες χώρες που δεν έχει επίσημο φορέα προώθησης μητρικού θηλασμού και δεν

<sup>21</sup> Πηγή : «Πρακτικά 9<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών – Μαιευτών», 24 – 26 Οκτωβρίου 2003, Ιωάννινα»Εκδόσεις Ακίδα, σελ: 90 - 91

υπάρχει κανένα «φιλικό για το βρέφος νοσοκομείο» («Baby - Friendly Hospital»), όρο που θέσπισαν το 1992 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η U.N.I.C.E.F., δηλαδή νοσοκομείο και μαιευτήριο να είναι χώροι φιλικοί για τον θηλασμό, όπου προστατεύεται το δικαίωμα του βρέφους να θηλάζει από τη μητέρα του. Δυστυχώς για τη χώρα μας κανένα νοσηλευτικό ίδρυμα δεν έχει πάρει τη διάκριση αυτή, όταν ακόμη και η γειτονική μας Τουρκία έχει 50 τέτοια ιδρύματα.

Έρευνα και μελέτη σχετικά με τη διερεύνηση της γνώμης 87 Ελληνίδων μαιών, από 15 νοσοκομεία-μαιευτήρια της Ελλάδας (δημόσια και ιδιωτικά) το 2001, σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την προαγωγή του μητρικού θηλασμού είχε τα εξής αποτελέσματα : Η πλειοψηφία (73,6%) των μαιών υποστήριζε ότι οι λεχωΐδες δεν ήταν ενημερωμένες για το μητρικό θηλασμό. Αυτό συνέβαινε, κυρίως, λόγω της ελλιπούς παρακολούθησης των γυναικών κατά την κύηση από τον ειδικό (π.χ. ιατρό, μαία) (21%) και λόγω της αδιαφορίας των γυναικών (18,5%). Κατάλληλοι για την παροχή της ενημέρωσης θεωρήθηκαν, κυρίως, οι μαίες (28,4%), οι μαιευτήρες (20,4%) και οι παιδίατροι (18,1%). Η απογοήτευση και η εύκολη κόπωση των λεχωΐδων (10,3%), το κάπνισμα (9,9%) και η ελλιπής ενημέρωση (9,7%), ήταν τα κυριότερα προβλήματα που συναντούσαν οι μαίες κατά την προαγωγή του θηλασμού.<sup>22</sup>

Μια δεύτερη μελέτη από τη Γκάνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Παιδιατρική» το 2006, δείχνει πως ένα 16% των βρεφικών θανάτων μπορεί να αποφευχθεί, αν τα βρέφη αυτά θηλάζουν από την πρώτη μέρα της ζωής τους.<sup>23</sup> Το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 22%, αν ο θηλασμός αρχίσει μέσα στην πρώτη ώρα της ζωής του βρέφους. Η U.N.I.C.E.F. εκτιμά πως είναι δυνατό να αποφευχθεί ο θάνατος 1,3 εκατομμυρίων παιδιών κάτω των 5 ετών κάθε χρόνο, αν τα παιδιά τρέφονται μέχρι την ηλικία των 6 μηνών αποκλειστικά με μητρικό γάλα.

Ο μητρικός θηλασμός ωστόσο έχει και πολλά οικονομικά οφέλη. Με το μητρικό θηλασμό εξοικονομούνται τα χρήματα που θα ξοδεύονταν σε γάλα του εμπορίου αλλά και σε φάρμακα για τις πιθανές ασθένειες που θα προκαλούνταν στο βρέφος ακριβώς εξαιτίας αυτού του λόγου. Ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες το κόστος του τεχνητού γάλακτος είναι πολύ συχνά δυσβάστακτο για το πενιχρό εισόδημα της

---

<sup>22</sup> Ε. Αντωνίου, Μ. Δάγλα, Β. Βιβιλάκη, Χ. Τζαχρήστα, Α. Λυκερίδου-Αβραμιώτη, «Διερεύνηση της γνώμης των μαιών για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας», (πηγή : Επιστημονικό περιοδικό «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ», 45(2), 254-263, 2006 - Ερευνητική εργασία)

<sup>23</sup> Πηγή : Unicef - Δελτίο τύπου 31/10/2007

πλειονότητας των οικογενειών. Από το μητρικό θηλασμό φαίνεται να κερδίζει οικονομικά και το κράτος. Διεθνή παραδείγματα αποτελούν τα εξής στοιχεία:<sup>24</sup>

- Το Νοσοκομείο «JOSE FABELLA» των Φιλιππίνων εξοικονόμησε περισσότερα από 100.000 δολάρια - δηλαδή το 8% του ετήσιου προϋπολογισμού του - προωθώντας και εφαρμόζοντας αποκλειστικά το μητρικό θηλασμό.
- Στη Βραζιλία οι υπεύθυνοι νοσοκομείου εκτιμούν ότι πάνω από 20.000 δολάρια εξοικονομήθηκαν σε λιγότερο από δύο χρόνια με την αποκλειστική εφαρμογή του μητρικού θηλασμού.
- Τέλος, στην Ολλανδία σχετική έρευνα του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ απέδειξε ότι μια αύξηση του ποσοστού του θηλασμού κατά το 5% είναι δυνατόν να εξοικονομήσει το ποσό των 850.000 δολαρίων ετησίως.

Οι περισσότερες γυναίκες που γεννούν παίρνουν την πρωτοβουλία να προσπαθήσουν να θηλάσουν μόνες τους. Εάν έχει προηγηθεί μία στοιχειώδης εκπαίδευση στο νοσοκομείο ή μαιευτήριο από τις μαίες, τα αποτελέσματα μπορούν να είναι θετικά. Πολλές γυναίκες στο σπίτι βασίζονται και στην εμπειρία άλλων συγγενών προσώπων που μπορούν να καθοδηγήσουν τη νέα μητέρα στην αρχική της προσπάθεια να θηλάσει το νεογέννητο. Υπάρχει και η περίπτωση των γυναικών που γέννησαν με τη ψυχοπροφυλάκτρια μαία δίπλα τους, η οποία υποχρεούται μετά να επισκέπτεται τη μητέρα στο σπίτι της και να την βοηθήσει στη μέθοδο του θηλασμού. Σε οποιαδήποτε περίπτωση ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη καλύτερη διατροφή για τα νεογέννητα και βρέφη, κάτι με το οποίο δεν συμβαδίζουν οι οικονομικοί στόχοι μεγάλων πολυεθνικών γαλακτοβιομηχανιών και η πολιτική των περισσότερων νοσοκομείων, μαιευτηρίων και κλινικών της χώρας μας.

## 2.6 Ανακεφαλαίωση

Η εξέλιξη της μαιευτικής επιστήμης έχει προσφέρει πλούσια αποτελέσματα στις κοινωνίες, στο μεμονωμένο άτομο και στην ανθρωπότητα συνολικά. Κάθε επιστημονική ανακάλυψη και πρόοδος φέρνει την ίδια την οικογένεια πιο κοντά στο πρωταρχικό πάντα στόχο που είναι η διατήρηση ή η βελτίωση της υγείας. Ωστόσο, τα μέσα για την επίτευξη του σκοπού αυτού εξακολουθούν να είναι οι οικονομικοί πόροι. Σε πολλές περιπτώσεις, η

<sup>24</sup> Πηγή : [http://www.legalink.gr/pavlea/mitrik\\_thilas.html](http://www.legalink.gr/pavlea/mitrik_thilas.html)

Οικονομική επιστήμη έχει δύσκολο έργο να πράξει σε νέους τομείς της υγείας. Η αναπροσαρμογή και αποτελεσματικότητα του ρυθμιστικού και ελεγκτικού της ρόλους επί των νέων δεδομένων αποτελεί βασικό αίτημα των ατόμων που απολαμβάνουν την φροντίδα υγείας.

Η παθολογία της κήσης και οι υψηλού κινδύνου κησείς αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερη επιτυχία σε σχέση ακόμη και με το πρόσφατο παρελθόν. Οι γυναίκες έχουν το περιθώριο να επιλέξουν ανάλογα με ποιοτικά και οικονομικά κριτήρια, όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες κύριες και συμπληρωματικές υπηρεσίες υγείας. Η δημιουργία και η οργάνωση των Μ.Ε.Ν.Ν. αποτελούν απαίτηση της εποχής, καθώς τα δεδομένα άλλαξαν. Οι τράπεζες βλαστοκυττάρων είναι τόσο πρόσφατο και ασαφές επίτευγμα που η μεροληπτική διαφήμιση σε συνδυασμό με την άγνοια και την ανυπομονησία του κοινού δημιουργούν κερδοσκοπικά σχέδια από ομίλους και εταιρίες. Ο κακός και βιαστικός σχεδιασμός των ιδιωτικών τραπεζών αρχίζει να διαφαίνεται. Τέλος, ο μητρικός θηλασμός δεν αποτελεί τεχνολογική εξέλιξη αλλά μία ειδική περίπτωση που πρέπει να προάγεται και από τις μαιευτικές υπηρεσίες. Η προαγωγή, η διαφήμιση και η προώθηση του πρέπει να προέρχεται και από τον χώρο της μαιευτικής επιστήμης, πέραν της κοινωνίας. Τα οφέλη του αγγίζουν ακόμη και την οικονομία.

Από τις παραπάνω τέσσερις περιπτώσεις του κεφαλαίου εξάγονται ορισμένα συμπεράσματα για τη χώρα μας. Η άσκηση κακής πολιτικής για όλα τα άνωθι θέματα μπορεί να μην έχει επιπτώσεις άμεσες στην υγεία των γυναικών, ωστόσο η οικονομική επιβάρυνση σε κάθε περίπτωση είναι μεγαλύτερη για την ελληνική οικογένεια. Μπορεί η αποτελεσματικότητα να υπάρχει πλέον στις περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο η απαίτηση για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και στο δημόσιο τομέα με οικονομικότερες λύσεις φαίνεται να είναι ακάλυπτη επιταγή.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

---

#### 3.1 Εισαγωγή

Η φροντίδα υγείας μοιάζει με τα υπόλοιπα οικονομικά αγαθά. Η κατανάλωση της εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας των ατόμων, το εισόδημα και τις προτιμήσεις τους, καθώς και από τις σχετικές τιμές τους. Ωστόσο, διαφέρει από τα υπόλοιπα αγαθά και υπηρεσίες, κυρίως επειδή χαρακτηρίζεται από ορισμένα φαινόμενα οικονομικής φύσεως που μόνο στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζονται. Τα φαινόμενα αυτά, παρουσιάζονται σε διαφορετικό βαθμό και ένταση σε κάθε κλάδο υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις επηρεάζουν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας και σε άλλες, όπως συχνά συμβαίνει με τις μαιευτικές υπηρεσίες, περισσότερο.

Στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αγαθού «φροντίδα υγείας» οφείλονται πολλές από τις αποτυχίες των συστημάτων υγείας να επιτύχουν απόλυτη οικονομική αποδοτικότητα και κοινωνική δικαιοσύνη. Η δημόσια παρέμβαση στη παροχή και στη διανομή υπηρεσιών υγείας κρίνεται αναγκαία όχι επειδή η υγεία είναι βασικό δικαίωμα ή βασική ανάγκη αλλά γιατί η ρύθμιση της κατανομής των υπηρεσιών υγείας εξολοκλήρου από τον μηχανισμό της αγοράς είναι αδύνατη λόγω των φαινομένων αυτών που εμφανίζονται στον τομέα της υγείας.

Ονομαστικά, τα φαινόμενα αυτά, είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση, η αβεβαιότητα, η ασφάλιση, ο ηθικός κίνδυνος, η δυσμενής επιλογή και οι μονοπωλιακές καταστάσεις. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στη φύση των φαινομένων, την αιτιολογία τους, τον βαθμό επίδρασης και τον τελικό αντίκτυπο στις μαιευτικές υπηρεσίες.

### 3.2 Ασύμμετρη πληροφόρηση

Στα περισσότερα αγαθά υπάρχει μερική κυριαρχία του καταναλωτή. Ο καταναλωτής είναι πλέον σε θέση να έχει σαφή εικόνα της ποιότητας των προϊόντων ή να την αποκτήσει πιο εύκολα, σε σχέση με το παρελθόν. Την αποφασιστική αυτή αλλαγή επέφεραν πολλοί παράγοντες και νέες τεχνολογίες, η ανάπτυξη των μέσων μαζικής ενημέρωσης, η άνοδος του βιοτικού επίπεδο, η ανάπτυξη των αγορών και της παραγωγής καταναλωτικών αγαθών. Με την διάδοση και μόνο του διαδικτύου, οποιοσδήποτε καταναλωτής είναι σε θέση να ενημερωθεί σε μεγάλο βαθμό για αγαθά και υπηρεσίες που τον ενδιαφέρουν.

Στην περίπτωση της φροντίδας υγείας, κάθε ασθενής δεν έχει την ίδια γνώση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπειών. Η πληροφόρηση προέρχεται από τους ίδιους τους ιατρούς, οι οποίοι ενεργούν ως εκπρόσωποι των ασθενών. Οι ιατροί συνήθως επιλέγουν την κατάλληλη θεραπεία και στη συνέχεια τη παρέχουν στους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να δράσουν ως κυρίαρχοι και ορθολογικοί καταναλωτές. Το φαινόμενο αυτό συνιστά και την **ασύμμετρη πληροφόρηση**. Ως συνέπεια, οι ασθενείς οικοδομούν μακροχρόνιες σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ιατρούς που επιλέγουν σε καθοριστικές στιγμές της ζωής τους. Αποτέλεσμα της επιλογής του ίδιου ιατρού κάθε φορά που χρειάζεται να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας είναι η δυσλειτουργία του ανταγωνισμού μεταξύ τους. Εν μέρει, η μακροχρόνια σχέση ιατρού και ασθενούς κρίνεται θετική, όσον αφορά τη συνολική παρακολούθηση του ιστορικού του ασθενούς. Είναι σημαντικό για την υγεία του ατόμου να υπάρχει ένας ιατρός που σε κάθε περίπτωση ζήτησης υπηρεσίας να γνωρίζει τι έχει προηγηθεί της παρούσας κατάστασης ή ασθένειας. Από οικονομικής άποψης, η έλλειψη ανταγωνισμού και η επιλογή ιατρού χωρίς οικονομικά και ποιοτικά κριτήρια μπορεί να βλάψει την ίδια την ποιότητα των μαιευτικών υπηρεσιών έμμεσα και μακροπρόθεσμα.

Στη περίπτωση των μαιευτικών υπηρεσιών, το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης είναι πιο χαρακτηριστικό. Αφενός η πρόσβαση σε χρήσιμες πληροφορίες που μπορεί να λάβει μία γυναίκα για υγιή εγκυμοσύνη είναι εύκολη, ωστόσο τους τελικούς χειρισμούς στη διαδικασία του τοκετού ή στη χειρουργική επέμβαση της καισαρικής τομής μόνο ο ιατρός μπορεί να τους πράξει. Η μακροχρόνια σχέση μεταξύ γυναίκας και γυναικολόγου - μαιευτήρα ισχύει περισσότερο από άλλες σχέσεις ασθενούς - ιατρού. Η εγκυμοσύνη δεν χαρακτηρίζεται ως ασθένεια αλλά ως μία φυσιολογική κατάσταση στη ζωή μίας γυναίκας, κάτι που ενισχύει περισσότερο αυτόν τον

επαγγελματικό δεσμό. Στην Ελλάδα πλέον, οι γυναίκες αναζητούν την ποιότητα στη γέννα, στη παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, καθώς και στη παραμονή σε ένα μαιευτήριο. Η ποιότητα περιλαμβάνει και την καλή συνεργασία με τον μαιευτήρα.

Η πιο συχνή αιτία επιλογής για πρώτη φορά μαιευτήρα είναι οι συστάσεις από οικεία φιλικά και συγγενικά πρόσωπα. Χαρακτηριστικό είναι το φαινόμενο μαιευτήρες να έχουν φέρει εις πέρας τοκετούς από γυναίκες που ανήκουν όλες στον ίδιο συγγενικό κύκλο. Ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες ενός ιατρού στις περισσότερες περιπτώσεις εξασφαλίζει την επιλογή του ίδιου ιατρού σε μία επόμενη εγκυμοσύνη ή μαιευτική υπηρεσία. Η εξοικείωση με τον μαιευτήρα επιτρέπει την μελλοντική επικοινωνία της γυναίκας για πολλά άλλα θέματα, όπως γυναικολογικά, θέματα αντισύλληψης, εξετάσεις ρουτίνας κ.α.

### 3.3 Προκλητή ζήτηση

Το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, στην περίπτωση του χώρου της υγείας, μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία άλλων οικονομικών φαινομένων, όπως αυτό της προκλητής ζήτησης. Η προκλητή ζήτηση εμφανίζεται σε πολλά καθημερινά αγαθά και υπηρεσίες και σε όλες τις περιπτώσεις αποπροσανατολίζει τον καταναλωτή. Στην περίπτωση της υγείας, καθώς οι ιατροί λαμβάνουν οι ίδιοι αποφάσεις για την θεραπεία εκ μέρους των ασθενών, ενδέχεται να καθορίσουν θεραπεία υψηλότερου κόστους από αυτή που θα επέλεγε ο ίδιος ο ασθενής, αν ήταν απόλυτος γνώστης του αντικειμένου και των επιλογών. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης οδηγεί σε υπερβολική κατανάλωση, δηλαδή πέρα από το κοινωνικά άριστο επίπεδο. Η υπερβάλλουσα κατανάλωση μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στο κοινωνικό σύνολο, όσο και στον καταναλωτή ατομικά.

Στην μαιευτική, υπάρχουν πολλά παραδείγματα προκλητής ζήτησης. Η αύξηση των ποσοστών διενέργειας καισαρικών τομών την τελευταία δεκαετία από πολλούς έχει χαρακτηριστεί ύποπτη, δεδομένου πως το κόστος της είναι μεγαλύτερο από αυτό για την εκτέλεση ενός φυσιολογικού τοκετού. Ακόμη και η παραμονή σε δωμάτιο ιδιωτικού μαιευτηρίου κοστίζει σε μία γυναίκα επιπλέον οικονομική επιβάρυνση, εάν έχει προηγηθεί καισαρική τομή. Επίσης, ο χρόνος διάρκειας της διαδικασίας της καισαρικής τομής κυμαίνεται από μίση έως μία ώρα, εν αντιθέσει με έναν απρόβλεπτο φυσιολογικό τοκετό, ο οποίος μπορεί να διαρκέσει από 4 έως 24 ώρες. Οδηγίες από παγκόσμιους

οργανισμούς συστήνουν την κατά το δυνατόν περιορισμένη χρήση των υπερήχων στη μαιευτική, καθώς οι έρευνες για βλαπτικές επιπτώσεις στο έμβρυο δεν είναι εμπεριστατωμένες και ολοκληρωμένες. Οι οδηγίες αυτές κάνουν λόγο για 3 με 5 χρήσεις υπερήχου, τη στιγμή που μόνο στην Ελλάδα η εξέταση παράλληλα με την επίσκεψη στον ιατρό γίνεται τουλάχιστον 7 φορές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στη περίπτωση του μητρικού θηλασμού, η πολιτική των νοσοκομείων και των μαιευτηρίων να δίνουν ξένο γάλα, πολλοί παιδίατροι να συνεργάζονται με γαλακτοβιομηχανίες και να προωθούν βιομηχανικό γάλα, είναι μία εικόνα που σχεδόν κάθε γυναίκα έχει βιώσει σε ένα μαιευτήριο, ιδιωτικό και δημόσιο. Η μεγάλη προώθηση της εικόνας των τραπεζών βλαστοκυττάρων από ιδιωτικά μαιευτήρια κρύβει συχνά την προώθηση των ίδιων των συμφερόντων των μαιευτηρίων, αφού έχουν υπογραφεί συμβάσεις και συμφωνίες. Η συνεργασία πολλών μαιευτηρίων με συγκεκριμένα ιδιωτικά μαιευτήρια συχνά καταλήγει σε προκλητή ζήτηση των υπηρεσιών των κλινικών.

Πάντως εύκολα διαπιστώνεται πως το συνολικό κόστος της υγείας είναι υψηλότερο σε συστήματα αμοιβής κατά πράξη, αφού προσφέρεται το κίνητρο στους ιατρούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα να παρέχουν θεραπείες μεγαλύτερης ποσότητας και υψηλότερου κόστους. Στο δημόσιο τομέα, το κίνητρο αυτό θα έπρεπε να εκλείπει λόγω των ελέγχων από φορείς και των καθορισμένων αμοιβών των ιατρών. Ωστόσο, πολλοί δίνουν τη δική τους εξήγηση στο παραμερισμό του δημόσιου τομέα ως μία οργανωμένη προσπάθεια συμφερόντων για στροφή των εγκύων στη ποιοτική παροχή υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα, όπου τα κέρδη είναι περισσότερα για πολλούς. Αντίθετα πολλοί άλλοι θεωρούν τη στροφή αυτή αποτέλεσμα καλής στρατηγικής χάραξης και πολιτικής, που έχει προβλέψει την στροφή των καταναλωτών στην ποιότητα, αυξάνοντας την κατανάλωση των ιδιωτικών υπηρεσιών και συνεπώς και των κερδών.

### **3.4 Αβεβαιότητα**

Οι μελλοντικές δαπάνες για την ζήτηση υπηρεσιών υγείας στις περισσότερες περιπτώσεις είναι απρόβλεπτες. Ο προγραμματισμός των δαπανών δεν είναι πάντα εφικτός και υπάρχει δυσκολία στην αντιμετώπιση περιπτώσεων ξαφνικής ανάγκης υγειονομικής περίθαλψης. Η αβεβαιότητα χαρακτηρίζει την υγεία κάθε ατόμου. Εάν απαιτούμενη θεραπεία χρειαστεί νοσηλεία μακράς διάρκειας σε νοσοκομείο, εξειδικευμένη θεραπεία, μπορεί να συνεπάγεται μεγάλη έως και καταστροφική δαπάνη.

Στην περίπτωση των μαιευτικών υπηρεσιών, η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι είτε προγραμματισμένη είτε απρογραμματίστη. Στην πρώτη περίπτωση, σωστός οικονομικός προγραμματισμός μπορεί να μην έχει δυσμενή οικονομικά αποτελέσματα για μία οικογένεια. Αβεβαιότητα παρατηρείται σε προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη και κατά την χρήση συμπληρωματικών μαιευτικών υπηρεσιών. Σε προβλήματα υπογονιμότητας, εάν δεν υπάρξει άμεσα επιτυχές αποτέλεσμα, πολλές συνεχείς προσπάθειες συνεπάγονται υψηλό κόστος. Πολλά ζευγάρια έχουν εγκαταλείψει πολυτελείς προσπάθειες τεκνοποίησης μόνο και μόνο επειδή δεν άντεξαν το δυσβάσταχτο οικονομικό βάρος. Άλλα ζευγάρια καταφεύγουν ακόμη και σε πώληση περιουσιακών στοιχείων προκειμένου να ανταπεξέλθουν σε έξοδα από μακρόχρονη παραμονή πρόωρου νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Στην περίπτωση κήσεως υψηλού κινδύνου, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την πρόωρη αποκόλληση πλακούντα στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, η θεραπεία περιλαμβάνει και την παραμονή της γυναίκας σε ακινησία σε κλίνη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η απουσία της από πολλές δραστηριότητες ή ακόμη και από την εργασία της έχει άμεσες και έμμεσες οικονομικές επιπτώσεις στην οικογένεια. Σε όλες τις περιπτώσεις, αν προστεθούν και η αύξηση των επιπλοκών και παθολογικών καταστάσεων, παράλληλα με την αύξηση των πολύτιμων κήσεων, γίνεται δυνατή η αντίληψη πως όσο και να ανεβαίνει το συνολικό κόστος των μαιευτικών υπηρεσιών, αυτό δεν φαίνεται να επηρεάζει την έντονη επιθυμία πολλών ζευγαριών να αποκτήσουν ένα υγιές παιδί και να δημιουργήσουν οικογένεια.

Η αβεβαιότητα δεν έχει μεγάλη σημασία όταν το αναμενόμενο κόστος είναι μικρό. Η επιλογή του δημόσιου τομέα για τη αντιμετώπιση επικίνδυνων και κοστογόνων καταστάσεων θεωρείται μία ικανοποιητική λύση, καθώς τα έξοδα μειώνονται σημαντικά και αντιμετωπίζονται πιο αποτελεσματικά με την ασφάλιση. Η ασφάλιση θεωρείται ο κλασικός μηχανισμός αντιμετώπισης της αβεβαιότητας αλλά η ίδια η ασφάλιση δημιουργεί νέα οικονομικά φαινόμενα και προβλήματα που με τη σειρά τους επιβαρύνουν περισσότερο το κόστος των μαιευτικών υπηρεσιών, όπως είναι το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου.

### **3.5 Ηθικός κίνδυνος**

Υπό καθεστώς ασφαλιστικής κάλυψης, τόσο η πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας όσο και το κόστος τους τείνουν να αυξάνονται. Το φαινόμενο αυτό

λέγεται ηθικός κίνδυνος. Η ύπαρξη του φαινομένου βασίζεται στη τάση που υπάρχει οι ασθενείς να καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες υγείας όταν πιστεύουν πως η αξία που αποδίδουν σε κάθε πρόσθετη μονάδα είναι μεγαλύτερη από το κόστος της. Το χαρακτηριστικό αυτό συναντάται στη περίπτωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Όταν αυτή είναι πλήρης και περιλαμβάνει 100% αποζημίωση για τα έξοδα περίθαλψης, η ζητούμενη ποσότητα υπηρεσιών υγείας είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από το επίπεδο που θα επικρατούσε εάν δεν υπήρχε ασφάλιση.

Οι συνέπειες του ηθικού κινδύνου είναι αλυσιδωτές. Οι μειωμένες τιμές αγοράς που συναντά ο χρήστης οδηγούν σε υπερκατανάλωση, η οποία οδηγεί σε αύξηση του ποσού των αποζημιώσεων, πέραν των πραγματικών αναγκών. Οι αυξημένες αποζημιώσεις οδηγούν τις ασφαλιστικές εταιρίες στην αύξηση των ασφάλιστρων. Στην περίπτωση που η ασφάλιση είναι υποχρεωτική, ο καταναλωτής δεν έχει ποικιλία επιλογών. Στη περίπτωση που η ασφάλιση είναι ιδιωτική και προαιρετική, αύξηση στα ασφάλιστρα αυξάνει και τη πιθανότητα για απόσυρση και απομάκρυνση των ασφαλισμένων.

Τα ασφαλιστικά ταμεία στη χώρα μας, πέραν των ελλειμματικών ταμείων και της κακοδιαχείρισης που έχουν υποστεί έως τώρα, έχουν να αντιμετωπίσουν πολλά νέα προβλήματα, καθώς νέα δεδομένα προστίθενται στην αγορά των ιατρικών υπηρεσιών υγείας. Μέχρι και πριν από δύο δεκαετίες, το κόστος του τοκετού ήταν ελεγχόμενο. Οι περισσότερες επιλογές για μία έγκυο γυναίκα ήταν να γεννήσει σε δημόσιο μαιευτήριο, σε κάποια μικρή ιδιωτική κλινική ή σε ένα από τα 3 μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια της εποχής, το «Ηρα», το «Λητώ» ή το «Μητέρα». Πολλές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες δημιούργησαν προγράμματα ασφάλισης που χωρίς υπερβολικά ασφάλιστρα κάλυπταν εξ ολοκλήρου το ποσό του τοκετού. Ωστόσο τα δεδομένα άλλαξαν σε μικρό χρονικό διάστημα. Η υπερφόρτωση του συνολικού κόστους παράλληλα με την θεαματική αύξηση της ζήτησης των ιδιωτικών μαιευτικών υπηρεσιών ανάγκασαν πολλές εταιρίες να αποσύρουν ευνοϊκές προτάσεις που όχι μόνο δεν προσέφεραν πλέον κέρδος αλλά αντίθετα ζημιώναν τις εταιρίες.

Σήμερα, αρκετές οικογένειες πριν καταφύγουν στη λύση ενός μαιευτηρίου κάνουν έρευνα αγοράς και συσχετίζουν πάντα τα έξοδα τους με τα έσοδα από την ασφαλιστική επιστροφή και κάλυψη από τα ταμεία τους. Ωστόσο, τα ασφάλιστρα για τοκετό σε ιδιωτικό μαιευτήριο έχουν αυξηθεί υπέρογκα, περιλαμβάνοντας την αυξημένη ζήτηση για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και το περιθώριο κέρδους. Και αν θεωρητικά μία γυναίκα προβαίνει σε περισσότερες εξετάσεις, θεωρώντας πως με την ασφάλιση δεν ζημιώνεται επιπλέον οικονομικά (υπερκατανάλωση υπηρεσιών), το αποτέλεσμα τελικά είναι να

ζημιώνει τα ίδια τα ταμεία, τα οποία της επιστρέφουν τη ζημία με αύξηση των ασφάλιστρων. Σε όλο αυτό το κύκλο, συμμετοχή φαίνονται να έχουν και οι ιατροί, οι οποίοι είναι οι μόνοι που δεν ζημιώνονται από τα υψηλά ασφάλιστρα. Μόνος πιθανός μελλοντικός κίνδυνος είναι η μείωση ζήτησης λόγω του τελικού κόστους που πληρώνουν οι οικογένειες.

Τα προβλήματα και οι προβληματισμοί έρχονται να πολλαπλασιαστούν σήμερα με την δημιουργία πρόσθετων συμπληρωματικών υπηρεσιών υγείας και την απαίτηση των πολιτών να βοηθήσουν τα ταμεία σε ειδικές περιπτώσεις. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, οι τράπεζες βλαστοκυττάρων θεωρούνται πλέον ανάγκες φυσιολογικές, που χρήζουν της προσοχής και παρέμβασης της Πολιτείας προκειμένου να επιτευχθεί η κοινωνική ευημερία. Κονδύλια που θα μπορούσαν να δοθούν σε πιο συχνές ιατρικές διαδικασίες όπως για μεγαλύτερη ασφαλιστική επιστροφή για την τέλεση καισαρικής τομής παρακρατούνται προκειμένου να αποζημιωθούν νέοι τομείς με μεγαλύτερο κόστος, όπως η προσπάθεια για εξωσωματική γονιμοποίηση. Ο καθορισμός προτεραιοτήτων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να χρήζει εφαρμογής και στην περίπτωση των ασφαλιστικών φορέων.

Αποτελεσματικά μέτρα αντιμετώπισης του ηθικού κινδύνου χωρίς παρενέργειες δεν υπάρχουν. Η συνασφάλιση, δηλαδή η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος οδηγεί σε δραστική μείωση του βαθμού ασφαλιστικής κάλυψης, όταν είναι σε μεγάλες δόσεις, ή στη καλύτερη περίπτωση δίνει μερική μόνο λύση στο πρόβλημα της υπερκατανάλωσης, όταν είναι σε μικρές δόσεις.

### **3.6 Ασφάλιση**

Η ασφάλιση είναι η πιο σημαντική απάντηση της αγοράς στις αποτυχίες της αγοράς. Παρουσιάζεται γιατί, ενώ ο ατομικός κίνδυνος να αρρωστήσει κανείς μπορεί να είναι μικρός, είναι επίσης άγνωστος. Από την άλλη, το κόστος της αρρώστιας είναι συχνά πολύ μεγάλο. Η ασφάλεια μοιράζει το κόστος της αρρώστιας μεταξύ όλων των ασφαλισμένων ατόμων και, σαν αποτέλεσμα, μεγιστοποιεί την αναμενόμενη ιδιωτική χρησιμότητα αλλά και την συνολική κοινωνική ευημερία. Η ασφάλιση υπόκειται και αυτή σε αποτυχίες της αγοράς. Ο ηθικός κίνδυνος και η αντίστροφη επιλογή είναι οι πιο κρίσιμες από αυτές τις αποτυχίες. Η ύπαρξη ασφάλισης χαμηλώνει την τιμή της φροντίδας υγείας στο σημείο χρήσης. Σαν αποτέλεσμα, ενθαρρύνει την μη αναγκαία

χρήση υπηρεσιών, που αντισταθμίζει τη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας που πραγματοποιείται μέσω της ασφάλισης. (ηθικός κίνδυνος).

Η ασφάλιση υγείας, είτε με τη μορφή της υποχρεωτικής, είτε με αυτή της προαιρετικής κάλυψης, είναι αναγκαία, αφού η ασθένεια είναι ξαφνική και συνήθως μη προγνώσιμη στο άτομο και την οικογένεια του. Τα τελευταία χρόνια η ιδιωτική ασφάλιση έχει επεκταθεί σε πολλές χώρες αλλά συμπληρωματικά έχει εισαχθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου από τις αρχές της δεκαετίας του 70. Η ιδιωτική ασφάλιση αντλεί τους πόρους της από εισφορές των ατόμων ή των εργοδοτών τους. Τα ασφάλιστρα μπορεί να βασίζονται είτε στη πρόβλεψη του κινδύνου το ίδιο το άτομο να ασθενήσει μελλοντικά είτε στον μέσο κίνδυνο του πληθυσμού που θα ασφαλιστεί και αφορά τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή κοινότητα. Επίσης, μπορεί να αφορούν μία ομάδα εργαζομένων που έχει τα ίδια επαγγελματικά χαρακτηριστικά.

Η υποχρεωτική ασφάλιση επιτρέπει τη παροχή βασικών μαιευτικών φροντίδων στη χώρα μας. Στη περίπτωση του δημόσιου τομέα, το κόστος θεωρείται περιορισμένο και καλύπτεται σχεδόν εξολοκλήρου από όλους τους ασφαλιστικούς φορείς. Σε συμπληρωματικές ή ειδικές μόνο υπηρεσίες υπάρχει κενό οικονομικής κάλυψης, όπως συμβαίνει με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ωστόσο υπάρχει αναγνώριση του προβλήματος από την Πολιτεία πλέον και γίνονται προσπάθειες κατόπιν οικονομικών αναλύσεων. Η ασφάλιση έχει ένα δύσκολο έργο να παρακολουθήσει και να εφαρμόσει πλέον, αυτό της στρατηγικής διαχείρισης των νέων δεδομένων. Η ανάλυση των τρεχόντων κάθε φορά δεδομένων πρέπει να αποσκοπεί στην επιλογή και κατόπιν εφαρμογή των πλέον ενδεδειγμένων βιώσιμων οικονομικών λύσεων, αλλά με τον έλεγχο και την συνεχή αξιολόγηση των εφαρμογών και των αποτελεσμάτων τους μπορεί να επιτευχθεί ο τελικός στόχος που είναι η δίκαιη και αποδοτική κατανομή φροντίδας υγείας στους πολίτες και η αποτελεσματική καταπολέμηση της αβεβαιότητας.

### **3.7 Δυσμενής επιλογή**

Το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής οφείλεται στην αδυναμία των ασφαλιστικών εταιριών να διακρίνουν μεταξύ ατόμων υψηλού κινδύνου και ατόμων χαμηλού κινδύνου. Το ύψος των ασφάλιστρων ορίζεται σε ενιαίο επίπεδο, το οποίο είναι ανάλογο με την μέση προσδοκώμενη δαπάνη της εταιρίας για την καταβολή αποζημιώσεων και για το



λόγο αυτό καθιερώνεται το ενιαίο ασφάλιστρο, δηλαδή το ασφάλιστρο που χρεώνεται σε όλα τα άτομα. Ωστόσο, το πρόβλημα που δημιουργείται είναι ότι ορισμένα άτομα χαμηλού κινδύνου, θεωρώντας ότι η ασφάλιση υγείας τους είναι πλέον ασύμφορη με αυτό το ύψος ασφαλιστρών, πιθανότητα θα αποσυρθούν. Η απόφαση αυτή αυξάνει την αναλογία των ατόμων υψηλού κινδύνου και συνεπώς τη μέση δαπάνη για αποζημιώσεις και τελικά και το ενιαίο ασφάλιστρο.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες συχνά αδυνατούν να θέσουν ασφάλιστρα σε επίπεδα που να αντικατοπτρίζουν ακριβώς τον ατομικό κίνδυνο. Σαν αποτέλεσμα, άτομα χαμηλού κινδύνου εγκαταλείπουν και η κάλυψη του μικρότερου και κυρίως υψηλού κινδύνου τμήματος των ασθενών που παραμένουν γίνεται συνεχώς μεγαλύτερο. Αυτό είναι γνωστό σαν αντίστροφη επιλογή. Οι ασφαλιστικές εταιρείες αντιδρούν διακρίνοντας τους ασθενείς ως προς τον κίνδυνο, συνεπώς αρνούμενες την ασφαλιστική κάλυψη για φροντίδα υγείας σε αυτούς που την χρειάζονται περισσότερο. Η κρατική παρέμβαση στην φροντίδα υγείας έχει εμφανιστεί σαν απάντηση στις αποτυχίες της αγοράς.

Στην περίπτωση των μαιευτικών υπηρεσιών, το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής συναντάται περισσότερο τα τελευταία χρόνια, με την ενσωμάτωση πολλών συμπληρωματικών υπηρεσιών στις κύριες. Τα ταμεία και οι εταιρίες στη προσπάθεια αντιμετώπισης νέων κοστογόνων καταστάσεων αδυνατούν να διακρίνουν εκ των προτέρων τον ατομικό κίνδυνο σε μία εγκυμοσύνη. Η μελλοντική κάλυψη δαπανηρών καταστάσεων ανεβάζει τα συνολικά ασφάλιστρα, ζημιώνοντας ωστόσο ακόμη και αυτούς που θα κάνουν την μικρότερη και λιγότερο δαπανηρή χρήση υπηρεσιών.

### **3.8 Μονοπωλιακές καταστάσεις**

Η έλλειψη ουσιαστικού ανταγωνισμού μεταξύ των ιατρών, η οποία μεταξύ άλλων οφείλεται στην απροθυμία των ασθενών να αλλάξουν γιατρό, σημαίνει ότι οι ιατροί συμπεριφέρονται σε μεγάλο βαθμό ως μονοπωλητές. Η χρέωση υψηλών αμοιβών χωρίς μεγάλο κίνδυνο να χαθεί πελατεία είναι ένα από τα αποτελέσματα του μονοπωλίου αυτού του είδους. Το φαινόμενο αποκτά μεγαλύτερη ένταση σε τοπικό επίπεδο. Σε πολλά ελληνικά νησιά είναι αναπόφευκτη η δημιουργία μονοπωλιακών καταστάσεων, ιδίως στην αγορά νοσοκομειακών υπηρεσιών. Αντίθετα, στις μεγάλες πόλεις, κυριαρχεί η ολιγοπωλιακή μορφή, καθώς υπάρχουν περισσότερες επιλογές για τις γυναίκες.

Το μονοπώλιο εμφανίζεται σε πολλές υπηρεσίες υγείας. Όταν επικρατούν υψηλές τιμές, αποθαρρύνεται η κατανάλωση μέρους της άριστης ποσότητας, προκαλώντας απώλεια ευημερίας. Από την πλευρά του καταναλωτή το κόστος ίσως είναι μεγαλύτερο, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της ζήτησης υπηρεσιών. Στην περίπτωση της εγκυμοσύνης, η αναβολή ορισμένων εξετάσεων για λόγους οικονομικούς και η πλημμελής παρακολούθηση ίσως έχει βλαπτικές συνέπειες στην γυναίκα και το ίδιο το έμβρυο.

### 3.9 Ανακεφαλαίωση

Τα χαρακτηριστικά των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας ταυτίζονται στα περισσότερα σημεία τους με αυτά των γενικότερων υπηρεσιών υγείας. Οι μικρές διαφορές τους περιορίζονται σε ορισμένα σημεία ζήτησης και προσφοράς αυτών. Η σημαντικότερη διαφοροποίηση έχει να κάνει με τη φύση του τοκετού, που δεν έχει πλέον τόσο επείγοντα χαρακτήρα αλλά έχει αποκτήσει κοσμικό χαρακτήρα. Ενώ στις περισσότερες υπηρεσίες προηγείται η ανάγκη διατήρησης ή βελτίωσης της υγείας, στη μαιευτική, παράλληλα με τον πρώτο στόχο, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών αναζητά την ποιότητα και τις ξενοδοχειακές ανέσεις. Η γενικότερη ωστόσο ταύτιση των χαρακτηριστικών σε όλο το τομέα της υγείας επιτρέπει την καλύτερη και την πιο σφαιρική παρακολούθηση και την μελέτη των φαινομένων και μετέπειτα η απομόνωση τους για μεμονωμένη αντιμετώπιση, εφόσον κρίνεται αναγκαίο.

Τα περισσότερα οικονομικά φαινόμενα συνδέονται μεταξύ τους. Η αλληλεξάρτηση τους προκαλεί αλλαγή της έντασης των φαινομένων όταν παρατηρηθεί ανάλογη αλλαγή σε κάποιο χαρακτηριστικό. Αύξηση της ασύμμετρης πληροφόρησης μπορεί να προκαλέσει και αύξηση των κερδοσκόπων για προκλητή ζήτηση. Από το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης μπορεί να επηρεαστεί βλαπτικά και η ίδια η ασφάλιση με το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου.

Κατά κοινή ομολογία, η αντιμετώπιση των βλαπτικών προς τη κοινωνία και την οικονομία φαινομένων, δεν είναι εύκολη. Η διαρκής αλλαγή τους λόγω των γρήγορων και πολλών αλλαγών απαιτεί ανανέωση και εγρήγορση. Η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση, το μονοπώλιο είναι φαινόμενα που εξαρτώνται περισσότερο από τους παραγώγους των υπηρεσιών υγείας. Οι ιατροί και οι κλινικές είναι οι άμεσα κερδισμένοι από την κατάχρηση της δύναμης έναντι των καταναλωτών ασθενών. Η αβεβαιότητα

δημιούργησε την ασφάλιση, η οποία με τη σειρά της προκάλεσε την γένεση φαινομένων όπως ο ηθικός κίνδυνος και η δυσμενής επιλογή. Σε κάθε περίπτωση, η χάραξη της κατάλληλης στρατηγικής για τη παρακολούθηση και ρύθμιση των φαινομένων αυτών κρίνεται αναγκαία.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

---

#### 4.1 Εισαγωγή

Η ζήτηση των μαιευτικών υπηρεσιών θα μπορούσε να θεωρηθεί προβλέψιμη με μία θεώρηση των στατιστικών στοιχείων και των δεδομένων του συνολικού αριθμού των ολοκληρωμένων κυήσεων που διαμορφώνουν τελικά το συνολικό αριθμό των τοκετών κατ' έτος στη χώρα μας. Η περίπτωση των μαιευτικών υπηρεσιών δεν ευνοεί την ζήτηση που προκαλείται από τον προμηθευτή, μολονότι συμβαίνει τελικά σε πολλές περιπτώσεις και σε μεγάλο βαθμό η εκδήλωση προκλητής ζήτησης. Η αντίστοιχη προσφορά για μαιευτικές υπηρεσίες θα μπορούσε θεωρητικά να κριθεί από τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών, τον αριθμό των κλινικών και μαιευτηρίων, την πληρότητα τους και τις γεννήσεις κατ' έτος.

Το φαινόμενο που παρουσιάζεται και στις μαιευτικές υπηρεσίες υγείας, όπως και στις περισσότερες υπηρεσίες, είναι η ζήτηση πλέον της ποιότητας. Ιδίως τις τελευταίες δεκαετίες η ποιότητα είναι μία νέα μεταβλητή που καθορίζει την προσφορά και τη ζήτηση σε κάθε κομμάτι της καθημερινής ζωής. Ως κύριος εκφραστής και πάροχος της ζητούμενης ποιότητας στο χώρο της υγείας φέρεται ο ιδιωτικός τομέας. Η άνοδος της ζήτησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας επηρέασε και την αντίστοιχη προσφορά ιδιωτικών υπηρεσιών, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον της Οικονομικής επιστήμης στο κόστος των αντίστοιχων ιατρικών πράξεων και στη τελική διαμόρφωση τους.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν συνοπτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση και τη προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών και θα γίνει σύγκριση του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, στην προσπάθεια αιτιολόγησης της ανόδου του πρώτου. Σκοπός του κεφαλαίου είναι η θεώρηση της καταναλωτικής συμπεριφοράς, η σημασία που προσδίδεται στις ποιοτικές μαιευτικές υπηρεσίες και η επίδραση της ποιότητας στο κόστος.

## 4.2 Ζήτηση μαιευτικών υπηρεσιών

Σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία, ο αριθμός των τοκετών στη χώρα μας το 2004 ήταν 105.655. Οι 38.901 από αυτούς (36,82%) διεκπεραιώθηκαν στην Αττική. Η ζήτηση των μαιευτικών υπηρεσιών μπορεί να θεωρηθεί προβλέψιμη και οφείλεται στις αποφάσεις ως προς την τεκνοποίηση των γυναικών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ζήτηση που εμφανίζεται με την αύξηση του αριθμού των οικονομικών μεταναστών στη χώρα. Ο συνολικός αριθμός των γεννήσεων κατ' έτος παραμένει σταθερός λόγω των αυξημένων κυήσεων των μεταναστών, κάτι που επηρεάζει άμεσα την αγορά δημόσιων υπηρεσιών και έμμεσα των ιδιωτικών. Ουσιαστικά το κομμάτι της ζήτησης που παρουσιάζει μεγαλύτερο ενδιαφέρον επικεντρώνεται στα αίτια της τελικής επιλογής των γυναικών και στους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Πίνακας 4.1

Αριθμός γεννήσεων στην Ελλάδα τα έτη 2003 και 2004.

Γεωγραφικό διαμέρισμα	2003	2004	Ποσοστό επί του συνόλου
Αττική	38.446	38.901	36,82%
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	5.725	5.774	5,46%
Κεντρική Μακεδονία	18.288	18.549	17,56%
Δυτική Μακεδονία	2.660	2.560	2,42%
Θεσσαλία	6.756	6.783	6,42%
Ήπειρος	2.493	2.745	2,42%
Ιόνιοι Νήσοι	1.878	1.971	1,87%
Δυτική Ελλάς	6.423	6.445	6,10%
Στερεά Ελλάς	4.820	4.832	4,57%
Πελοπόννησος	4.945	4.979	4,71%
Βόρειο Αιγαίο	1.699	1.689	1,60%
Νότιο Αιγαίο	3.381	3.338	3,16%
Κρήτη	6.685	6.878	6,51%
Εξωτερικό	221	211	0,20%
<b>Σύνολο</b>	<b>104.420</b>	<b>105.655</b>	

Πηγή : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, (2005).

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 4.1, το μεγαλύτερο ποσοστό γεννήσεων έλαβε χώρα το 2004 στην Αττική, σε ποσοστό 36,82% και ακολουθούν σε αριθμό

γεννήσεων η κεντρική Μακεδονία με 17,56%, η Κρήτη με 6,51%, η Θεσσαλία με 6,42% και η Δυτική Ελλάδα με 6,10%. Στα υπόλοιπα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας οι γεννήσεις μοιράζονται σε μικρότερα ποσοστά, και ιδίως στα μικρότερα ελληνικά νησιά. Οι αριθμοί των γεννήσεων σε κάθε γεωγραφικό διαμέρισμα υποδηλώνουν τη πραγματική ζήτηση για βασικές μαιευτικές υπηρεσίες και μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες στη πολιτεία προκειμένου να δημιουργήσει υγειονομικό χάρτη και να αναγνωρίσει τις ανάγκες κατά γεωγραφικό προσδιορισμό.

Σύμφωνα με πρόσφατες ανακοινώσεις, περίπου 30.000 τοκετοί πραγματοποιούνται στα ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας, 15.000 στα νοσοκομεία «Ελενα Βενιζέλου» και «Αλεξάνδρα» και 700 - 1.000 στα νοσοκομεία «Θριάσιο», «Αττικόν», «Αρεταίειο», «Τζάνειο» και «Αγ. Όλγα».<sup>25</sup> Τα τελευταία δυο χρόνια έγιναν και 200 περίπου τοκετοί στο σπίτι.<sup>26</sup> Ειδικότερα, στο μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» διενεργούνται κάθε χρόνο περίπου 6.800 τοκετοί, στην Α΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο «Αλεξάνδρα», περίπου 8.200 τοκετοί. Στο Μαιευτήριο «Ιασώ», το 2006 πραγματοποιήθηκαν 14.633 τοκετοί και στα μαιευτήρια «Λητώ» και «Μητέρα» περίπου 16.000 τοκετοί.

Η γενική εικόνα που επικρατεί σήμερα στη χώρα μας, στο τομέα των μαιευτικών υπηρεσιών, είναι ότι οι ενδιαφερόμενοι θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα της έκβασης της εγκυμοσύνης και του τοκετού αντιμετωπίζεται με την προσφυγή σε ένα ειδικό ιατρό (μαιευτήρα-γυναικολόγο). Ο τελευταίος αναλαμβάνει τη συστηματική παρακολούθηση της εγκύου και την υλοποίηση της τελικής πράξης του τοκετού, η οποία για λόγους ασφαλείας και ποιότητας έχει καθιερωθεί από τους ίδιους τους ειδικούς να πραγματοποιείται σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές. Η πλειοψηφία των γυναικών που γεννούν στη χώρα μας επιζητούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και μετά τη γέννηση διαθεσιμότητα, ποιότητα και ασφάλεια, τόσο στο πρόσωπο του μαιευτήρα τους όσο και στο χώρο των μαιευτικών κλινικών και νοσοκομείων.

Η ζήτηση για φροντίδα υγείας προέρχεται από την επιθυμία της επένδυσης στο «απόθεμα υγείας» ώστε να αντισταθμισθεί η μείωση της αξίας του. Στη περίπτωση της μαιευτικής φροντίδας, η επένδυση αυτή αφορά τη διατήρηση της υγείας και την εξασφάλιση της υγείας του νεογνού. Συνολικά, η ζήτηση για φροντίδα υγείας εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ατόμου, την σχετική τιμή της φροντίδας υγείας, την

<sup>25</sup> Πηγή : 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, Αθήνα, 4 - 6 Απριλίου 2008, (<http://www.ethnos.gr>)

<sup>26</sup> Πηγή : εφημερίδα «Τα Νέα» , 9/4/2008 (<http://www.tanea.gr>)

προτεραιότητα που δίνει το άτομο στην καλή υγεία, και τον εισοδηματικό του περιορισμό.

### ***Ποιότητα***

Η ποιότητα της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, αν και είναι σύνθετη έννοια, εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη των χρηστών και την αξία της υγείας και της φροντίδας για την υγεία. Η έννοια αυτή μπορεί να εννοηθεί στις μαιευτικές υπηρεσίες με πολλές παράλληλες συνιστώσες όπως είναι η ελευθερία επιλογής ιατρού, η χρονική διαθεσιμότητα ιατρού και υπηρεσιών, οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες, η διάθεση χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας, η συνύπαρξη εμπιστοσύνης και καλής επικοινωνίας. Όλα αυτά τα στοιχεία αποτελούν το μωσαϊκό της ζητούμενης ποιότητας από τους καταναλωτές – γυναίκες, αλλά μπορούν να αποτελέσουν και αυτόνομους στόχους. Η έννοια της ποιότητας είναι υποκειμενική για πολλές γυναίκες. Μία έγκυος μπορεί να επιζητά έντονα ως στοιχείο ποιότητας τις τεχνολογικές υποδομές σε μία κλινική, υποτιμώντας άλλες υπηρεσίες, όπως την καλή οργάνωση του χώρου και την διαθεσιμότητα των επαγγελματιών υγείας. Ακριβώς το αντίθετο μπορεί να συμβαίνει με άλλες γυναίκες, οι οποίες θέτουν διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά ως κυρίαρχα.

Η ελευθερία επιλογής ιατρού ή αναίρεσης της συνεργασίας προσδίδει στη γυναίκα καταναλωτική δύναμη. Η αίσθηση πως η συνεργασία με τον ιατρό δεν είναι αποτέλεσμα τυχαίας επιλογής ή επιβολής, προσδίδει αυτόματα πεποίθηση στη γυναίκα και αίσθηση ποιότητας. Η διαθεσιμότητα του ιατρού και των υπηρεσιών, όταν η έγκυος χρειαστεί κάποια υπηρεσία ή πληροφορία, αποτελεί επίσης δείκτη ποιότητας. Η κατάλληλη ενημέρωση, η ύπαρξη εμπιστοσύνης, σεβασμού, καλής επικοινωνίας και γενικής συνεργασίας είναι μέρος της. Πέρα από τα πνευματικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά που διέπουν την ποιότητα, υπάρχουν και οι λεγόμενες υλικοτεχνικές υποδομές και οι ξενοδοχειακές ανέσεις, που τα τελευταία χρόνια εκλαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν από τις έγκυες γυναίκες και τις οικογένειές τους. Ο ιδιωτικός τομέας δραστηριοποιήθηκε και αναπτύχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες και με χρήσιμα εργαλεία την επιχειρησιακή στρατηγική και την οικονομική επιστήμη, εκμεταλλεύτηκε το μεγάλο κενό που εμφάνισαν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Το αποτέλεσμα είναι ορατό σήμερα περισσότερο από ποτέ άλλοτε.

## *Ασφάλεια*

Η ασφάλεια στον τοκετό είναι ένας παράγοντας που μέχρι πριν λίγες δεκαετίες ήταν αστάθμητος. Η μητρική και η βρεφική θνησιμότητα μέχρι τη δεκαετία του 70 επιβεβαιώνουν τη μέχρι τότε μειωμένη ασφάλεια στο τοκετό. Ωστόσο, η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας και η εμπειρική ανάπτυξη της μαιευτικής επιστήμης συντέλεσαν αποφασιστικά στην εξασφάλιση σε μεγάλο βαθμό της ασφάλειας μητέρας και νεογνού. Οι βέλτιστες συνθήκες προσφέρονται σε οργανωμένα νοσοκομεία και μαιευτήρια. Η λειτουργία πλέον οργανωμένων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, χειρουργικών τμημάτων, η συνύπαρξη έμπειρου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η πολύτιμη συνεισφορά της τεχνολογίας συντέλεσαν ώστε η προσφορά υψηλής αίσθησης ασφαλείας σε όλες σχεδόν τις γυναίκες να θεωρείται δεδομένη. Κάθε γυναίκα την επιθυμεί προληπτικά κατά τον τοκετό της, τόσο για την ίδια όσο και για το νεογνό της. Στην έρευνα αγοράς των μαιευτικών υπηρεσιών, που όλο και πιο συχνά γίνεται πλέον από τις οικογένειες, περιλαμβάνεται και η ασφάλεια που παρέχεται από το κάθε θεραπευτήριο.

Ένα φαινόμενο που παρατηρείται στην Ελλάδα, αλλά δεν καταγράφεται σε καμία επίσημη έρευνα, είναι η συχνή μεταφορά επικίνδυνων προγεννητικών και περιγεννητικών καταστάσεων από ιδιωτικές κλινικές σε δημόσια νοσοκομεία και μαιευτήρια, και ιδίως πανεπιστημιακά. Στοιχεία υπάρχουν αλλά δεν δημοσιοποιούνται από τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, για λόγους εμπορικούς. Η ερμηνεία του φαινομένου βρίσκεται στην αυξημένη τεχνογνωσία και εμπειρία του ιατρικού και λοιπού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων. Επίσης δεν υπάρχουν επίσημες έρευνες που να αποδεικνύουν την επιλογή της κλινικής από τους ασθενείς με κύριο κριτήριο την ασφάλεια. Ο παράγοντας αυτός συχνά δεν απασχολεί ως κυρίαρχο κριτήριο τις γυναίκες. Οι ίδιες προσανατολίζονται κυρίως στη βασική εξασφάλιση τους και υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης και ενημέρωσης ως καταναλώτριες σε βασικές αρχές ασφαλείας. Συχνή είναι η ικανοποίηση της αίσθησης της από τον ίδιο τον ιατρό, ο οποίος συνεργάζεται με ορισμένα θεραπευτήρια και μπορεί να δώσει ορισμένες απαντήσεις στη γυναίκα για την ασφάλεια του τοκετού, ανάλογα με την εξειδικευμένη περίπτωση της. Εάν ο μαιευτήρας κρίνει πως υπάρχει κίνδυνος προωρότητας ή αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού, είναι σε θέση να προτρέψει τη γυναίκα για τη παραμονή της σε μαιευτήριο με οργανωμένη και αποτελεσματική Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.



Η αίσθηση της ασφάλειας των Ελληνίδων είναι και ο βασικότερος λόγος που δεν γεννούν σπίτι τους, μία πρακτική που συναντάται πολύ συχνά, με πολλά θετικά αποτελέσματα, σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κάθε γυναίκα νιώθει πιο ασφαλής σε ένα νοσοκομείο ή μαιευτήριο, όπου η αβεβαιότητα περιορίζεται. Αντίθετα, ο τοκετός στο σπίτι μπορεί να ευνοεί τη γυναίκα λόγω του οικείου περιβάλλοντος και της αποφυγής αποξένωσης, ωστόσο πάντα η αίσθηση του φόβου για επιπλοκές και η μειωμένη αίσθηση ασφαλείας μπορεί να έχει επιπτώσεις ψυχοσωματικές στην ίδια τη γυναίκα την ώρα του τοκετού.

### **Κόστος**

Σημαντική μεταβλητή που επηρεάζει την ζήτηση των μαιευτικών υπηρεσιών είναι το κόστος του τοκετού ή της χειρουργικής επέμβασης, παράλληλα με τα έξοδα παραμονής στο θεραπευτήριο για τις επόμενες ημέρες μετά τη γέννηση του νεογνού. Η τελική επιλογή του χώρου γέννησης εξαρτάται από το εισόδημα των καταναλωτών, το διαθέσιμο χρηματικό ποσό για τις μαιευτικές υπηρεσίες, τα βασικά κριτήρια επιλογής και την οικονομική αποζημίωση από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Καταναλωτές οι οποίοι έχουν την οικονομική ευχέρεια συνήθως καταφεύγουν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Βασικότερο κριτήριο είναι η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οποίες θεωρούνται από τους ίδιους τους καταναλωτές ανάλογες με το διαθέσιμο ποσό. Αλλά και καταναλωτές με χαμηλότερο εισόδημα καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα, ακόμη και αν χρειαστεί να επιβαρυνθούν με έξοδα που δεν είναι σε θέση να πληρώσουν άμεσα. Η προσφορά πολλών οικονομικών πακέτων από τα ιδιωτικά μαιευτήρια περιλαμβάνει πλέον αποπληρωμή σε δόσεις, και παραμονή σε δωμάτια με πολλές κλίνες, κάτι που μειώνει αρκετά το συνολικό κόστος παραμονής στο μαιευτήριο.

### **4.3 Προσφορά μαιευτικών υπηρεσιών**

Ο νόμος της προσφοράς αναφέρεται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη τιμή ενός αγαθού και στις ποσότητες του αγαθού που προσφέρονται σε κάθε τιμή. Όπως συμβαίνει και με τη ζήτηση των ιατρικών υπηρεσιών, η προσφορά των μαιευτικών δεν υπόκειται

μόνο σε βασικούς κανόνες, αρχές και θεωρίες. Οι ιδιαιτερότητες του χώρου της υγείας επιφέρουν πολλά μη προβλέψιμα αποτελέσματα στην αγορά των υπηρεσιών υγείας.

Οι τρεις βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν κατά κύριο λόγο την προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας είναι :

- ο αριθμός των ειδικών επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στο συγκεκριμένο τομέα υγείας,
- ο αριθμός των κλινών αυτών,
- ο αριθμός των μαιευτικών κλινικών και νοσοκομείων, ιδιωτικών και δημόσιων.

Ουσιαστικά η προσφορά αντικατοπτρίζει την ίδια τη ζήτηση και το αντίθετο. Η αναγνώριση των αναγκών και απαιτήσεων των καταναλωτών επηρεάζει τη προσφορά σε ποσότητα και ποιότητα. Υπάρχει μία σχέση αλληλεξάρτησης και ανάδρασης μεταξύ των δύο εννοιών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός οικονομικού κυκλώματος.

#### **4.3.1 Επαγγελματίες μαιευτικών υπηρεσιών υγείας**

Μέχρι και πριν από λίγες δεκαετίες, οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας στην μαιευτική επιστήμη ήταν οι μαιευτήρες και οι μαίες. Ιδίως στην ελληνική ύπαιθρο, βασικό ρόλο διαδραμάτιζε η Ελληνίδα μαία. Από τη δεκαετία περίπου του 50 και έπειτα εισήλθε δυναμικά στη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού και ο μαιευτήρας. Σήμερα, περισσότερο από ποτέ άλλοτε, πολλές ειδικότητες ιατρών εμπλέκονται στο σύνολο των μαιευτικών υπηρεσιών. Τον πρώτο και τελευταίο λόγο έχει ο μαιευτήρας, κάτι που ασπάζεται πλέον και η ελληνική κοινωνία. Ο ρόλος και η σημασία της μαίας και του μαιευτή στην περιγεννητική φροντίδα και στον φυσικό τοκετό έχει υποβαθμιστεί, κάτι που δεν συμβαίνει σε καμία άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Με την ανάπτυξη της μαιευτικής επιστήμης και της Ιατρικής, πολλά νέα επιστημονικά πεδία προστέθηκαν στις ήδη υπάρχουσες μαιευτικές υπηρεσίες. Η δημιουργία συμπληρωματικών και υποβοηθητικών υπηρεσιών ανάγκασε πολλές νέες ειδικότητες ιατρών να συνδράμουν στη μαιευτική επιστήμη, οι οποίοι με τις γνώσεις και υπηρεσίες τους ανέβασαν το συνολικό επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας. Η εξέλιξη της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής χρειάζεται την συνδρομή, πέρα του μαιευτήρα και του νοσηλευτικού προσωπικού, και του βιολόγου και του γενετιστή. Οι εμβρυολόγοι αποτελούν μετεξέλιξη ιατρών που εξειδικεύτηκαν στο τομέα της εξωσωματικής αναπαραγωγής. Στη περίπτωση χειρουργικών επεμβάσεων, η πολύτιμη βοήθεια των

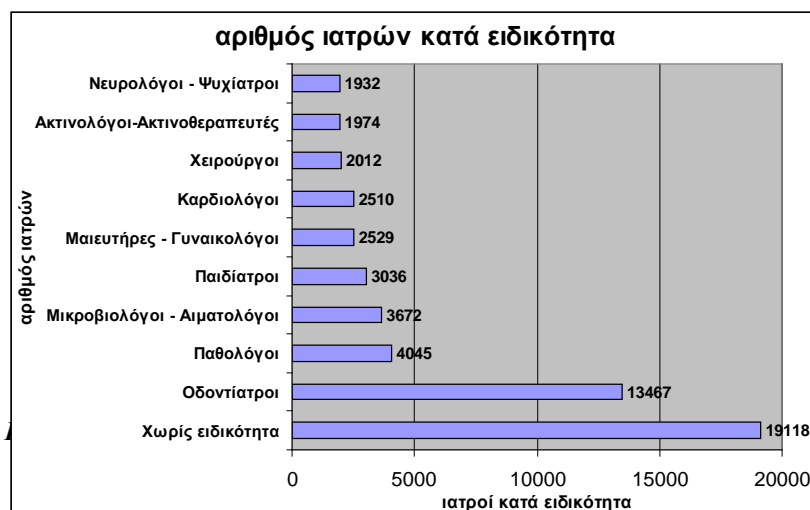
αναισθησιολόγων, ακόμη και στη περίπτωση του φυσιολογικού τοκετού με επισκληρίδιο αναλγησία, κρίνει ως απαραίτητη τη συμμετοχή τους στη παροχή μαιευτικών υπηρεσιών. Η ανάδειξη της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου τα τελευταία χρόνια έκανε σημαντική τη συχνή συνεργασία των γυναικών με τις μαίες, οι οποίες περιορίζονταν μόνο στο χώρο του νοσοκομείου και την ώρα του τοκετού. Η εμπλοκή όλο και περισσότερων επαγγελματιών στο χώρο των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας έχει προσφέρει πολύτιμη ανάπτυξη στις μαιευτική επιστήμη αλλά σε πολλές περιπτώσεις περιπλέκει την οικονομική δραστηριότητα.

### **Μαιευτήρες – γυναικολόγοι**

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2005 υπήρχαν 2.529 μαιευτήρες στη χώρα μας. Από αυτούς, 1.329 (περίπου το 52,5% επί του συνόλου) εργάζονταν στο νομό Αττικής. Σύμφωνα με τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών (Ι.Σ.Α.), οι χειρουργοί είναι οι γιατροί που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα ανεργίας και ακολουθούν οι μαιευτήρες -γυναικολόγοι, οι παθολόγοι, οι ορθοπεδικοί και οι καρδιολόγοι. Η Ελλάδα έχει την υψηλότερη αναλογία κατοίκων ανά γιατρό στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία, κάθε γιατρός αναλογεί σε τουλάχιστον 185 Έλληνες, όταν η μέση αναλογία στην Ευρώπη είναι ένας γιατρός ανά 350 - 400 κατοίκους. Το πρόβλημα συνεχίζει να διογκώνεται, αφού ως σήμερα δεν έχουν ληφθεί μέτρα για την αντιμετώπισή του. Κάθε χρόνο μπαίνουν στο σύστημα υγείας περίπου 2.000 νέοι γιατροί, εκ των οποίων περίπου 1.000 προέρχονται από τα ελληνικά πανεπιστήμια, 700 από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες και 300 από άλλες χώρες της Ευρώπης, ενώ συνταξιοδοτούνται μόνο 500 γιατροί. *«Ο πληθωρισμός των γιατρών ευθύνεται για την ανεργία στον κλάδο, για το επίπεδο εκπαίδευσης, λόγω της δυσκολίας να υπάρξουν προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης για τόσο μεγάλο αριθμό γιατρών. Ευθύνεται τέλος και για τη λεγόμενη «προκλητή ζήτηση» υπηρεσιών υγείας και τις συχνά περιττές διαγνωστικές εξετάσεις, επεμβάσεις και φαρμακευτικές θεραπείες, στις οποίες καταφεύγουν αρκετοί γιατροί προκειμένου να αυξήσουν το εισόδημά τους».*<sup>27</sup> Οι εγγεγραμμένοι στον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) γιατροί έχουν ξεπεράσει τους 3.500, ενώ από τους 19.000 «αθηναίους» θεράποντες του Ιπποκράτη περισσότεροι από 1.000 έχουν

<sup>27</sup> Δηλώσεις του αντιπροέδρου του Ιατρικού Συλλόγου Αθήνας (Ι.Σ.Α.) κ. Γ. Πατούλη, στην εφημερίδα «Το ΒΗΜΑ», στις 17/06/2001, Σελ.: Α42.

δηλώσει στον Ι.Σ.Α. ότι δεν εργάζονται πουθενά. Από αυτούς μόνο οι μισοί δεν έχουν πάρει ειδικότητα.



Διάγραμμα 4.1

#### Ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι, κατά γεωγρ. διαμέρισμα (2005).

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 4.1, οι περισσότεροι ιατροί, πέραν αυτών χωρίς ακόμη ειδικότητα, είναι οι οδοντίατροι, σε ποσοστό 19,44% επί του συνόλου των ιατρών και ακολουθούν οι παθολόγοι (5,84%), οι μικροβιολόγοι – αιματολόγοι (5,30%), οι παιδίατροι (4,38%), οι μαιευτήρες – γυναικολόγοι (3,65%) και οι καρδιολόγοι (3,62%). Το υπόλοιπο 30,17% του συνόλου των ιατρών μοιράζεται σε άλλες ειδικότητες, όπως σε αυτές του νευρολόγου - ψυχιάτρου, του ορθοπαιδικού, του δερματολόγου, του γαστρεντερολόγου, του νεφρολόγου, του ενδοκρινολόγου, του ιατροδικαστή και άλλες.

Η ειδικότητα του μαιευτήρα – γυναικολόγου διαφαίνεται κορεσμένη στην Ελλάδα και ακόμη περισσότερο στην Αθήνα. Ο αριθμός αυτών υπερκαλύπτει τις πραγματικές ανάγκες σε μαιευτικές υπηρεσίες. Ωστόσο πολλοί ιατροί εξακολουθούν να επιλέγουν την ειδικότητα της μαιευτικής. Η αιτιολογία της επιλογής αυτής δεν τεκμηριώνεται με κάποια επίσημη έρευνα, ωστόσο γίνεται λόγος για έναν χώρο όπου το κέρδος είναι σχετικά μεγαλύτερο σε σχέση με άλλες ειδικότητες. Τα επαγγελματικά δικαιώματα των μαιευτήρων είναι πολλά, οι χώροι άσκησης του επαγγέλματος θεωρούνται πολλοί και ποικίλοι. Αλλά και πάλι η κάλυψη μεγάλου μέρους της αγοράς από ορισμένους ιατρούς που με τα χρόνια έχουν αποκτήσει συγκεκριμένη φήμη και πελατεία, δεν επιτρέπει πολλά

<sup>28</sup> Στο Διάγραμμα 4.1 παρουσιάζονται οι 10 πρώτες, κατά ποσοστιαία αναλογία, κατηγορίες ειδικοτήτων από τις 29 καταγεγραμμένες στην Ε.Σ.Υ.

περιθώρια κέρδους και άσκησης του επαγγέλματος σε νεότερους εισερχόμενους ιατρούς. Στα ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας, οι περισσότεροι από τους μαιευτήρες καλούνται να γίνουν μέτοχοι των επιχειρήσεων προκειμένου να ασκήσουν το έργο τους, μία πρακτική που αφήνει πολλούς άλλους εκτός. Αντίθετα, άλλοι συνεργάζονται με δύο ή και με τα τρία μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας και αναλόγως της φήμης και του αριθμού εισαγωγών που φέρνουν, έχουν και πιο πλεονεκτική αντιμετώπιση στο χώρο του μαιευτηρίου.

#### Πίνακας 4.2

Κατανομή μαιευτήρων – γυναικολόγων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, 2004.

<i>Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι</i>	<i>αριθμός</i>	<i>ποσοστό</i>
Νομός Αττικής	1.329	52,55%
Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	88	3,47%
Πελοπόννησος	154	6,08%
Ιόνιοι Νήσοι	34	1,34%
Ήπειρος	62	2,45%
Θεσσαλία	101	3,99%
Μακεδονία	512	20,24%
Θράκη	72	2,84%
Νήσοι Αιγαίου	68	2,68%
Κρήτη	109	4,31%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>2.529</b>	<b>100%</b>

*Πηγή : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, (2005).*

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.2, το 52,55% των μαιευτήρων ασκούν το έργο τους στο νομό Αττικής, το 20,24% στη Μακεδονία, το 6,08% στη Πελοπόννησο, το 4,31% στη Κρήτη, το 3,99% στη Θεσσαλία, το 3,47% στη Στερεά Ελλάδα και στην Εύβοια (εκτός του νομού Αττικής), το 2,84% στη Θράκη, το 2,68% στα νησιά του Αιγαίου, το 2,45% στην Ήπειρο και τέλος το 1,34% στα νησιά του Αιγαίου. Η κατανομή των μαιευτήρων – γυναικολόγων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα δεν συμβαδίζει αναλογικά με τις αντίστοιχες γεννήσεις. Ενώ οι γεννήσεις στην Αττική το 2004 αντιστοιχούσαν στο 38% περίπου των συνολικών γεννήσεων στην Ελλάδα, στην Αθήνα εργάζεται το 52,55% των μαιευτήρων. Αντίθετα, στη Θεσσαλία, ενώ ο αριθμός των γεννήσεων αποτελούσαν το 6,5% περίπου του συνόλου των γεννήσεων, το 4% των μαιευτήρων – γυναικολόγων ασκούσαν το έργο τους στο ίδιο γεωγραφικό διαμέρισμα.

Τρεις βασικές προτάσεις για την αντιμετώπιση της ανεργίας στον ιατρικό κλάδο είναι η ολοκλήρωση του υγειονομικού χάρτη, ο οποίος θα ανανεώνεται συχνά, προκειμένου να γνωρίζουν όλοι κάθε στιγμή σε ποιες περιοχές της χώρας υπάρχουν πραγματικές ανάγκες, η δημιουργία κινήτρων οικονομικών και επιμόρφωσης στους γιατρούς που εργάζονται σε μονάδες υγείας απομακρυσμένων περιοχών και η μείωση του αριθμού των γιατρών που βγαίνουν από τις ιατρικές σχολές, κυρίως του εξωτερικού. Με την μείωση του αριθμού των ιατρών και των μαιευτήρων επιτυγχάνεται η αποφυγή δυσμενών οικονομικών φαινομένων, όπως η προκλητή ζήτηση, με την δημιουργία του υγειονομικού χάρτη αναγνωρίζονται και καλύπτονται με μεγαλύτερη επιτυχία οι πραγματικές ανάγκες σε ολόκληρη τη χώρα και με τα κίνητρα, οικονομικά και επιμορφωτικά, επιτυγχάνεται η αύξηση της ποιότητας σε πολλούς τομείς της φροντίδας υγείας.

Ο αριθμός των μαιευτήρων στη χώρα μας δεν φαίνεται να επηρεάζει άμεσα την προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών. Από την μεριά του καταναλωτή, η δυνατότητα επιλογής του προσφέρει αίσθημα ικανοποίησης και υπεροχής. Έμμεσα όμως, ζημιώνεται η ίδια η κοινωνία από την ανεργία που προκύπτει, όπως συμβαίνει και με όλες τις ειδικότητες ιατρών, αλλά και από τη δημιουργία οικονομικών φαινομένων όπως από τη προκλητή ζήτηση και την ασύμμετρη πληροφόρηση.

### ***Μαίες – μαιευτές***

Ο αριθμός των μαιών και μαιευτών σε όλη την Ελλάδα κυμαίνεται κατά προσέγγιση σε 5.000.<sup>29</sup> Λίγες είναι οι μαίες που είναι άνεργες, γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στην απορρόφηση τους σε πολλούς υγειονομικούς τομείς και σε ιατρεία μαιευτήρων – γυναικολόγων. Τα επαγγελματικά δικαιώματα και υποχρεώσεις αυτών είναι λεπτομερώς ορισμένα σε νομοθετικό διάταγμα, το 2593/53. Ορισμένα από αυτά είναι η εκτέλεση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικών οδηγιών, η λήψη και καταγραφή μαιευτικού ιστορικού, η παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας της εγκύου, επιτόκου, λεχώνας και νεογέννητου στο νοσοκομείο και στο σπίτι, η συνταγογράφηση φαρμάκων, (βιταμίνης, σιδήρου, σπασμολυτικών, πεθιδίνης, μητροσυσταλτικών, μητροσυσπαστικών, τοπικών αναισθητικών), η έκδοση πιστοποιητικού γέννησης (δήλωση) σε περίπτωση εκτέλεσης τοκετού από την ίδια. Στα

<sup>29</sup> Πηγή : στοιχεία από τον Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών – Μαιευτών Αθηνών

ειδικά καθήκοντα περιλαμβάνονται επαγγελματικά δικαιώματα όπως η διάγνωση της εγκυμοσύνης και η κλινική παρακολούθηση της φυσιολογικής εγκυμοσύνης, η παροχή οδηγιών στο τομέα της υγιεινής και της διατροφής, η κατάρτιση προγράμματος προετοιμασίας γονέων για το μελλοντικό τους ρόλο και η εξασφάλιση πλήρους προετοιμασίας για τον φυσικό τοκετό (ψυχοπροφυλακτική), η παρακολούθηση, φροντίδα, προετοιμασία και βοήθεια της επιτόκου κατά τον τοκετό, ο έλεγχος της κατάστασης του εμβρύου και της λειτουργίας της μήτρας με όλα τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, η εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού, περινεοτομίας, μετά από τοπική αναισθησία και συρραφή περινέου (μέχρι ρήξεως 2<sup>ου</sup> βαθμού). Κατά τη λοχεία, ορισμένα από τα καθήκοντα και επαγγελματικά δικαιώματα της μαιάς είναι η παρακολούθηση και νοσηλευτική φροντίδα λεχώνας στο νοσοκομείο και στο σπίτι μέχρι 6 εβδομάδες, και του νεογέννητου μέχρι την 28<sup>η</sup> ημέρα, η παροχή βοήθειας και καθοδήγησης για την εγκατάσταση και διατήρηση του μητρικού θηλασμού.

Το επάγγελμα της μαιάς στην Ελλάδα, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θεωρείται υποβαθμισμένο. Ενώ τα επαγγελματικά δικαιώματα της είναι πλούσια και περιλαμβάνουν τα βασικά πεδία μαιευτικών υπηρεσιών, η πραγματικότητα δεν αντικατοπτρίζεται στα διατάγματα και τους κανονισμούς. Το επίπεδο των σπουδών της Ελληνίδας μαιάς θεωρείται υψηλό και η εξειδίκευση της στη μαιευτική ικανή. Στη συντριπτική πλειοψηφία των μαιών, μετά την απόκτηση του τίτλου σπουδών, ελάχιστοι είναι οι τοκετοί που θα εκτελέσει μία μαιά, αφού η ελληνική πραγματικότητα θέλει τον μαιευτήρα να εκτελεί και τον φυσιολογικό τοκετό.

Αντικειμενικά αίτια για τον παραγκωνισμό του ρόλου της μαιάς στην ελληνική κοινωνία δεν καταγράφονται, παρά μόνο δείκτες, ενδείξεις και εμπειρικά στοιχεία. Ως σπουδαιότεροι λόγοι φαίνονται τα εξής. Οι ίδιες οι μαιές φαίνονται να έχουν «παραιτηθεί» των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων τους. Ο φόβος της ευθύνης διαχείρισης μίας επιπλοκής της εγκυμοσύνης, του τοκετού και οι νομικές κυρώσεις που μπορούν να επιφέρουν έχουν οδηγήσει στην «άγραφη» παραχώρηση δικαιωμάτων στους μαιευτήρες. Ταυτόχρονα η ανάληψη δευτερευόντων και λιγότερο υπεύθυνων υποχρεώσεων δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας στις νέες μαιές και η κατάσταση διαιωνίζεται και στις επόμενες γενιές. Από την άλλη όψη του νομίσματος, οι μαιευτήρες, με κύρια ευθύνη την παρακολούθηση παθολογικών καταστάσεων στην κύηση και την εκτέλεση της τελικής πράξης του τοκετού στις περιπτώσεις αυτές, έχουν παραλάβει την υποχώρηση των μαιών και πλέον μονοπωλούν επαγγελματικά τον φυσιολογικό τοκετό και την παρακολούθηση της κύησης.

Εξίσου σημαντικός λόγος που κύριοι εκφραστές της μαιευτικής επιστήμης είναι πλέον οι μαιευτήρες, είναι η γνώμη και γνώση των γυναικών που κυοφορούν. Υπάρχει σχετική παραπληροφόρηση αλλά και ελλιπής ενημέρωση ως προς τις πιθανές επιλογές μίας γυναίκας για το που και ποιος θα την βοηθήσει να γεννήσει. Το βάρος της ελλιπούς ενημέρωσης φαίνεται να πέφτει περισσότερο στους επαγγελματίες των μαιευτικών υπηρεσιών παρά στις ίδιες τις γυναίκες. Οι μαιές πλέον δεν διεκδικούν την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και την εκτέλεση του τοκετού, κάτι που δεν γίνεται εύκολα γνωστό στις ενδιαφερόμενες γυναίκες. Από την άλλη, οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που έχουν συντελεστεί στην ελληνική κοινωνία έχουν τοποθετήσει το πρότυπο του ιατρού υψηλά στη κοινωνική ζωή των Ελλήνων, και επιπλέον το αίσθημα ασφάλειας κάθε γυναίκας υπαγορεύει τη λύση του μαιευτήρα.

Στην Ευρώπη, κύριοι πάροχοι των βασικών μαιευτικών υπηρεσιών είναι οι μαιές. Ενώ παγκόσμιοι οργανισμοί μαιών αγωνίζονται για την ασφάλεια του τοκετού και την επιστημονική εγρήγορση σε θέματα φυσικού τοκετού, στην Ελλάδα οι μαιές «μάχονται» για την παραμονή και κυριότητα τους ακόμη και στα τμήματα Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, έναντι των νοσηλευτριών. Η Ελλάδα, ανεπίσημα, έχει υιοθετήσει έμμεσα το αμερικάνικο πρότυπο εφαρμογής μαιευτικών υπηρεσιών και η πρακτική των ευρωπαϊκών προτύπων φαντάζει πρωτοποριακή. Και ενώ το 2001 οι υπουργοί υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνυπέγραψαν την Διακήρυξη του Μονάχου, που ενδυνάμωνε το ρόλο των μαιών και νοσηλευτριών στο χώρο της υγείας, για άλλη μία φορά η ουσιαστική εφαρμογή στη χώρα δεν επετεύχθη ποτέ.

#### **4.3.2 Μαιευτικές κλίνες**

Η βασικότερη ίσως μεταβλητή που συνδέεται άμεσα με τη χρησιμοποίηση των μαιευτικών υπηρεσιών είναι η διαθεσιμότητα των κλινών. Υπάρχει μία δυσκολία ως προς την απομόνωση των καθαρώς μαιευτικών κλινών από τις γενικώς γυναικολογικές που χρησιμοποιούνται για τη περίθαλψη και τη νοσηλεία γυναικών με γυναικολογικά προβλήματα. Ωστόσο, η ύπαρξη γυναικολογικών ή και μαιευτικών τμημάτων με τον αντίστοιχο αριθμό κλινών αποτυπώνει την εικόνα της διαθέσιμης προσφοράς.

Η προσφορά κλινών και μαιευτικών αιθουσών, σε συνδυασμό με την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη διαθεσιμότητα τους, ασκεί τη δική της επίδραση στη χρησιμοποίηση και στην τελική επιλογή των χρηστών. Παράδειγμα αποτελεί το εξής



φαινόμενο, η μη ύπαρξη ιδιωτικών μαιευτικών κλινών σε ορισμένους νομούς της χώρας να οδηγεί τις εγκύους γυναίκες στη χρησιμοποίηση δημόσιων υπηρεσιών ή στη μετακίνηση τους σε άλλα αστικά κέντρα. Πραγματικά, παλαιότερη μελέτη έχει δείξει πως ο συνολικός αριθμός των τοκετών που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο στη περιοχή της Αθήνας υπερβαίνει κατά 25% σχεδόν τον αριθμό των τοκετών από γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα ή τα προάστια της.<sup>30</sup>

**Πίνακας 4.3**

**Αριθμός μαιευτικών κλινών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, (2004).**

<i>ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ</i>	<i>ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ</i>
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ</b>	<b>544</b>	<b>39,28%</b>
<b>ΛΟΙΠΗ ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ &amp; ΕΥΒΟΙΑ</b>	<b>65</b>	<b>4,69%</b>
<b>ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ</b>	<b>107</b>	<b>7,73%</b>
<b>ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ</b>	<b>0</b>	<b>0,00%</b>
<b>ΗΠΕΙΡΟΣ</b>	<b>30</b>	<b>2,17%</b>
<b>ΘΕΣΣΑΛΙΑ</b>	<b>159</b>	<b>11,48%</b>
<b>ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ</b>	<b>374</b>	<b>27,00%</b>
<b>ΘΡΑΚΗ</b>	<b>26</b>	<b>1,88%</b>
<b>ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ</b>	<b>35</b>	<b>2,53%</b>
<b>ΚΡΗΤΗ</b>	<b>45</b>	<b>3,25%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.385</b>	<b>100%</b>

*Πηγή : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, (2005).*

Στον Πίνακα 4.3 παρατίθενται ο αριθμός των μαιευτικών κλινών σε όλη την ελληνική επικράτεια, το έτος 2004, σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ. Ο μεγαλύτερος αριθμός κλινών συγκεντρώνεται στην περιφέρεια της Αθήνας, σε ποσοστό περίπου 40% και στη Μακεδονία, σε ποσοστό 27%. Μεγάλος αριθμός κλινών συναντάται στη Θεσσαλία, σε ποσοστό 11,48% και ακολουθούν η Πελοπόννησος, με ποσοστό 7,73%, η λοιπή Στερεά και Εύβοια, με 4,69%, η Κρήτη με 3,25%, τα νησιά του Αιγαίου με 2,53% και η Ήπειρος με 2,17%. Τέλος, στη Θράκη υπάρχει το 1,88% των μαιευτικών κλινών της ελληνικής επικράτειας ενώ στα νησιά του Ιονίου δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες μαιευτικές κλίνες.

Η υπεροχή του ιδιωτικού τομέα δεν περιορίζεται μόνο στο επίπεδο των προσφερόμενων κλινών αλλά και σε αυτό των τοκετών, παρά το ότι η επιλογή του

<sup>30</sup> Μάνος Μαρσαγγάνης, «Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα», 2001, εκδόσεις Κριτική.

ιδιωτικού τομέα συνεπάγεται υψηλό ατομικό κόστος. Ένα μεγάλο ποσοστό γεννήσεων λαμβάνει χώρα σε μαιευτήρια των Αθηνών, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό σε όλες τις άλλες περιοχές της Αθήνας. Κάτι τέτοιο δηλώνει πως πολλές μετακινήσεις επιτόκων, με σκοπό τον τοκετό πραγματοποιούνται με κατεύθυνση από τον τόπο διαμονής τους προς τη πρωτεύουσα. Στην περιοχή της πρωτεύουσας η υπεροχή του ιδιωτικού είναι ακόμη πιο διακριτή ενώ περιορίζεται στο επίπεδο της υπόλοιπης Ελλάδας. Οι γεννήσεις ανά κλίνη είναι περισσότερες στη περίπτωση της πρωτεύουσας, εν αντιθέσει με την υπόλοιπη Ελλάδα, κάτι που καταδεικνύει πως η Αθήνα φαίνεται να αξιοποιεί καλύτερα τη διαθεσιμότητα των κλινών, σε σχέση με την υπόλοιπη Ελλάδα. Ο μικρότερος αριθμός γεννήσεων ανά κλίνη στην υπόλοιπη Ελλάδα δείχνει ότι η προσφορά των μαιευτικών κλινών στη περιφέρεια δεν σχετίζεται με την υφιστάμενη ζήτηση και επομένως υπάρχει ανάγκη αναδιάρθρωσης των συγκεκριμένων κλινών έτσι ώστε να αξιοποιηθούν σε άλλες νοσοκομειακές δραστηριότητες, γεγονός που ισχύει τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

#### Πίνακας 4.4

Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών στην Ελλάδα, ανά ειδικότητα,(2004).

<i><b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ</b></i>	<i><b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ</b></i>	<i><b>ΚΛΙΝΕΣ</b></i>
Γενικά	181	35.422
Μικτά	11	828
Αντικαρκινικά	4	1192
Αφροδισίων – Δερματικά	2	167
Καρδιολογικά	2	42
Λοιμωδών - Λεπροκομείο	1	100
Μαιευτικά - Γυναικολογικά	37	1.385
Νευροψυχιατρικά	51	9.902
Ορθοπαιδικά	4	488
Οφθαλμολογικά	4	76
Παθολογικά	10	524
Παιδιατρικά	6	1.462
Φυματιολογικά	1	51
Χειρουργικά	3	180
Ωτορινολαρυγγολογικά	2	52
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>319</b>	<b>51.817</b>

Πηγή : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, (2004).

Στον Πίνακα 4.4, παρατίθεται ο καταγεγραμμένος αριθμός των θεραπευτηρίων της χώρας, δημόσιων και ιδιωτικών, το έτος 2004. Τα μαιευτικά – γυναικολογικά θεραπευτήρια είναι 37 σε ολόκληρη την επικράτεια. Τα περισσότερα είναι γενικά

θεραπευτήρια και νευροψυχιατρικά ενώ ακόμη και τα μικτά και τα παθολογικά είναι λιγότερα από τα μαιευτικά.

Η πληρότητα των μαιευτικών κλινών, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, δηλαδή η ένταση χρησιμοποίησης κάθε κλίνης μέσα στο έτος, είναι μεγαλύτερη για τον ιδιωτικό τομέα στην Αθήνα απ' ό τι για τον δημόσιο. Τα χαμηλά ποσοστά, σε σχέση με την πληρότητα κλινών σε άλλες ειδικότητες, δείχνουν την ανάγκη επανεξέτασης του ρόλου των υφιστάμενων κλινών, ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα, ο οποίος δεν αντιμετωπίζει μεγάλη ζήτηση στην ειδικότητα της γυναικολογίας.

Την τελευταία δεκαετία πραγματικά παρατηρείται, ιδίως στον ιδιωτικό τομέα, μία τάση μείωσης ή μετατροπής μαιευτικών κλινών σε γενικές κλίνες. Η τάση αυτή χαρακτηρίζεται ενδεικτικά με τη μετατροπή του ιδιωτικού μαιευτηρίου «Μητέρα» σε γενικό χειρουργικό κέντρο. Η αναδιάρθρωση αυτή φαίνεται απαραίτητη για όλες τις υφιστάμενες μεγάλες ιδιωτικές μονάδες. Το περιβάλλον αυτό δεν αντιμετωπίζει μόνο τον ανταγωνισμό αλλά και τη μείωση της ζήτησης. Όσο για τον δημόσιο τομέα, η εξέταση με διαφορετικό πρίσμα των μαιευτικών υπηρεσιών κρίνεται αναγκαία, εάν είναι πραγματικά επιθυμητή η αύξηση της παραγωγικότητας τους.

#### **4.3.3 Μαιευτικές κλινικές και νοσοκομεία**

Η σημασία και η προσφορά των δημόσιων νοσοκομείων ήταν πάντοτε πολύ μεγάλη. Στη μακρόχρονη ιστορία του, το δημόσιο νοσοκομείο αντιμετώπισε πολλές δυσκολίες, περιέθαλψε χιλιάδες άπορους, ανώνυμους, επώνυμους, τραυματίες πολέμων, μετανάστες, πρόσφυγες, πολίτες. Επώνυμοι δωρητές και η Εκκλησία συνέβαλαν αποφασιστικά στην ανάπτυξη του πρώτου δικτύου δημόσιων νοσοκομείων. Σχεδόν όλα αυτά τα νοσοκομεία έγιναν με προδιαγραφές μίας άλλης εποχής για να εξυπηρετήσουν άλλες ανάγκες, πληθυσμό υποπολλαπλάσιο του σημερινού και ένα αδύναμο κράτος. Οι σημερινές ανάγκες, πολιτισμικές και ιατρικές έχουν αλλάξει πολύ.

Η Αθήνα το 1834 έγινε πρωτεύουσα του νεοσύστατου τότε κράτους και αμέσως έγινε αντιληπτή η ανάγκη δημιουργίας νοσοκομείων. Το 1836 ανηγέρθη το Στρατιωτικό Νοσοκομείο στη περιοχή του Μακρυγιάννη και την ίδια χρονιά θεμελιώθηκε και το πολιτικό νοσοκομείο «Ελπίς», στη έρημη τότε τοποθεσία της Αγίας Σιών, επί της μετέπειτα οδού Ακαδημίας. Το «Δημόσιο Μαιευτήριο Αθηνών» λειτουργούσε από το 1838 και σε αυτό λειτούργησε η πρώτη σχολή μαιών. Έως το 1926, είχε 70 κλίνες

δύναμη. Το 1886 θεμελιώθηκε το «Τζάνειο» και το 1927 λειτούργησε επιπλέον πτέρυγα ως μαιευτήριο, με δύναμη 10 κλινών, με κύριο στόχο τη δωρεάν παροχή περίθαλψης στους δημότες Πειραιά και κυρίως των απόρων.

Το 1926, η Έλενα Βενιζέλου διαπίστωσε ότι στην ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας (400.000 κάτοικοι τότε) υπήρχαν τρία μαιευτήρια, το «Δημόσιο Μαιευτήριο», το μαιευτικό τμήμα «Τζανείου» και το «Δημοτικό Μαιευτήριο», τα οποία λειτουργούσαν υποτυπωδώς με ανεπαρκή επιστημονικά μέσα και με προσωπικό ακατάλληλα καταρτισμένο. Κατόπιν επισκέψεως της στο μαιευτήριο της Λωζάννης και συζητήσεων με αρχιτέκτονες, αποφάσισε να χαρίσει στην Αθήνα ένα άρτια επιστημονικό μαιευτήριο, που να καλύπτει τις ανάγκες της πρωτεύουσας και να καταρτίζει επιστήμονες μαιείες για όλη την Ελλάδα και κυρίως για την ύπαιθρο. Στις 16 Φεβρουαρίου 1933 εγκαινίασε το μεγάλο κεντρικό κτίριο του σημερινού μαιευτηρίου, το οποίο ονόμασε Μαρίκα Ηλιάδη. Το 1940, μετά από ιταλική επίθεση, διεκόπη η λειτουργία του. Το 1942 στεγάστηκε στο ίδρυμα και το Δημόσιο Μαιευτήριο, έως το 1955. Έως το 1959 ανηγέρθηκαν και δύο νέες κτιριακές μονάδες, το κτίριο όπου στεγάστηκε η σχολή μαιών καθώς και ένα βοηθητικό κτίριο. Το 1962 σχεδιαστήκαν και έγιναν τα επόμενα χρόνια άλλα δύο κτίρια που κάλυψαν επιπλέον ανάγκες. Στο Έλενα Βενιζέλου δημιουργήθηκε και η πρώτη μονάδα πρόωρων νεογνών στην Ελλάδα, το έτος 1947. Το 1988 υπογράφηκε σύμφωνο αγοραπωλησίας των κτιρίων του νοσοκομείου μεταξύ του Δ.Σ. του ιδρύματος «Μαρίκα Ηλιάδη» και του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Έτσι το μαιευτήριο έγινε δημόσιο.

Το Δημόσιο Μαιευτήριο Αθηνών λειτούργησε το 1838. Φιλοξενήθηκε το 1942 στο Μαρίκα Ηλιάδη, έως και το 1954. Με σύμβαση που είχε υπογραφεί δώδεκα χρόνια νωρίτερα μεταξύ του τότε υπουργείου Πρόνοιας και του Δημοσίου Μαιευτηρίου Αθηνών αφενός και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, άρχισαν οικοδομικές επιχειρήσεις στην σημερινή τοποθεσία του «Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα». Με διάταγμα του 1955 αναμορφώθηκε ο οργανισμός του νοσοκομείου και μετονομάστηκε σε «Μαιευτήριο Αλεξάνδρας». Η τελευταία αναμόρφωση του οργανισμού έγινε το 1986 και μετονομάστηκε σε «Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα». Το Αρεταίειο νοσοκομείο θεμελιώθηκε το 1894 και λειτούργησε από το 1896 μόνο ως χειρουργική κλινική. Με τη μυστική διαθήκη του, ο Θεόδωρος Αρεταίος προσέφερε το σύνολο σχεδόν της περιουσίας του στο Πανεπιστήμιο Αθηνών για τη δημιουργία πανεπιστημιακών κλινικών χειρουργικής και γυναικολογικής. Πράγματι, το 1906 δημιουργήθηκε και η Β' Χειρουργική και Γυναικολογική Κλινική και το 1922 ιδρύθηκε για πρώτη φορά έδρα

γυναικολογίας. Σε αρκετά δημόσια νοσοκομεία που προστέθηκαν τα τελευταία χρόνια στο δίκτυο λειτουργούν γυναικολογικές και μαιευτικές κλινικές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν το «Θριάσιο» Νοσοκομείο και το «Αττικό» Νοσοκομείο

Η πρώτη μεγάλη ιδιωτική μαιευτική και γυναικολογική μονάδα που δημιουργήθηκε στην Αθήνα ήταν το «Λητώ», το 1970. Εμπνευστές και δημιουργοί ήταν μία ομάδα από μαιευτήρες και γυναικολόγους. Το 1991 μετατράπηκε σε Α.Ε., ενώ το 1995 επεκτάθηκε κτιριακά. Το «Λητώ», αν και τα επόμενα χρόνια δημιουργήθηκαν και άλλες μεγάλες ιδιωτικές μονάδες, κατόρθωσε να συγκεντρώσει μεγάλο ποσοστό της αγοράς των μαιευτικών υπηρεσιών, διατηρώντας μεγάλη κερδοφορία, κάτι που προσέλκυσε το ενδιαφέρον επενδυτών.

Το μαιευτήριο «Μητέρα» (Γράφημα 4.2) ήταν και αυτό δημιούργημα μίας ομάδας 30 ιατρών, μαιευτήρων – γυναικολόγων. Τον Απρίλη του 1979 άνοιξε τις πύλες του, έχοντας στο δυναμικό του 300 κλίνες. Τον Αύγουστο του 2000 η εταιρία εξαγόρασε το 34% των μετοχών του «Λητώ» ενώ τον Δεκέμβρη του 2006 ανακοινώθηκε η εξαγορά ποσοστού άνω του 86% των μετοχών του «Λητώ», με δικαίωμα ψήφου. Η νέα συμμαχία πλέον αντιπροσωπεύει πάνω από 16.000 τοκετούς ετησίως, με συνολική δυναμικότητα άνω των 500 κλινών. Στο «Μητέρα» υπάρχουν περισσότεροι από 600 ιατροί, μαιευτήρες – γυναικολόγοι κατά κύριο λόγο, 200 εκ των οποίων είναι μέτοχοι της εταιρίας. Ο κύκλος εργασιών το 2005 ξεπέρασε τα 62 εκατ. ευρώ (αυξημένος κατά 8,3% σε σχέση με το 2004), ενώ τα κέρδη προφόρων ανήλθαν σε 16,8 εκατ. ευρώ έναντι 15,6 εκατ. ευρώ το 2004.

Η κλινική «Ιασώ» ξεκίνησε τη λειτουργία της το Μάιο του 1996. Μεγάλο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ήταν οι σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις και ο πρωτόγνωρος για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ξενοδοχειακός εξοπλισμός. Σε διάστημα μόλις 7 ετών το «Ιασώ» κατέλαβε τη δεύτερη θέση σε πωλήσεις μεταξύ των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών, με ποσοστό 23,4%. Το 1999 απέκτησε τον έλεγχο του μαιευτηρίου «Ηρα» το οποίο συνεχίζει τη λειτουργία του με άλλη ονομασία, ως γενική κλινική.

Το 2000 η «Ιασώ Α.Ε.» εισήχθη στη κύρια αγορά του Χρηματιστηρίου Αξιών Αθηνών και το 2001 ιδρύθηκαν δύο νέες θυγατρικές εταιρίες (Ιασώ Νοτίων Προαστίων Γενική Κλινική, Ιδιωτικό Μαιευτήριο και Σύγχρονο Πολυδύναμο Κέντρο Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Α.Ε.) και τον Δεκέμβριο του 2002 άλλες δύο. Το 2004 επελέγη ως επίσημος αδειούχος Υπουργείου Υγείας και Φιλοξενίας κατά τους Ολυμπιακούς Αγώνες.

Τα τρία αυτά ιδιωτικά μαιευτήρια αυτά έχουν συνολικά 812 μαιευτικές κλίνες, εκ των οποίων τις 382 έχει το Μητέρα, τις 330 το Ιασώ και τις 100 το Λητώ. Σήμερα, όλες οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές είναι εγκατεστημένες στις περιοχές των Β. Προαστίων (Μαρούσι, Χαλάνδρι) ή σε βόρειες περιοχές του Δήμου Αθηναίων, ενώ δεν υπάρχουν αντίστοιχα θεραπευτήρια στην ευρύτερη περιοχή των Ν. Προαστίων και του Πειραιά.

Εδώ και αρκετούς μήνες, έχει γίνει γνωστή η επερχόμενη ανέγερση του πρώτου μαιευτηρίου στα Νότια Προάστια, με την επωνυμία «Ρέα». Το νέο μαιευτήριο θα λειτουργήσει στις αρχές του 2009 και αποτελεί συνολική επένδυση 71,2 εκατ. ευρώ. Το οικοπέδο όπου ανεγείρεται έχει πρόσοψη σε τρεις κεντρικούς δρόμους και θα βρίσκεται πλησίον του Φαληρικού Δέλτα, επί της Λ. Συγγρού. Η χρηματοδότηση του έργου γίνεται κατά 30% από τους 240 ιατρούς μετόχους και κατά 70% από τέσσερις τράπεζες, ιδιωτικές και δημόσιες. Συνολικά, το υπό κατασκευή μαιευτήριο θα έχει έκταση 20.000 τ.μ. που θα εκτείνονται σε συνολική έκταση 4.000 τ.μ. και θα έχει 208 κλίνες, συμπεριλαμβανομένων και των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας.

Σε συνέλευση των μετόχων του «Ρέα», που πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2007, η διοίκηση ανακοίνωσε ότι στόχος της είναι η δημιουργία κινήτρων που θα προσελκύσουν νέους ιατρούς αλλά και η εφαρμογή δίκαιης μετοχικής πολιτικής για όλους τους μετόχους, οι οποίοι είναι ιατροί που προέρχονται από άλλα μαιευτήρια της Αττικής. Στο πλαίσιο αυτό, προωθείται αύξηση κεφαλαίου κατά 10 εκατ. ευρώ, η οποία τοποθετήθηκε χρονικά, περίπου, στο τέλος του 2007, στην οποία συμμετέχουν και νέοι ιατροί. Σημειώνεται ότι το επιχειρησιακό σχέδιο του μαιευτηρίου έχει γίνει από το Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σύμφωνα με πληροφορίες, στα άμεσα σχέδια της βασικής ομάδας των ιατρών που ίδρυσαν το «Ρέα» είναι η δημιουργία μίας νέας επένδυσης σε μεγάλη έκταση των Ν. Προαστίων, συνολικού ύψους 50 εκατ. ευρώ, η χρηματοδότηση της οποίας θεωρείται ήδη εξασφαλισμένη.

Οι εξαγορές και συγχωνεύσεις που έλαβαν χώρα τα τελευταία κυρίως χρόνια μεταξύ των εταιρειών του κλάδου έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι παρέχουν σήμερα ευρύ φάσμα υπηρεσιών. Η στρατηγική τους στηρίζεται σε βασικούς άξονες, όπως στη γεωγραφική κάλυψη, στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών, στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη. Την περίοδο αυτή φαίνεται να βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σχέδιο συσπείρωσης των δυνάμεων του κλάδου, καθώς πέρα από τις συνεχείς επαφές για εξαγορές, οι ανακοινώσεις δημιουργίας στρατηγικών

συμμαχιών, καθώς και οι μεταγραφές ιατρών με σκοπό τη διεύρυνση της πελατείας τους, δημιουργούν νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας. Παράλληλα, στα σχέδια των ομίλων αυτών περιλαμβάνεται και η περαιτέρω ισχυροποίησή τους, όχι μόνον στην εσωτερική αγορά, αλλά και σε χώρες του εξωτερικού.

Η εμπλοκή του επενδυτικού βραχίονα του ομίλου «Marfin» στον χώρο της ιδιωτικής υγείας με την απόκτηση μεγάλου ποσοστού μετοχών των θεραπευτηρίων «Υγεία», «Μητέρα» και «Λητώ» καταδεικνύει το μεγάλο ενδιαφέρον που έχει προκύψει για τον κλάδο. Ο τζίρος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2004 προσέγγισε τα 1,2 δισ. ευρώ και εξακολουθεί να εμφανίζει αυξητικές τάσεις, λόγω της αδυναμίας των κρατικών μονάδων να ανταποκριθούν στοιχειωδώς στις απαιτήσεις των πολιτών αλλά και στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων. Έτσι, πέρα από τους παραδοσιακούς επιχειρηματίες, ο κλάδος προσελκύει και εταιρείες που διαχειρίζονται χρήματα τρίτων, οι οποίες διαβλέπουν στην υγεία μεγάλες προοπτικές ανάπτυξης και κρυφές υπεραξίες.<sup>31</sup>

Το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Στο διάστημα 1998-2004, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σημείωσαν αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,1%, για να ανέλθουν κατά το 2004 στο 46,1% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας βάσει αξίας, παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,7%. Ειδικότερα κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζει το μέγεθος αγοράς των γενικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2% και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10,9%. Σχετικά με την αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8,3%.

#### **4.4 Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα**

Η ζήτηση και η προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών στη χώρα μας αλλά και παγκοσμίως επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ποιότητα, η ασφάλεια και το κόστος. Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών σε σχέση με τις πραγματικές υγειονομικές ανάγκες των καταναλωτών και πολιτών έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την ανάλογη

---

<sup>31</sup> Τομέας Μελετών & Συμβούλων Διοίκησης της ICAP (2006)

επιλογή δημόσιων ή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Υγειονομικοί δείκτες, στατιστικά στοιχεία και δεδομένα δείχνουν αύξηση της ζήτησης των ιδιωτικών υπηρεσιών και αντίστοιχα μείωση των δημόσιων. Η ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία στη χώρα μας ήταν η μεγαλύτερη σε σχέση με το σταθμισμένο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εν αντιθέσει με την αντίστοιχη δημόσια δαπάνη.

#### Πίνακας 4.5

*Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης για υγεία (1995 – 2002) στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15 χωρών.<sup>32</sup>*

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	29,1	30,3	30	30,3	30,4	30,4	31,5	30,1
Βέλγιο	30,5	28,9	30,2	29,8	29,4	29,5	28,6	28,8
Δανία	17,5	17,6	17,7	18	17,8	17,5	17,4	16,9
Φινλανδία	24,4	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9	24,5	24,3
Γαλλία	23,7	23,9	23,8	24	24	24,2	24,1	24
Γερμανία	19,5	19,4	20,9	21,4	21,4	21,2	21,4	21,5
Ελλάδα	<b>48</b>	<b>47,1</b>	<b>47,2</b>	<b>47,9</b>	<b>46,6</b>	<b>46,1</b>	<b>44,6</b>	<b>47,1</b>
Ιρλανδία	28,4	28,6	25,4	23,5	27,2	26,7	24,4	24,8
Ιταλία	27,8	28,2	27,8	28,2	27,7	26,3	24	24,4
Λουξεμβούργο	7,6	7,2	7,6	7,7	10,2	10,3	10,2	14,6
Πορτογαλία	37,4	34,7	34,3	32,9	32,4	30,5	29,4	29,5
Ισπανία	27,8	27,6	27,5	27,8	28	28,4	28,7	28,6
Σουηδία	13,4	13,1	14,2	14,2	14,3	15,1	15,1	14,7
Η. Βασίλειο	16,1	17,1	19,6	19,6	19,4	19,1	17	16,6
Σταθμισμένος μ.ο. Ε.Ε. 15*	22,6	22,7	23,5	23,7	23,6	23,4	22,8	22,8

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

\*Δεν περιλαμβάνεται η Ολλανδία λόγω έλλειψης στοιχείων για την περίοδο 1998-2002.

Από τον Πίνακα 4.6 διακρίνεται άμεσα το υψηλό ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης των Ελλήνων κατά τα έτη 1995 -2002, σε σχέση με όλες τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15. Η χαμηλότερη δαπάνη είναι αυτή του Λουξεμβούργου, της Σουηδίας και της Δανίας και η υψηλότερη εντοπίζεται στην Ελλάδα, ακολουθώντας σε ποσοστα η Πορτογαλία και η Αυστρία.

<sup>32</sup> Πηγή : Σημειώσεις μαθημάτων Μ.Π.Σ. του καθ. Κου Βοζίκη Αθανάσιου.



Την οκταετία 1997 - 2004 οι δαπάνες των ελληνικών νοικοκυριών σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας «έτρεξαν» με μέσο ετήσιο ρυθμό της τάξης του 13 % και ξεπέρασαν το 2004 τα 1,18 δισ. ευρώ από 0,5 δισ. ευρώ το 1997. Παράλληλα το μερίδιο της ιδιωτικής συμμετοχής στο σύνολο των δαπανών υγείας αυξάνεται σταδιακά, προσεγγίζοντας σήμερα ποσοστό της τάξης του 50 %<sup>33</sup>.

Η προσφορά (αριθμός ιατρών), οι διαδικασίες πρόσβασης των γυναικών στους μαιευτήρες (ελευθερία επιλογής ιατρού, διαθεσιμότητα, χρόνος, εμπιστοσύνη, ασφάλεια, κόστος) σε συνδυασμό με τον τρόπο χρηματοδότησης των τοκετών εκ μέρους των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, αποτελούν σημεία - κλειδιά που καθορίζουν την κατανομή της αγοράς μαιευτικών υπηρεσιών μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

#### **4.4.1 Δημόσια μαιευτήρια και νοσοκομεία**

Ουσιαστικά, στην Ελλάδα υπάρχει ένα δημόσιο μαιευτήριο, το «Έλενα Βενιζέλου». Το νοσοκομείο Αλεξάνδρας έχει γίνει γενικό νοσοκομείο και λειτουργεί εξίσου ως γενικό και ως μαιευτήριο. Σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας φιλοξενούνται μαιευτικά και γυναικολογικά τμήματα, όπως και σε όλα τα νομαρχιακά νοσοκομεία της χώρας. Η νησιωτική χώρα υστερεί σε μαιευτικά τμήματα και περιορίζεται στη παροχή υπηρεσιών μόνο σε μεγάλα νησιά, όπως στη Σύρο, τη Λέσβο και τη Χίο. Σε μικρότερα νησιά η βασική μαιευτική ασκείται στα κέντρα υγείας.

Υπάρχει σήμερα η αντίληψη πως ουσιαστικά οι γυναίκες που γεννούν σε δημόσια μαιευτήρια είτε έχουν κάποια επιπλοκή είτε ανήκουν σε χαμηλά οικονομικά στρώματα, είναι δηλαδή ανασφάλιστες ή μετανάστριες και ακριβώς τον ιδιωτικό τομέα, πως δηλαδή ανώτερα οικονομικά στρώματα καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Κατά τη προηγούμενη δεκαετία, υπολογισμοί έκαναν λόγο πως πάνω από το 60% των γυναικών στις κρατικές μαιευτικές κλινικές ήταν αλλοδαπές, ενώ από το υπόλοιπο 40% των Ελληνίδων η πλειονότητα ήταν τσιγγάνες και γενικότερα γυναίκες που δεν είχαν πρόσβαση στα ιδιωτικά μαιευτήρια.<sup>34</sup>

#### **Πλεονεκτήματα**

<sup>33</sup> Στοιχεία που προκύπτουν από μελέτη που διενήργησε ο τομέας «I.C.A.P. Management Consultance» για τις «ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας».

<sup>34</sup> Πηγή : <http://www.tovima.gr> (24/11/1996 , Σελ.: A45)

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα των δημόσιων νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών θεωρείται η μεγαλύτερη και καλύτερη δυνατότητα αντιμετώπισης σοβαρών επιπλοκών και προβλημάτων. Χαρακτηριστική είναι η μετακίνηση ασθενών η περιστατικών που χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης και θεραπείας σε δημόσια νοσοκομεία ή μαιευτήρια. Η καλύτερη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών οφείλεται τόσο στην μεγάλη εμπειρία αντιμετώπισης των περιστατικών εκ μέρους των ιατρών, όσο και στη καλύτερο συχνά υλικοτεχνικό εξοπλισμό, ο οποίος όμως συναντάται σε μεγάλα και κεντρικά νοσοκομεία της χώρας.

Το συνολικό κόστος για διεκπεραίωση του φυσικού τοκετού αλλά και οποιασδήποτε άλλης μαιευτικής πράξης και υπηρεσίας είναι πολύ μικρότερο από αυτό των ιδιωτικών υπηρεσιών. Το νοσοκομειακό κόστος καλύπτεται σε μεγάλο βαθμό από τον κρατικό προϋπολογισμό και η συμμετοχή της οικογένειας στα συνολικά έξοδα είναι μικρή. Παράλληλα, τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν εξ ολοκλήρου το κόστος νοσηλείας και παραμονής των γυναικών στο δημόσιο νοσοκομείο, κάτι που θέτει πολλές οικογένειες σε σοβαρή σκέψη.

### ***Μειονεκτήματα***

Τα κυριότερα μειονεκτήματα του δημόσιου τομέα, έναντι του ιδιωτικού εντοπίζονται κυρίως στον αριθμό των κλινών, τις συνθήκες και την υποδομή, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις κτιριακές εγκαταστάσεις, την έλλειψη προσωπικού, την γραφειοκρατία και σε φαινόμενα παραοικονομίας.

Το 2002 λειτουργούσαν στο νοσοκομείο «Αλεξάνδρας» 50 μαιευτικές κλίνες, ενώ σήμερα λειτουργούν περίπου 40. Πολλές μαιευτικές κλίνες μειώνονται ή και καταργούνται σε πολλά νοσοκομεία της χώρας και της Αττικής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μαιευτική και γυναικολογική κλινική του «Ευαγγελισμού», η λειτουργία της οποίας κρίθηκε τον Μάιο του 2002 μη απαραίτητη, καθώς τα δύο δημόσια μαιευτήρια βρίσκονταν πολύ κοντά σε απόσταση. Και ενώ μελέτες δείχνουν πως η αξιοποίηση των κλινών σε άλλες νοσοκομειακές δραστηριότητες είναι απαραίτητη και στο δημόσιο τομέα, η υπερβολική μείωση του αριθμού των μαιευτικών κλινών στα δημόσια νοσοκομεία δίνει υποψίες προκλητής ζήτησης, στρέφοντας πολλές έγκυες γυναίκες προς τον ιδιωτικό τομέα. Το γεγονός πως μεγάλος αριθμός μαιευτήρων –

γυναικολόγων απασχολούνται πια στον ιδιωτικό τομέα συνηγορεί στο φαινόμενο αυτό. Στο «Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα» η πληρότητα των μαιευτικών κλινών είναι τόσο μεγάλη, μετά από σταδιακή μείωση τους τα τελευταία έτη, ώστε θεωρείται σχεδόν δεδομένη η παραμονή για τουλάχιστον μία ημέρα της λεχώνας σε δωδεκάκλινο δωμάτιο, ακόμη και αν δικαιείται μονόκλινο. Μόνο όταν απελευθερωθεί κλίνη καλύτερης θέσης είναι εφικτή η μεταφορά της γυναίκας σε δωμάτιο της επιθυμίας της.

Από το 1975 μέχρι σήμερα οι μαιευτικές κλίνες έχουν υποτριπλασιαστεί στον δημόσιο τομέα. Σήμερα λειτουργούν περίπου 500 σε όλη τη χώρα, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία. Και αν σκεφθούμε ότι αυτά τα κρεβάτια λειτουργούν σε ξενοδοχειακές υποδομές σαφώς χαμηλότερου επιπέδου, αντιλαμβάνεται κανείς γιατί ο ιδιωτικός τομέας κερδίζει έδαφος

Οι συνθήκες και η ξενοδοχειακή υποδομή, δεν μπορούν να συγκριθούν με αυτές του ιδιωτικού τομέα, κάτι που κάνει πιο ελκυστικά τα ιδιωτικά μαιευτήρια. Και όσο η κατάσταση στον δημόσιο δεν αλλάζει, τόσο οι περισσότερες γεννήσεις εξακολουθούν να πραγματοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα. Ο τοκετός έχει πλέον κοσμικό χαρακτήρα, γι' αυτό και οι περισσότερες γυναίκες σήμερα προτιμούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια. Πολλά δημόσια νοσοκομεία και μαιευτήρια έχουν πεπαλαιωμένες εγκαταστάσεις. Παρά τις αναπαλαιώσεις, την συντήρηση και τους οικονομικούς πόρους που έχουν δοθεί τα τελευταία χρόνια, το κόστος συντήρησης τους παραμένει υψηλό και δεν υπάρχει ανταπόκριση στις πραγματικές ανάγκες της σύγχρονης εποχής. Η μη ανανέωση του εξοπλισμού, η έλλειψη επαρκούς χώρου προστίθενται στα προβλήματα. Νοσοκομεία που χτίστηκαν τις δεκαετίες του 40 και 50 είχαν διαφορετικούς στόχους σε δεδομένες εποχές και ανάγκες. Τροποποιήσεις, ανανεώσεις και συντηρήσεις κοστίζουν στην ελληνική πολιτεία, χωρίς το τελικό αποτέλεσμα να είναι το αναμενόμενο.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κρίνεται ανεπαρκής και χαμηλού επιπέδου, αν και επίσημοι φορείς του δημόσιου τομέα διαφωνούν. Κύρια αίτια για την χαμηλή ποιότητα είναι η έλλειψη προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία και μαιευτήρια, η καταπόνηση του ελάχιστου προσωπικού που έχει απομείνει στα δημόσια νοσοκομεία, σε συνδυασμό με ψυχοφθόρα φαινόμενα που συνυπάρχουν, όπως η αδιαφάνεια και η αναξιοκρατία, τα οποία έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην απόδοση του εργατικού δυναμικού και συνεπώς και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έλλειψη προσωπικού είναι μεγάλη και η αναπλήρωση του περιορίζεται από γραφειοκρατικές και χρονοβόρες διαδικασίες, όπως αυτής του Ανώτατου Συμβούλιου Επιλογής Προσωπικού. Από την άλλη, το φαινόμενο της πελατειοκρατίας που υπάρχει στη πολιτική ζωή της

χώρας έχει ως συνέπεια πολλές μετατάξεις, μεταθέσεις και τελικά την μη κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων. Η έλλειψη προσωπικού έχει επιπτώσεις στην ίδια την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο δημόσιο τομέα και η ποιότητα και αποτελεσματικότητα περιορίζονται κυρίως σε φιλότιμες προσπάθειες μικρού μέρους αυτού, και ιδίως του νοσηλευτικού. Το αναχρονιστικό σύστημα εφημεριών είναι παράγοντας αρνητικός που επηρεάζει την ίδια τη ποιότητα των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Ακόμη και η ασφάλεια των γυναικών διακυβεύεται όταν σε κάθε 20 με 40 μαιευτικές κλίνες αντιστοιχεί μία μαία, τη στιγμή που η πραγματική αναλογία θα έπρεπε να είναι μία μαία για 3 έως 6 κλίνες.

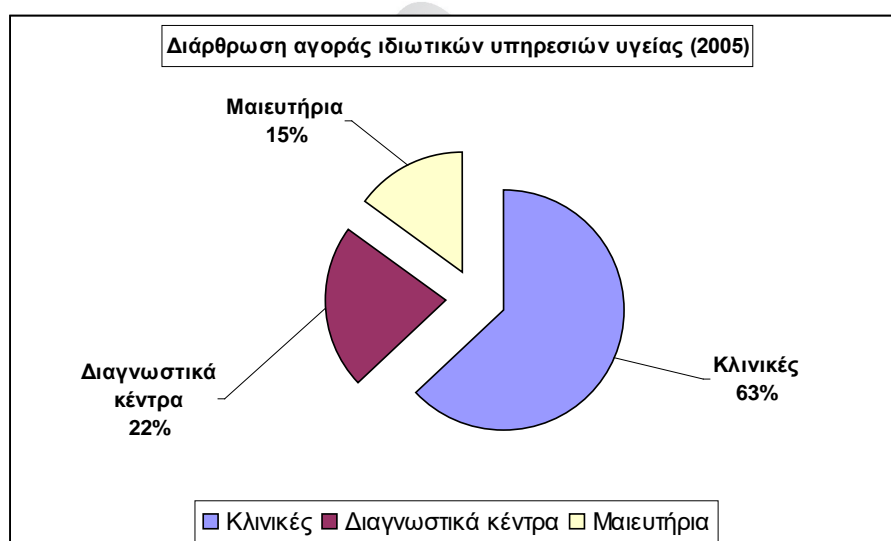
Η γραφειοκρατία είναι ένας άλλος σημαντικός αρνητικός παράγοντας. Οι χρονοβόρες διαδικασίες και η ψυχοφθόρα αναμονή για εκτέλεση πολλών προγραμματισμένων ή μη εξετάσεων αποτελούν σοβαρούς λόγους αποφυγής του δημόσιου τομέα. Η χρονοβόρα αναμονή σε εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία, τα έγγραφα που απαιτούνται, η κωλυσιεργία των διοικητικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελούν αντικίνητρο για τη χρήση δημόσιων υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αμνιοπαρακέντηση. Όταν μια γυναίκα χρειαστεί να κάνει την εξέταση αυτή, αν προσπαθήσει να κλείσει προγραμματισμένο ραντεβού σε ένα από τα δημόσια μαιευτήρια ή νοσοκομεία, η πιθανότερη περίπτωση είναι να βρει προγραμματισμένη ημερομηνία πολλούς μήνες μετά, κάτι που αναιρεί και την ανάγκη εκτέλεσης της εξέτασης.

Πέραν του κόστους νοσηλείας, το οποίο καλύπτεται συνήθως από το επίδομα τοκετού που παρέχουν τα ασφαλιστικά ταμεία, υπάρχει στο δημόσιο αυτό που ονομάζεται πρόσθετη αμοιβή γιατρού. Το φαινόμενο αυτό ζημιώνει άμεσα τον ίδιο τον καταναλωτή υπηρεσιών, αφού το συνολικό κόστος ανεβαίνει και έμμεσα την ίδια την πολιτεία, με την διαφυγή φόρων και την παραοικονομία.

Οι ιατροί ασκούν τα επαγγελματικά τους δικαιώματα στο δημόσιο τομέα, λαμβάνοντας το μισθό τους από τον νοσοκομειακό προϋπολογισμό και από την ίδια τη πολιτεία. Ωστόσο πολλοί μαιευτήρες παράνομα συνεργάζονται και με ιδιωτικές κλινικές και μαιευτήρια, εκτελώντας καισαρικές τομές, φυσιολογικούς τοκετούς και χειρουργικές επεμβάσεις. Η δραστηριότητα τους αυτή, πέρα του καταχρηστικού και παράνομου της χαρακτήρα, συνεπάγεται και φαινόμενα παραοικονομίας και εμφάνιση της προκλητής ζήτησης, η οποία εντείνεται όταν μία έγκυος κατευθύνεται προς την επιλογή του ιδιωτικού τομέα από τον ιατρό της.

#### 4.4.2 Ιδιωτικά μαιευτήρια και κλινικές

Στην ελληνική αγορά δραστηριοποιούνται περί τις 182 ιδιωτικές κλινικές επί συνόλου 327, ενώ οι κλίνες στα ιδιωτικά θεραπευτήρια καλύπτουν το 28,1% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας.<sup>35</sup> Επίσης, λειτουργούν περίπου 400 διαγνωστικά κέντρα κάθε μορφής και μεγέθους. Σύμφωνα με μελέτη της I.C.A.P., οι γενικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 63% περίπου για το 2005, ενώ οι μαιευτικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το 15% περίπου της αγοράς. Το υπόλοιπο 22% της αγοράς μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (Διάγραμμα 4.2). Χαρακτηριστικό της μεγάλης ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα τα τελευταία χρόνια και της αποδυνάμωσης των μαιευτικών κλινικών στα δημόσια νοσοκομεία είναι ότι στην περιοχή της Αττικής οι γεννήσεις είναι 37% στο δημόσιο τομέα και 63% στον ιδιωτικό, ενώ στην υπόλοιπη χώρα τα ποσοστά είναι 45% και 55% αντίστοιχα.



Πηγή : I.C.A.P. (2006)

#### Διάγραμμα 4.2

Αναλογία (%) διάρθρωσης αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, 2005.

Από το σύνολο του υγειονομικού τομέα, ο κλάδος των μαιευτικών - γυναικολογικών θεραπευτηρίων εμφανίζεται ως ο πιο ιδιωτικοποιημένος κατά τη

<sup>35</sup> Πηγή : [http://news.kathimerini.gr\(03/02/2007\)](http://news.kathimerini.gr(03/02/2007))

διάρκεια των τελευταίων 30 ετών. Το συνολικό μέγεθος της αγοράς αυτής το 2005 αυξήθηκε κατά 10% και ανήλθε στα 203,3 εκατ. ευρώ, έναντι 88,6% το 1997. Υπάρχει εκτίμηση πως και τα προσεχή έτη, ότι ο κλάδος των ιδιωτικών θεραπευτηρίων θα διατηρήσει την ανοδική δυναμική του. Οι προβλέψεις για το 2007 είχαν κάνει λόγο για άνοδο της τάξης του 7% - 8% στα μαιευτήρια. Ευνοϊκές προοπτικές για το μέλλον θα συνεχίσουν να έχουν τα κέντρα γενετικής και τεχνητής γονιμοποίησης. Δεδομένου του προβλήματος υπογεννητικότητας που αντιμετωπίζει η χώρα μας, η αύξηση αυτή είναι αποτέλεσμα της συνεχούς επενδυτικής δραστηριότητας των ιδιωτικών μαιευτηρίων σε νέες εγκαταστάσεις και καινοτόμο βιοϊατρικό εξοπλισμό. Το 30% του συνόλου των ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας της χώρας λειτουργούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, τα οποία αυξάνουν το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών και αναλαμβάνουν την κάλυψη νέων αναγκών όπως εξωσωματική γονιμοποίηση, προγενετικό έλεγχο, τράπεζες βλαστοκυττάρων κλπ., διευρύνοντας με τον τρόπο αυτό τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

Επιπλέον, οι συγκεκριμένες επιχειρήσεις, χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά κερδοφορίας σε σχέση με τον ευρύτερο κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, το μέσο περιθώριο μεικτού κέρδους των 10 μεγαλύτερων μαιευτηρίων (εκ των οποίων οι μεγαλύτερες καλύπτουν το 90% του συνολικού τζίρου του κλάδου) για την περίοδο 2001-2005 ανήλθε στο 16,1%. Αρκετά πιο υψηλά είναι τα περιθώρια μεικτού κέρδους που απολαμβάνουν οι ηγέτες του κλάδου Ιασώ (33,6%), Μητέρα (26,1%) και Λητώ (22,2%).

Η αύξηση και εξέλιξη των αναγκών των ανθρώπων οφείλεται σε τρεις παράγοντες. Την μίμηση, τη συνήθεια και τη διαφήμιση. Η τάση των ανθρώπων να μιμούνται τους άλλους συναντάται συχνά στην επιλογή του ιδιωτικού μαιευτηρίου, επιδεικνύοντας έτσι στοιχεία οικονομικής ευμάρειας. Η διαφήμιση καταλήγει να δημιουργεί νέες ανάγκες και πραγματικά φαίνεται να επηρεάζει την ζήτηση των μαιευτικών υπηρεσιών.

Στις μαιευτικές υπηρεσίες η υπεροχή του ιδιωτικού τομέα είναι ευδιάκριτη ακόμη και από μη ειδικούς. Οι κυριότεροι λόγοι σχετίζονται :

- Με τη φύση του τοκετού, ο οποίος δεν αποτελεί ασθένεια, επομένως η υπέρτερη ποιότητα των ξενοδοχειακών υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα βαραίνει περισσότερο από το υψηλότερο επίπεδο των στενά ιατρικών υπηρεσιών στο δημόσιο τομέα.
- Με τη μικρή παράδοση και την ανεπαρκή ακόμη ανάπτυξη των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, ιδίως στην περιφέρεια, φαινόμενο που εξηγεί τη συρροή επιτόκων από όλη την Ελλάδα στα μαιευτήρια της Αθήνας.

- Με τη μεγάλη προσφορά ειδικών ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα και αναμένουν να αποκομίσουν εισοδήματα από την ιδιωτική άσκηση του έργου τους.

### ***Πλεονεκτήματα***

Η στρατηγική των ιδιωτικών μαιευτηρίων και κλινικών έχει επικεντρωθεί τόσο στην ικανοποίηση των βασικών μαιευτικών αναγκών των γυναικών όσο και στη παροχή υπηρεσιών που εκλείπουν από τον δημόσιο τομέα. Ιδίως οι νεότερες ιδιωτικές επιχειρήσεις, πριν εισέλθουν στην αγορά, καταστρώνουν οικονομικές και υλικοτεχνικές μελέτες, με προβλέψεις σε βάθος δεκαετιών και αποσκοπούν στις πραγματικές υγειονομικές ανάγκες αλλά και σε παράγοντες ποιότητας. Ακόμη και η τοποθεσία δημιουργίας ενός μαιευτηρίου ή κλινικής είναι ζωτικής σημασίας για την βιωσιμότητα και οικονομική επιτυχία της κάθε επιχείρησης υγείας.

Η ξενοδοχειακή και άλλη υποδομή είναι σήμερα σε αρκετά υψηλό επίπεδο στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Και είναι αυτά που έχουν καταφέρει να προτιμώνται από την πλειονότητα των Ελληνίδων σήμερα. Η καθαριότητα και η διακόσμηση των χώρων, η ευγένεια και ο σεβασμός εκ μέρους του προσωπικού είναι χαρακτηριστικά που κάθε καταναλωτής υπηρεσιών επιζητά. Η πολιτική των ιδιωτικών θεραπευτηρίων τα έχει εντάξει ως αναπόσπαστο κομμάτι των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι περισσότερες γυναίκες όχι μόνο προτιμούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια αλλά, συχνά, σχεδόν αναγκάζονται να καταφύγουν σε αυτά, αφού το κεφάλαιο «τοκετός» φαίνεται να φθίνει στο δημόσιο.

### ***Μειονεκτήματα***

Το **κόστος** για έναν φυσιολογικό τοκετό στον ιδιωτικό τομέα μπορεί να φτάσει έως και τα 3.740 ευρώ, ανάλογα με την επιλογή μονόκλινου, δίκλινου ή τρίκλινου δωματίου. Στην κατηγορία «λουξ» και «σουίτα» το κόστος ανεβαίνει ακόμη περισσότερο, έως και τα 8.620 ευρώ. Η καισαρική τομή κοστίζει ακόμη παραπάνω. Σε δωμάτια έως τριών ατόμων το κόστος κυμαίνεται από 1.350 έως 3.890 ευρώ. Σημειώνεται, δε, ότι οι παραπάνω τιμές δεν περιλαμβάνουν συνήθως την αμοιβή του γιατρού, τη φαρμακευτική αγωγή, τις εξετάσεις ή το υγειονομικό υλικό. Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία δεν

καλύπτουν από ελάχιστα έως μηδαμινό ποσοστό των συνολικών εξόδων. Το επίδομα τοκετού, το οποίο παρέχουν τα ασφαλιστικά ταμεία, ξεκινά από 205 ευρώ. Οι ασφαλιστικοί φορείς δεν έχουν σύμβαση με τα ιδιωτικά μαιευτήρια. Έτσι, οι γυναίκες παίρνουν τις αποδείξεις, τις καταθέτουν στο ταμείο τους και εισπράττουν μόνο το επίδομα τοκετού, το οποίο κυμαίνεται από 205 έως 2.054 ευρώ στην καλύτερη περίπτωση. Υπάρχουν, βέβαια, και τα «οικονομικά πακέτα» στα ιδιωτικά μαιευτήρια, που περιλαμβάνουν νοσηλεία σε εξάκλινο δωμάτιο και φτάνουν σε κόστος τα 1.250 ευρώ. Αυτά, όπως λένε οι υπεύθυνοι των συγκεκριμένων μαιευτηρίων, είναι τα μόνα που μπορούν να καλυφθούν από τις παροχές των ασφαλιστικών φορέων, αν και βρίσκεται υπό σκέψη η μείωση του κόστους, ώστε να προσελκύνονται και γυναίκες μεσαίων και χαμηλότερων οικονομικών στρωμάτων.

Στα πλαίσια του κόστους, αξιοσημείωτη είναι και η οικονομική πολιτική των ιδιωτικών παροχών υγείας. Οι τιμές ορίζονται από την ελεύθερη αγορά, χωρίς τον έλεγχο της πολιτείας ή τον σχεδιασμό πολιτικής για την υγεία. Η αδυναμία του κράτους εκλαμβάνεται από τους ιδιώτες επιχειρηματίες ως παραχώρηση οικονομικής ελευθερίας για τη ρύθμιση των τιμών. Και ενώ ο ελεύθερος ανταγωνισμός αναμένεται να έχει ευνοϊκά αποτελέσματα για το κοινωνικό σύνολο, η συνεργασία μεταξύ των ιδιωτών παράλληλα με την ύπαρξη ολιγοπωλίου, σε μέγεθος κλινικών, δεν προκαλεί ομαλή ρύθμιση των τιμών των μαιευτικών υπηρεσιών. Πολλοί καταναλωτές εκλαμβάνουν την επιμένουσα υποβάθμιση των δημόσιων υπηρεσιών ως δείγμα αδιαφορίας ή ακόμη και ως σκόπιμη ώθηση της πολιτείας προς ιδιωτικά κερδοσκοπικά συμφέροντα.

#### **4.5 Ανακεφαλαίωση**

Οι θεωρίες της προσφοράς και της ζήτησης στις περισσότερες οικονομικές συναλλαγές ρυθμίζουν ή ερμηνεύουν τα οικονομικά φαινόμενα και τις τιμές προϊόντων και υπηρεσιών, ωστόσο στο χώρο της υγείας, η καταναλωτική συμπεριφορά και οι ιδιαιτερότητες των χαρακτηριστικών του αγαθού «φροντίδα υγείας» διαφοροποιούν την ερμηνεία των δύο θεωριών. Η προσπάθεια της Οικονομικής Θεωρίας να προσδιορίσει τα κίνητρα και τους τρόπους με τους οποίους συμπεριφέρονται τα άτομα, ώστε να ερμηνευτούν τα οικονομικά φαινόμενα, που είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς των ατόμων, δυσχεραίνεται από την διαρκή μεταβολή των δεδομένων και την σχετικά πρόσφατη εξέλιξη της επιστήμης των Οικονομικών της υγείας. Η διατύπωση γενικών



νόμων, που να μπορούν να ερμηνεύσουν την πραγματική οικονομική ζωή είναι περίπλοκη και δύσκολα εφαρμόσιμη και εφικτή.

Ως σημαντικότερα κίνητρα των καταναλωτών που επηρεάζουν τη ζήτηση των μαιευτικών υπηρεσιών ορίζονται η ποιότητα, το κόστος και η ασφάλεια. Ο συνδυασμός αυτών, παράλληλα με το διαθέσιμο εισόδημα των καταναλωτών, φέρουν το τελικό αποτέλεσμα επιλογής του παρόχου υπηρεσίας. Η προσφορά των υπηρεσιών είναι μεγάλη και ποικίλη για τους καταναλωτές. Ωστόσο, η ελεύθερη μαζική παραγωγή υπηρεσιών, φορείς των οποίων θεωρούνται οι κλινικές και τα μαιευτήρια, επηρεάστηκε και φαίνεται να περιορίζεται σημαντικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες από τον μεγάλο ανταγωνισμό στο χώρο των ιδιωτικών υπηρεσιών. Οι συγχωνεύσεις και εξαγορές αποτελούν πλέον συχνό φαινόμενο στην ελληνική αγορά των θεραπευτηρίων και η επιχειρησιακή στρατηγική αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στα χέρια κάθε επιχείρησης. Η μονοπώληση από τους μαιευτήρες των κυρίως μαιευτικών υπηρεσιών έχει δεχθεί αναγκαία εισροή από τη συμβολή νέων ειδικοτήτων ιατρών σε νέες ιατρικές υπηρεσίες που απαραίτητα συμπληρώνουν τις μαιευτικές. Οι κλίνες των θεραπευτηρίων αναπροσαρμόζονται στις νέες ανάγκες, υπακούοντας περισσότερο σε επιχειρησιακές απαιτήσεις και λιγότερο σε κοινωνικές προσαγές.

Η συμβολή του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα στη κατανομή των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας είναι ανισομερής. Η παλαιότερη επικράτηση του δημόσιου τομέα προς κάλυψη βασικών πληθυσμιακών αναγκών περιορίστηκε από την εισβολή και την τελική επικράτηση του ιδιωτικού τομέα, με κύριο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα την ποιότητα. Η υποβαθμισμένη ποιότητα στη παροχή δημόσιων μαιευτικών υπηρεσιών θεωρείται από τους βασικότερους λόγους στροφής των καταναλωτών στις ιδιωτικές, παρά το ανεξέλεγκτο κόστος των δεύτερων. Στην Αθήνα, η ιδιωτική δαπάνη για υγεία είναι μεγαλύτερη από την υπόλοιπη Ελλάδα, καθώς σε άλλες μικρότερες πόλεις οι πολίτες εμπιστεύονται περισσότερο την ασφάλεια των δημόσιων νοσοκομείων και παράλληλα οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές είναι ανίσχυρες. Τα φαινόμενα εγκατάλειψης πολλών δημόσιων νοσοκομείων, η μειωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, φαινόμενα παραοικονομίας, η μείωση των μαιευτικών κλινών, η γραφειοκρατία, είναι ορισμένα από τα μειονεκτήματα του δημόσιου τομέα, που προκαλούν τη στροφή των καταναλωτών στις ιδιωτικές υπηρεσίες, παρά το υψηλό κόστος τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

#### 5.1 Εισαγωγή

Οι μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα αποτελούν ένα αντικείμενο που δεν έχει τύχει πολλών οικονομικών μελετών. Η βιβλιογραφία και η έρευνα για αυτές δεν είναι πλούσια και περιορίζεται κυρίως σε ορισμένες μελέτες φοιτητών, σε δημοσιογραφικές έρευνες και σε γενικά στατιστικά στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Για το λόγο αυτό, κρίθηκε σκόπιμη η διενέργεια της παρούσης έρευνας, προκειμένου να μελετηθούν στοιχεία οικονομικής φύσεως που παρουσιάζονται στις μαιευτικές υπηρεσίες στην Αθήνα και να διασταυρωθούν τα αποτελέσματα της με στοιχεία που ήδη υπάρχουν στη διάθεση του καταναλωτικού κοινού.

Κάθε έρευνα που συνοδεύει μία μελέτη ενισχύει με τα συμπεράσματά της τα τελικά αποτελέσματα και προσφέρει σε πολλούς ενδιαφερόμενους πολύτιμες πληροφορίες. Στη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία, πολλά από τα συμπεράσματα έρχονται να επιβεβαιώσουν δημοσιογραφικές κατά πρώτο λόγο πηγές και να ενισχύσουν την πραγματικότητα. Το δείγμα του πληθυσμού όπου έγινε η έρευνα δεν είναι μεγάλο, είναι όμως ικανό να παρέχει ενδείξεις για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

#### 5.2 Χαρακτηριστικά της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εξέταση της καταναλωτικής συμπεριφοράς γυναικών που έχουν βιώσει την εμπειρία της γέννησης τα τελευταία 7 χρόνια περίπου, κάνοντας χρήση ιδιωτικών ή δημόσιων μαιευτικών υπηρεσιών υγείας στην Αθήνα. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και έπειτα από επιλογή μεταξύ πολλών ερωτήσεων και τροποποίηση πολλών εξ' αυτών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Δεκέμβριο του 2007 έως και τον Μάιο του 2008. Συνολικά συνελέχθησαν 101 ερωτηματολόγια από αντίστοιχο αριθμό γυναικών. Η

επιλογή τους ήταν τυχαία. Η αρχική ιδέα να διανεμηθούν ερωτηματολόγια σε γυναίκες εντός των μαιευτηρίων γρήγορα εγκαταλείφθηκε, καθώς κάτι τέτοιο θα συνεπαγόταν κατευθυνόμενη έρευνα με αλλοιωμένα τα τελικά αποτελέσματα και συμπεράσματα. Αρχικά έγινε ενημέρωση των γυναικών σχετικά με το σκοπό της μελέτης και στη συνέχεια ακολουθούσε η διανομή των ερωτηματολογίων σε όσες γυναίκες ενδιαφέρονταν να συμμετάσχουν. Για τη καλύτερη δυνατή κατανόηση του σκοπού της έρευνας και του τρόπου συμπλήρωσης, προστέθηκε μία αρχική σελίδα με διευκρινίσεις.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανήκουν σε τρεις κατηγορίες και συντάχθηκαν αναλόγως. Οι 5 πρώτες ερωτήσεις αφορούσαν προσωπικά ανώνυμα στοιχεία (ηλικία, τόπος κατοικίας, θρήσκευμα, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα και σπουδές), οι επόμενες 10 ερωτήσεις αφορούσαν πληροφορίες μαιευτικού ενδιαφέροντος, όπως αριθμό τοκετών, αποβολών, διάρκεια γαλουχίας, και η τρίτη κατηγορία ερωτήσεων αφορούσε οικονομικά και ποιοτικά στοιχεία των μαιευτικών υπηρεσιών που έλαβαν. Μεγάλη σημασία και προσοχή προστέθηκε στη προσπάθεια οι ερωτήσεις να μην «θίγουν» τις ερωτηθείσες» γυναίκες, καθώς και στη διατήρηση αυστηρά της ανωνυμίας και στη προαιρετικότητα της απάντησης των ερωτήσεων.

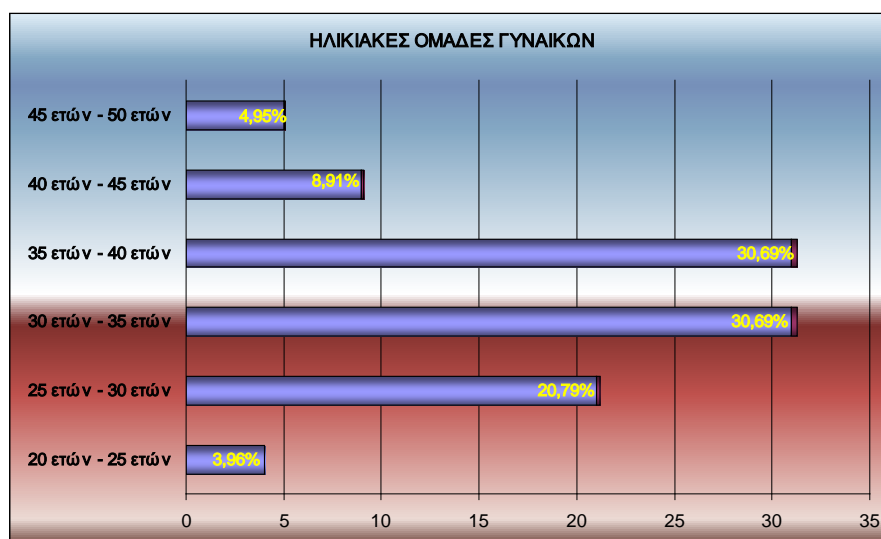
Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με τη χρήση του υπολογιστικού προγράμματος EXCEL. Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων μεταφέρθηκαν στο ηλεκτρονικό πρόγραμμα, ακολούθησε αυτόματη επεξεργασία τους και τέλος δημιουργήθηκαν τα αντίστοιχα διαγράμματα και οι πίνακες.

### **5.3 Αποτελέσματα έρευνας**

#### **5.3.1 Ατομικά στοιχεία ερωτηθεισών**

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ερωτηθείσες γυναίκες κλήθηκαν να δηλώσουν ανώνυμα ατομικά στοιχεία, συμπληρώνοντας έτοιμα ομαδοποιημένα πεδία. Τα στοιχεία αφορούσαν την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ιδιότητα και το επίπεδο σπουδών τους και διασταυρούμενα με επόμενα ερωτήματα, έδωσαν πλούσιες πληροφορίες.

## Ηλικιακή ομάδα



**Διάγραμμα 5.1**

### **Ποσοστιαία κατανομή ερωτηθεισών γυναικών κατά ηλικιακές ομάδες**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι από 30 έως 40 ετών, σε συνολικό ποσοστό 61,2% περίπου, όπως συμπεραίνουμε από το Διάγραμμα 5.1. Το υπόλοιπο 38,8% προέρχεται από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, με την κατηγορία των «20 – 25 ετών» να έχει τη μικρότερη συμμετοχή στην έρευνα.

## Τόπος κατοικίας

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συνελέχθησαν με προσωπική επικοινωνία. Ωστόσο, ορισμένα από αυτά διανεμήθηκαν και συνελέχθησαν μέσω του διαδικτύου και του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και ορισμένα εξ αυτών από φοιτητές σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, κάτι που δικαιολογεί και την συμμετοχή 11% περίπου στην έρευνα γυναικών εκτός της Αττικής.



**Διάγραμμα 5.2**

**Ποσοστιαία κατανομή ερωτηθεισών γυναικών γεωγραφικά**

Το 89% των ερωτηθέντων γυναικών κατοικεί μόνιμα στην Αθήνα και στη περιφέρεια της πρωτεύουσας, όπως διαπιστώνεται και στο Διάγραμμα 5.2, ενώ το 11% προέρχεται από άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας, και συγκεκριμένα 1 άτομο από την Κρήτη, 1 άτομο από την Εύβοια και οι υπόλοιποι 9 από διαμερίσματα εκτός της Πελοποννήσου, των νήσων Δωδεκανήσου και Κυκλάδων, της Κρήτης, της Εύβοιας και της Θεσσαλίας.

**Οικογενειακή κατάσταση**

Το ερώτημα για την οικογενειακή κατάσταση αποσκοπούσε στην κατάδειξη του βαθμού ύπαρξης μονογονεϊκών οικογενειών, όπως συμβαίνει έντονα σε πολλές χώρες της βόρειας Ευρώπης. Στο δείγμα της έρευνας, σχεδόν η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών, σε ποσοστό 99%, είναι έγγαμες, με εξαίρεση μία γυναίκα, η οποία δήλωσε άγαμη, όπως παρατηρείται και στο Διάγραμμα 5.3, που ακολουθεί.

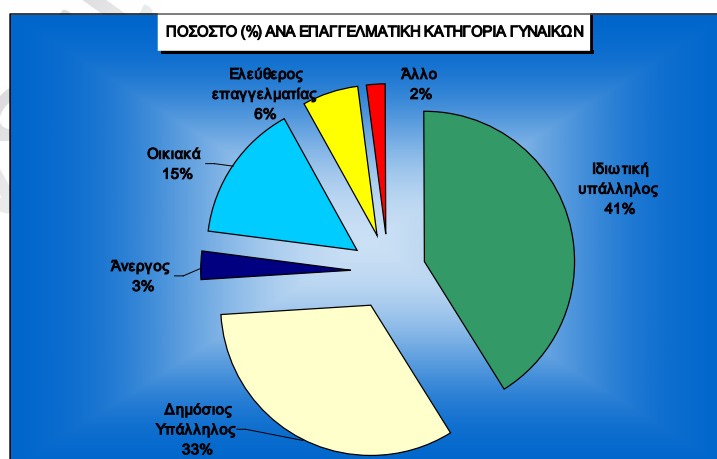


**Διάγραμμα 5.3**

**Ποσοστιαία κατανομή ερωτηθεισών γυναικών ανά οικογενειακή κατάσταση**

**Επαγγελματική κατηγορία**

Η επαγγελματική κατάσταση των γυναικών και συνολικά των οικογενειών είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών. Μεγαλύτερο διαθέσιμο εισόδημα στην οικογένεια μπορεί να συνεπάγεται περισσότερες επιλογές και πιθανότατα στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα. Η αντίθετη περίπτωση μπορεί να επιφέρει στροφή προς τον δημόσιο τομέα.

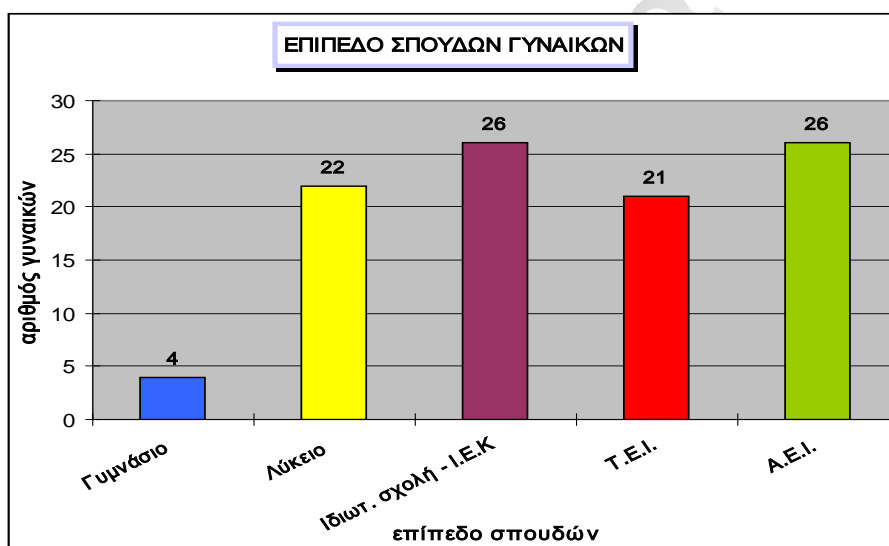


**Διάγραμμα 5.4**

**Ποσοστιαία κατανομή ερωτηθεισών γυναικών ανά επαγγελματική κατηγορία**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών γυναικών είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (41 γυναίκες) και ακολουθούν αριθμητικά οι δημόσιοι υπάλληλοι (33 γυναίκες), όσες γυναίκες δεν ασκούν κάποιο επάγγελμα (15 γυναίκες). 6 γυναίκες δήλωσαν ελεύθεροι επαγγελματίες, 3 γυναίκες άνεργες, 2 γυναίκες κάποια άλλη επαγγελματική κατηγορία και τέλος 1 γυναίκα δεν απάντησε στο ερώτημα, όπως συμπεραίνεται στο Διάγραμμα 5.4.

### Επίπεδο σπουδών



Διάγραμμα 5.5

### Ποσοτική κατανομή ερωτηθεισών γυναικών ανά επίπεδο σπουδών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης και το Διάγραμμα 5.5, το 26% των ερωτηθέντων γυναικών είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, όσες ακριβώς έχουν αποφοιτήσει και από ιδιωτικές σχολές ή Ι.Ε.Κ. Το 22% των γυναικών είναι απόφοιτες Λυκείου και το 21% έχουν αποφοιτήσει από κάποιο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. Μόλις 4% των γυναικών είναι απόφοιτες Γυμνασίου.

### 5.3.2 Μαιευτικά στοιχεία

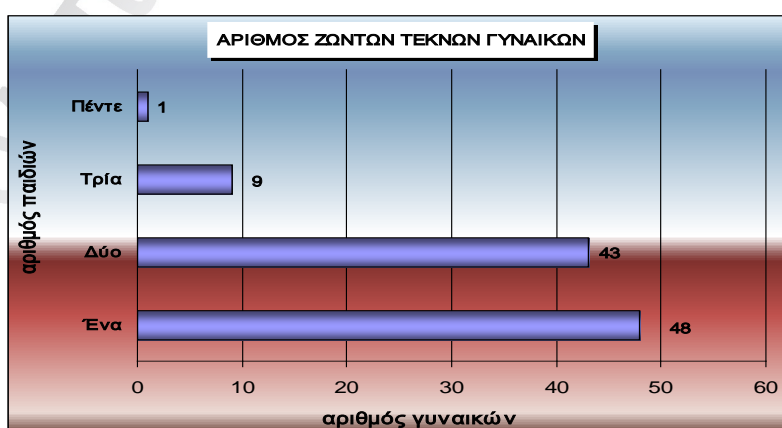
Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου επικεντρώνεται σε στοιχεία μαιευτικού ενδιαφέροντος. Μέσα από τις πληροφορίες αυτές προκύπτουν ενδιαφέροντα στοιχεία που απεικονίζουν την συνύπαρξη οικονομικών φαινομένων αλλά και τις αλλαγές που έχουν

συντελεστεί στην ελληνική πραγματικότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Η εμφανής ελάττωση της χορήγησης του υποδηλώνει πολλές κοινωνικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν πλέον τη ζωή της σύγχρονης Ελληνίδας και παράλληλα δίνει ενδείξεις για την προώθηση του βιομηχανοποιημένου γάλακτος.

Οι ερωτήσεις σε αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου αφορούν τον αριθμό και το είδος τοκετού (φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή) των γυναικών, τις εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου που έκαναν κατά την περιγεννητική περίοδο, τον αριθμό των αυτόματων αποβολών και των προσπαθειών εξωσωματικής. Ακολουθούν ερωτήματα σχετικά με τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής και το βαθμό ωφέλειας αυτών, την ειδικότητα που βοήθησε τις γυναίκες να γεννήσουν, τη διάρκεια γαλουχίας και την μεταγεννητική παρακολούθηση, στη φάση της λοχείας.

### Αριθμός τέκνων

Ο αριθμός των παιδιών που έχει αποκτήσει κάθε οικογένεια απεικονίζει το πρόβλημα της υπογεννητικότητας που αντιμετωπίζει η Ελλάδα. Από οικονομικής άποψης, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της έχουν αντίκτυπο στο μέλλον της χώρας, σε όλους τους οικονομικούς τομείς. Οι πολυμελείς οικογένειες του παρελθόντος έχουν αντικατασταθεί από τις τριμελείς και τις τετραμελείς, με κύριο αίτιο το συνολικό οικογενειακό κόστος που συνεπάγεται η απόκτηση ενός παιδιού, από τα έξοδα γέννησης μέχρι και την ενηλικίωση του.



**Διάγραμμα 5.6**

**Ποσοτική κατανομή ερωτηθεισών γυναικών ανά αριθμό τέκνων αυτών**



Όπως παρουσιάζεται και στο Διάγραμμα 5.6, το 48% των γυναικών έχουν αποκτήσει ένα παιδί, το 43% δύο παιδιά, το 9% τρία παιδιά και μόλις μία γυναίκα έχει αποκτήσει 5 παιδιά. Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν την επικράτηση των τριμελών και τετραμελών οικογενειών που παρατηρείται στην Ελλάδα τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ο μέσος όρος απόκτησης παιδιών στο δείγμα της έρευνας είναι περίπου 1,64 ανά γυναίκα, ενώ η απόκτηση τρίτου παιδιού περιορίζεται αισθητά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το στοιχείο πως οι περισσότερες πρωτότοκες γυναίκες επέλεξαν τον ιδιωτικό τομέα για να γεννήσουν, σε ποσοστό 51,35%, ενώ οι περισσότερες δευτερότοκες και τριτοτόκες επέλεξαν τον δημόσιο τομέα, με αντίστοιχα ποσοστά 48,15% και 11,11% αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά παρατίθενται αναλυτικά στον Πίνακα 5.1.

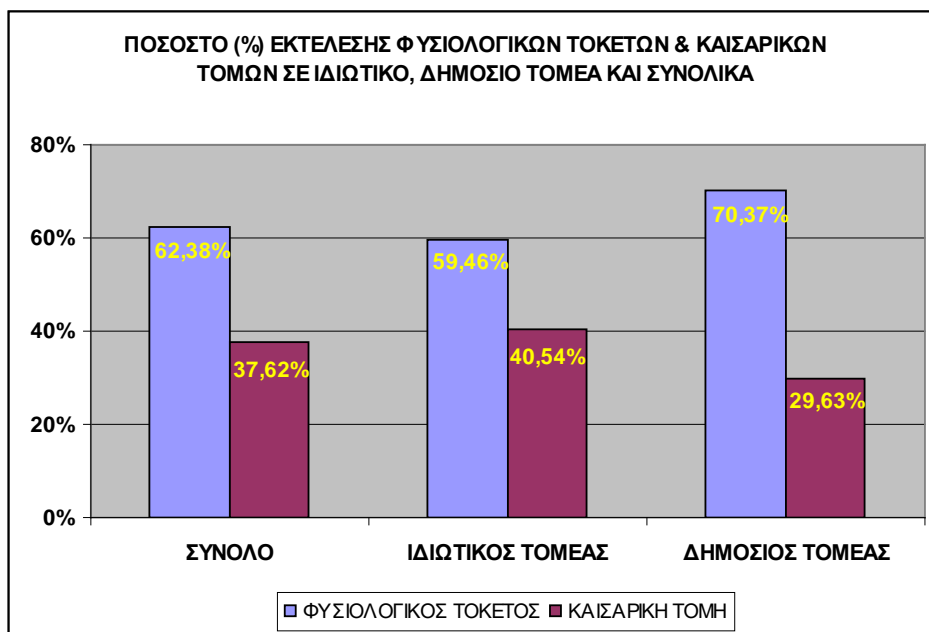
**Πίνακας 5.1**

**Ποσοστιαία αναλογία (%) των γυναικών που επέλεξαν τον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα να γεννήσουν ανάλογα με τον αριθμό τόκου**

<i><b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑ ΤΟΚΟ</b></i>	<i><b>ΣΥΝΟΛΟ</b></i>	<i><b>ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b></i>	<i><b>ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b></i>			
Πρωτοτόκες	48	47,52%	38	51,35%	10	37,04%
Δευτεροτόκες	43	42,57%	30	40,54%	13	48,15%
Τριτοτόκες	9	8,91%	6	8,11%	3	11,11%

**Είδος τελικής πράξης τοκετού (φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή)**

Έντονο ενδιαφέρον παρουσιάζει το επόμενο διάγραμμα, στο οποίο απεικονίζονται τα ποσοστά εκτέλεσης φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα αλλά και στο σύνολο τους.



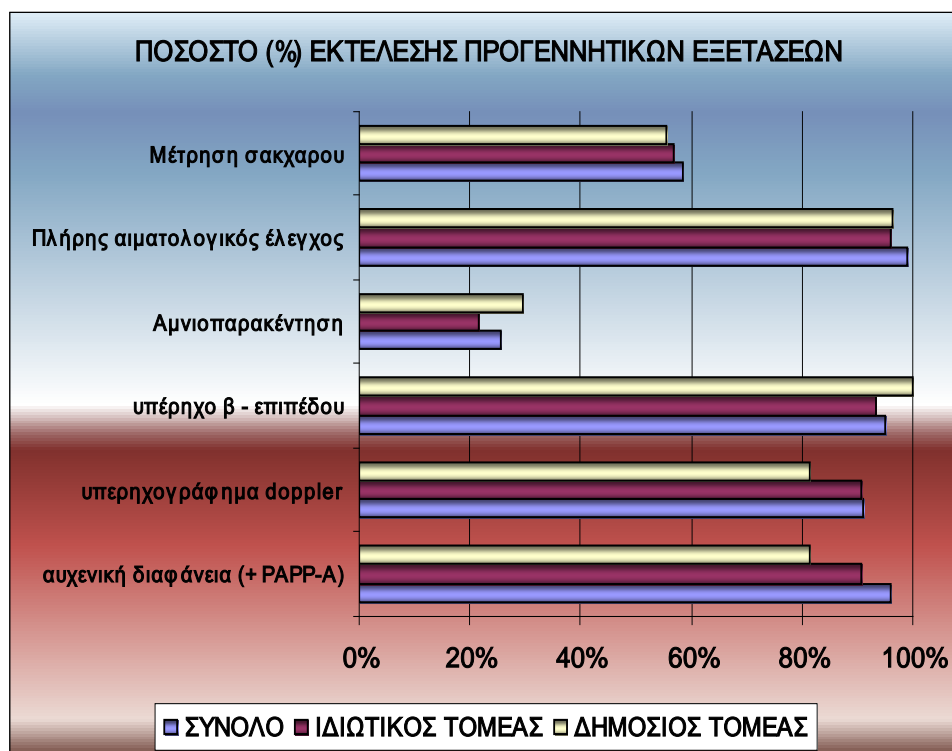
**Διάγραμμα 5.7**

**Ποσοστιαία αναλογία (%) φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών συνολικά, στον ιδιωτικό τομέα και στο δημόσιο τομέα**

Δημοσιογραφικά στοιχεία θέλουν την εκτέλεση των καισαρικών τομών αυξημένη στο σύνολο τους, τις τελευταίες δύο δεκαετίες και ιδίως στον ιδιωτικό τομέα. Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων και την επισκόπηση του Διαγράμματος 5.7, προκύπτει πως η αναλογία των καισαρικών τομών συνολικά στις ερωτηθείσες γυναίκες είναι 37,62% και των φυσιολογικών τοκετών 62,38%. Ουσιαστική διαφορά εντοπίζεται μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Το 40,54% των γυναικών που γέννησαν στον ιδιωτικό τομέα γέννησαν με καισαρική τομή ενώ στο δημόσιο τομέα το ποσοστό των καισαρικών τομών περιορίστηκε στο 29,63%.

**Προγεννητικός έλεγχος**

Ο βαθμός εκτέλεσης των εξετάσεων του προγεννητικού ελέγχου υποδηλώνει την προγεννητική παρακολούθηση των Ελληνίδων στην Αθήνα. Οι πολλαπλές επιλογές που έχει μία κάτοικος της πρωτεύουσας διατηρούν τα ποσοστά της σωστής παρακολούθησης σε υψηλό βαθμό, κάτι που έχει ευεργετικά αποτελέσματα και στο περιορισμό της περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.



**Διάγραμμα 5.8**

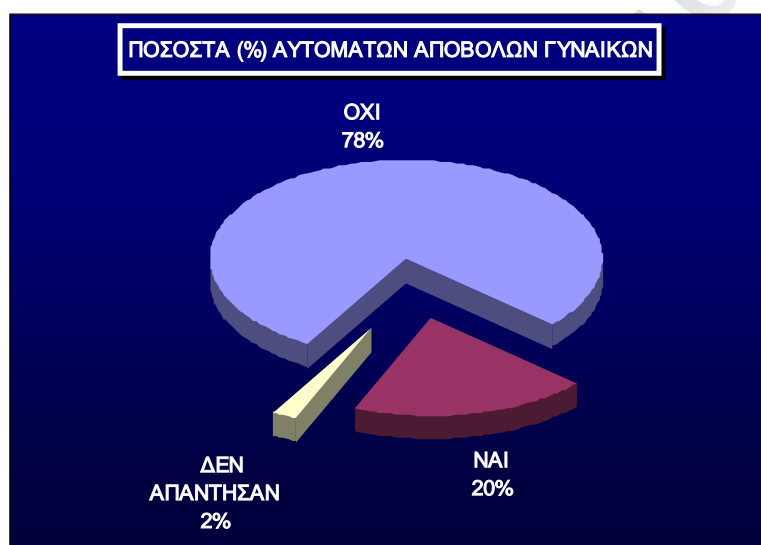
**Ποσοστό (%) εκτέλεσης προγεννητικών εξετάσεων**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των ερωτηματολογίων, που παρατίθενται με ποσοστιαίες μονάδες στο Διάγραμμα 5.8, ο πλήρης αιματολογικός έλεγχος, ο υπέρηχος β – επιπέδου, το υπερηχογράφημα Doppler και η αυχενική διαφάνεια αποτελούν εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου που η πλειοψηφία των γυναικών εφάρμοσε. Η τοποθεσία διεξαγωγής του τοκετού (δημόσιος ή ιδιωτικός τομέας) δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά ή θετικά το ποσοστό εφαρμογής. Τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα, οι γυναίκες επιλέγουν να κάνουν τις εξετάσεις. Όσον αφορά τις εξετάσεις της αμνιοπαρακέντησης και της μέτρησης σακχάρου (καμπύλη σακχάρου), αυτές απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες γυναίκες, κάτι που δικαιολογεί τα περιορισμένα ποσοστά, σε σχέση με τις λοιπές προγεννητικές εξετάσεις.

**Αυτόματη αποβολή**

Το ερώτημα για τον αριθμό αυτόματων αποβολών κατά την κύηση έχει έντονα μαιευτικό ενδιαφέρον και αντίθετα ελάχιστο οικονομικό. Τα αυξημένα ποσοστά

αυτόματων αποβολών αντικατοπτρίζουν την αυξημένη δυσκολία απόκτησης παιδιών. Τα στοιχεία αυτά δεν διαφοροποιούνται πολύ από αυτά μερικές δεκαετίες πριν. Ωστόσο τα αίτια έχουν μεταβληθεί, οφειλόμενα κυρίως σε κοινωνικά και υγειονομικά αίτια. Δεκαετίες πριν, οι δύσκολες χειρωνακτικές εργασίες των γυναικών στις αγροτικές περιοχές ευθύνονταν σε μεγάλο βαθμό για τις αυτόματες αποβολές ενώ σήμερα το άγχος, οι συνθήκες ζωής, η διατροφή και παραπλήσιοι εξωτερικοί παράγοντες, παράλληλα με γενετικές επιβαρύνσεις, θεωρούνται ως κύρια αίτια αυτών.



**Διάγραμμα 5.9**

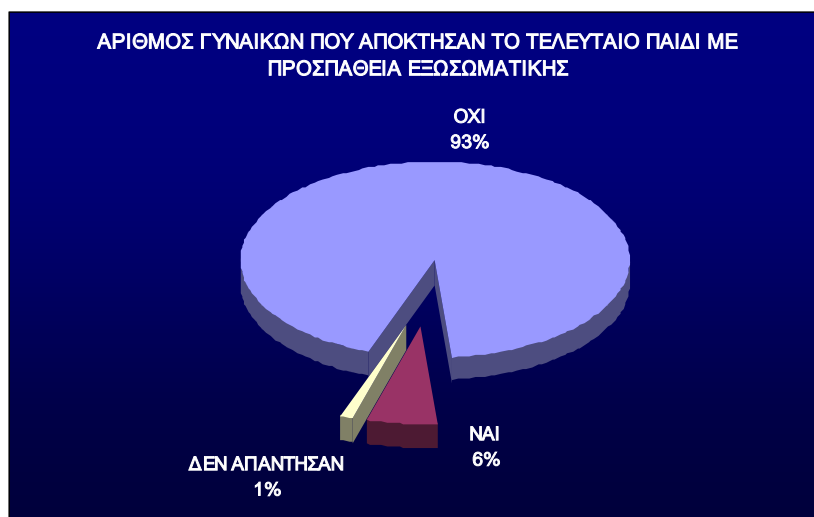
#### **Ποσοστιαία κατανομή ερωτηθεισών γυναικών ανά αριθμό αυτόματων αποβολών**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, 78% των γυναικών δεν είχαν κάποια αυτόματη αποβολή ενώ το 20% των γυναικών είχαν την εμπειρία αυτή, όπως απεικονίζεται και στο Διάγραμμα 5.9. Οι τρεις από τις 20 γυναίκες κατέφυγαν αργότερα σε οργανωμένη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης. Από τις 20 γυναίκες, οι 16 είχαν μία αυτόματη αποβολή, οι 3 είχαν 2 και 1 γυναίκα είχε 3. Από τις 101 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, δύο δεν απάντησαν σε κανένα από τα δύο ερωτήματα.

#### **Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή**

Αντίστοιχο με το προηγούμενο ερώτημα είναι και το παρόν, το οποίο αφορά τον αριθμό των προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το ενδιαφέρον είναι μεν έντονα

μαιευτικό αλλά έχει εξίσου σημαντικές οικονομικές παραμέτρους. Το κόστος έχει άμεσες οικονομικές επιβαρύνσεις για τις οικογένειες και έμμεσα ζημιώνεται η κοινωνία. Τα παρόντα αποτελέσματα ενδιαφέρουν σε μεγάλο βαθμό τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία καλούνται να συμμετέχουν οικονομικά στη κάλυψη των δαπανών, με ανάλογο χρηματικό ποσό.



**Διάγραμμα 5.10**

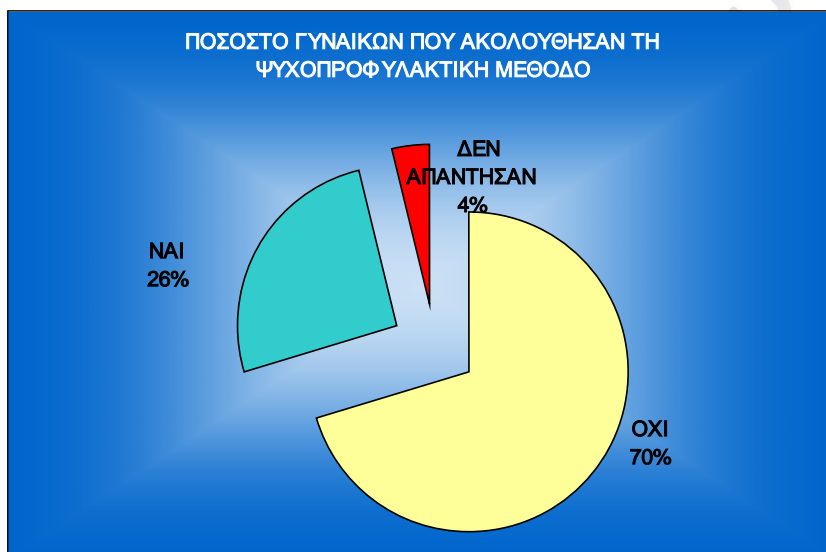
**Ποσοστιαία κατανομή (%) ερωτηθεισών γυναικών ανά αριθμό εφαρμογής  
προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης**

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5.10, το 93% των ερωτηθέντων γυναικών δεν έκανε εφαρμογή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, εν αντιθέσει με το 6% που έκαναν. Από τις 6 γυναίκες που έκαναν τουλάχιστον μία προσπάθεια εξωσωματικής, οι τρεις είχαν βιώσει μία τουλάχιστον αυτόματη αποβολή ενώ 4 εξ' αυτών προτίμησαν τον ιδιωτικό τομέα να γεννήσουν. Όπως συμβαίνει συχνά με «πολύτιμες» κυήσεις, όπως είναι και αυτές που προέρχονται από προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης, οι 5 από τις 6 κατέληξαν σε καισαρική τομή.

**Μη φαρμακευτική αναλγησία στο τοκετό**

Στο ερωτηματολόγιο κρίθηκε σκόπιμη η πρόσθεση ερωτήματος για τη μη φαρμακευτική αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού. Τα μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου θεωρούνται τα πλέον διαδεδομένα σε σχέση με άλλες μεθόδους ανώδυνου τοκετού. Επιπλέον το οικονομικό ενδιαφέρον οξύνεται από το

γεγονός πως για την παρακολούθηση και εκτέλεση της μεθόδου, οι επίτοκες πρέπει να διαθέσουν επιπλέον οικονομικούς πόρους. Η εμφάνιση της μεθόδου και η όλο και πιο συχνή εφαρμογή της υποδηλώνει, πέρα από την διατήρηση της υγείας, την αναζήτηση της ποιότητας των υπηρεσιών, εκ μέρους των γυναικών, ακόμη και σε μεθόδους που δεν είναι απόλυτα γνωστές στον ελληνικό χώρο.



**Διάγραμμα 5.11**

**Ποσοστιαία κατανομή ερωτηθεισών γυναικών που παρακολούθησαν μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου**

Στο Διάγραμμα 5.11 παρατηρείται πως το 70% των συμμετεχόντων γυναικών δεν παρακολούθησαν ή εφάρμοσαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου, αντίθετα με ένα ικανό ποσοστό 26% που παρακολούθησε ενώ το 4% δεν απάντησε στο ερώτημα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο βαθμός ικανοποίησης των γυναικών που παρακολούθησαν και εφάρμοσαν τη συγκεκριμένη μέθοδο και φαίνεται διαγραμματικά στο επόμενο διάγραμμα.



**Διάγραμμα 5.12**

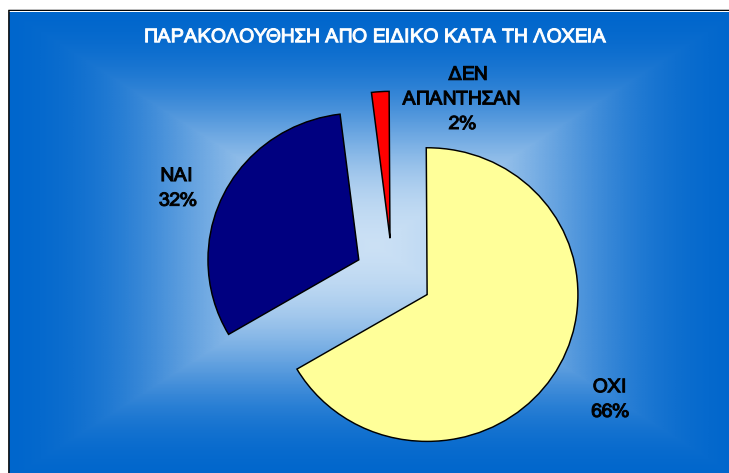
**Ποσοστιαία κατανομή (%) βαθμού ικανοποίησης από ψυχοπροφυλακτική μέθοδο**

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5.12, οι περισσότερες απαντήσεις ήταν θετικές. Το 30% των γυναικών αυτών θεώρησε πως ωφελήθηκε πάρα πολύ, το 27% αρκετά, το 8% μέτρια, το 4% ελάχιστα και το 8% καθόλου. Άγνωστη είναι η αιτία που 6 γυναίκες δεν απάντησαν στο ερώτημα, αν και δήλωσαν στο προηγούμενο ερώτημα πως παρακολούθησαν τα μαθήματα.

**Λοχεία**

Η παρακολούθηση της λοχείας είναι το πλέον παραμελημένο κομμάτι των κύριων μαιευτικών υπηρεσιών. Τα πραγματικά αίτια δεν αναγνωρίζονται μέσα από την έρευνα. Ωστόσο σύμφωνα με τις ενδείξεις και την ανάλυση του θέματος στο πρώτο κεφάλαιο, η μερική παρακολούθηση του σταδίου της λοχείας οφείλεται στην κακή οργάνωση και λειτουργία της συγκεκριμένης δράσης εκ μέρους των υγειονομικών εκπροσώπων. Ενώ μία καλή λύση, που επιτρέπει την ολοκληρωμένη επίβλεψη της κατάστασης της λεχώνας, είναι η κατ' οίκον επίσκεψη, προς διευκόλυνση των γυναικών, η τάση που επικρατεί στην Ελλάδα είναι οι γυναίκες να επισκέπτονται τον μαιευτήρα στο ιατρείο τους ή στα εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία ενός νοσοκομείου. Οι νέες υποχρεώσεις των γυναικών συχνά δεν τους επιτρέπουν την επίσκεψη αυτή. Παράλληλα, ενοχοποιείται και η προσπάθεια αποφυγής των επιπλέον εξόδων της επίσκεψης σε ιατρείο. Μία γυναίκα

καταφεύγει στον ιατρό που την παρακολούθησε κατά την κύηση κυρίως επί ανησυχητικών συμπτωμάτων, όπως σε επίμονο πόνο των μαστών, σε υποψία μόλυνσης της επισειοτομής ή της καισαρικής τομής.



**Διάγραμμα 5.13**

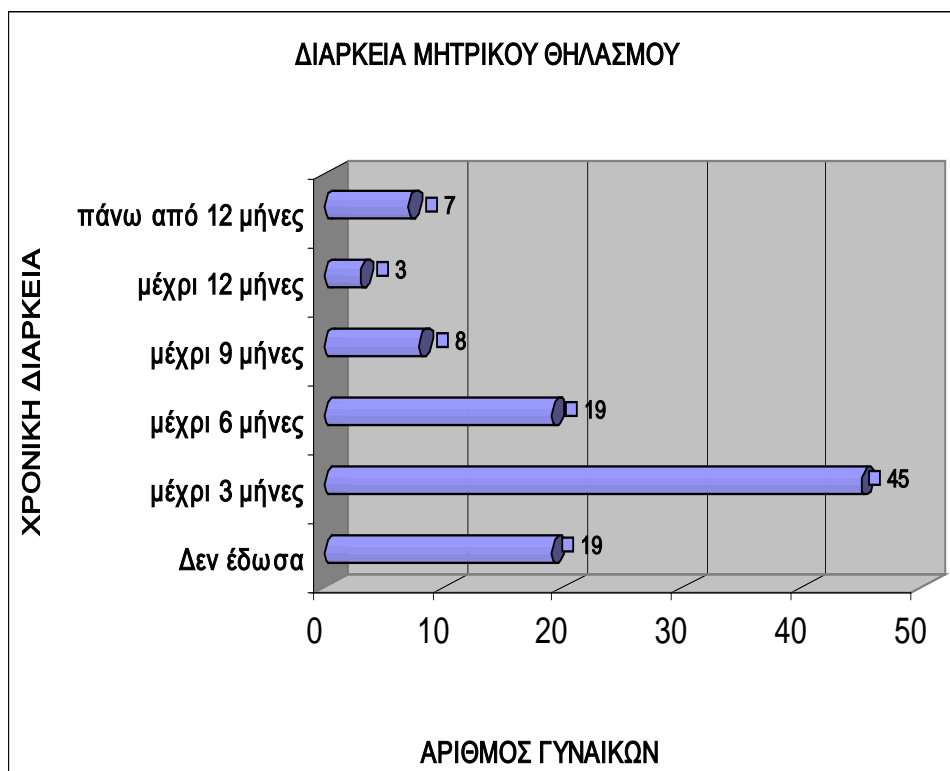
**Ποσοστιαία κατανομή (%) γυναικών που είχαν παρακολούθηση από ειδικό κατά τη διάρκεια της λοχείας**

Τα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με την παραμέληση της παρακολούθησης της λοχείας. Το 66% των λεχωϊδων δηλώσαν πως κανείς ειδικός (μαιευτήρας, μαία ή άλλη ιατρική ειδικότητα) δεν τις παρακολούθησε στο στάδιο της λοχείας. Το 32% απάντησε θετικά, ενώ 2% των γυναικών δεν απάντησαν στο ερώτημα, σύμφωνα με τα δεδομένα του Διαγράμματος 5.13.

### **Μητρικός θηλασμός**

Πολλοί ισχυρίζονται πως το ποσοστό του μητρικού θηλασμού σε μία χώρα υποδηλώνει και το επίπεδο της κοινωνικής της ανάπτυξης. Ωστόσο πολλές κοινωνικές αλλαγές και ιδίως η δυναμική είσοδος των γυναικών στον επαγγελματικό τομέα έχουν επηρεάσει ακόμη και το μητρικό θηλασμό.





**Διάγραμμα 5.14**

**Αριθμητική κατανομή των γυναικών που έδωσαν μητρικό γάλα στα βρέφη ανά χρονική κλίμακα**

Επί συνόλου των ερωτηθέντων γυναικών, το 18,81% δεν έδωσε καθόλου μητρικό γάλα, το 44,55% έδωσε μέχρι 3 μήνες, το 18,81% μέχρι 6 μήνες, το 7,92% μέχρι 9 μήνες, το 2,97% μέχρι 12 μήνες και γυναίκες που θήλασαν πάνω από ένα χρόνο ήταν το 6,93%, σύμφωνα με το Διάγραμμα 5.14.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο διαχωρισμός των γυναικών σε ιδιωτικούς και δημοσίους υπαλλήλους. Η άδεια μητρότητας επιτρέπει στις δημοσίους υπαλλήλους να αποσυρθούν ένα έτος από την εργασία τους και να βρίσκονται για μεγάλο χρονικό διάστημα με τα βρέφη τους, αντίθετα με τις ιδιωτικές υπαλλήλους, οι οποίες σε συντομότερο διάστημα είναι υποχρεωμένες να βρίσκονται στις θέσεις εργασίας τους.

## Πίνακας 5.2

Αναλυτικός πίνακας ποσοστού διάρκειας μητρικού θηλασμού ανά σύνολο, ιδιωτικές υπαλλήλους και δημόσιους υπαλλήλους

	ΣΥΝΟΛΟ		ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛ.		ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛ.	
	γυναίκες	ποσοστό(%)	γυναίκες	ποσοστό(%)	γυναίκες	ποσοστό(%)
Δεν έδωσα	19	18,81%	12	27,91%	6	18,18%
μέχρι 3 μήνες	45	44,55%	21	48,84%	10	30,30%
μέχρι 6 μήνες	19	18,81%	6	13,95%	7	21,21%
μέχρι 9 μήνες	8	7,92%	2	4,65%	4	12,12%
μέχρι 12 μήνες	3	2,97%	1	2,33%	2	6,06%
πάνω από 12 μήνες	7	6,93%	1	2,33%	4	12,12%

Παρατηρείται στον Πίνακα 5.2 ότι οι ιδιωτικές υπάλληλοι θήλασαν τα βρέφη τους σε ικανό ποσοστό, για τους πρώτους 3 μήνες (σχεδόν μία στις δύο γυναίκες), ωστόσο η δυνατότητα αυτή περιορίστηκε έντονα μετά την πάροδο των 3 μηνών. Το 30% των δημοσίων υπαλλήλων θήλασε μέχρι τους πρώτους 3 μήνες, και λιγότερες γυναίκες κατάφεραν να θηλάσουν πέραν των 6 μηνών. Ωστόσο η σύγκριση μεταξύ των δύο επαγγελματικών κατηγοριών επιβεβαιώνει την διευκόλυνση των δημοσίων υπαλλήλων να θηλάσουν περισσότερο τα βρέφη, από τις ιδιωτικές υπαλλήλους.

### 5.3.3 Οικονομικά στοιχεία

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου τέθηκαν ερωτήματα οικονομικής φύσεως, που σκοπό είχαν την κατάδειξη αμιγώς οικονομικών στοιχείων που επηρεάζουν τις μαιευτικές υπηρεσίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις διαφαίνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κάτι που και πάλι επηρεάζει την οικονομία των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Τα ερωτήματα συγκεκριμένα αφορούν τον τόπο διεξαγωγής της τελικής πράξης του τοκετού, τα κύρια κριτήρια επιλογής του χώρου, την διεξαγωγή ή μη οικονομικής έρευνας αγοράς πριν την τέλεση του τοκετού, το ασφαλιστικό ταμείο κάλυψης εξόδων, τον βαθμό επιρροής από την κάλυψη εξόδων από τα ταμεία, και τον βαθμό ανταπόκρισης του τελικού πληρωτέου ποσού προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Δύο ερωτήματα

με κύριο χαρακτηριστικό την ποιότητα αφορούν τον αριθμό των κλινών του δωματίου παραμονής κατά τη λοχεία και τον βαθμό ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό.

### Τοποθεσία διεξαγωγής φυσιολογικού τοκετού ή καισαρικής τομής

Η έρευνα περιορίστηκε κυρίως στην Αθήνα, κάτι που περιόρισε τα αποτελέσματα προς τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν ως απαντήσεις και οι επιλογές του σπιτιού, του κέντρου υγείας, του κέντρου φυσικού τοκετού και οποιασδήποτε άλλης τοποθεσίας. Ωστόσο καμία γυναίκα δεν βρέθηκε να έχει εκτελέσει τον τοκετό της σε άλλη τοποθεσία πλην ενός δημόσιου νοσοκομείου ή μιας ιδιωτικής κλινικής.

Το ερώτημα αυτό προσδίδει μία διαφορετική κατεύθυνση σε ολόκληρη την έρευνα. Μία δεύτερη ανάλυση πολλών ερωτημάτων υπό τον παράγοντα του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα μπορεί να μας προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών, τη ποιότητα αυτών και την αναγνώριση των διαφορών των δύο τομέων.



**Διάγραμμα 5.15**

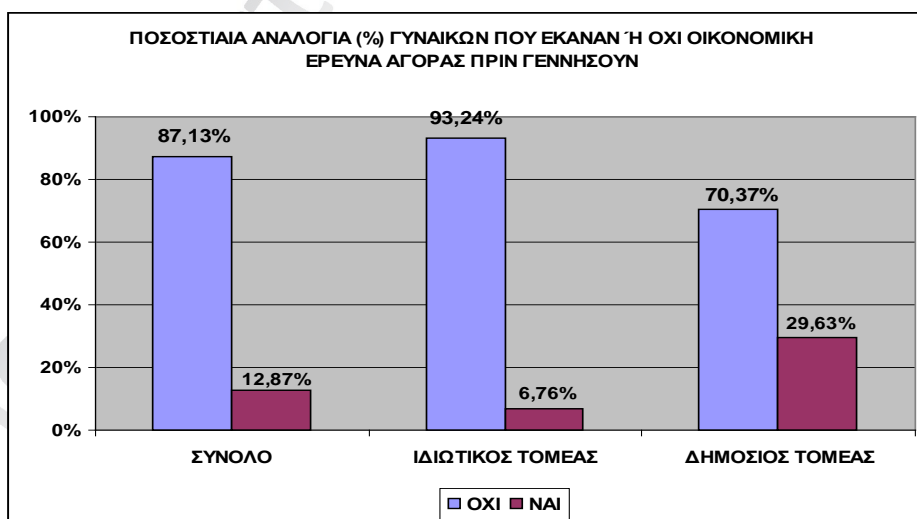
**Ποσοστιαία κατανομή (%) γυναικών ανάλογα με τον τόπο διεξαγωγής του τελευταίου τοκετού**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και το Διάγραμμα 5.15, το 73% των ερωτηθεισών Ελληνίδων επέλεξαν τον ιδιωτικό τομέα για να γεννήσουν, αντίθετα με το 27% που επέλεξαν τον δημόσιο τομέα.

### Οικονομική έρευνα αγοράς για μαιευτικές υπηρεσίες

Το ύψος των συνολικών εξόδων για την εκτέλεση του τοκετού και την παραμονή της λεχωΐδας τις πρώτες ημέρες σε μία κλινική ή ένα νοσοκομείο διαφοροποιείται ανάλογα με την επιλογή του ιδιωτικού ή του δημόσιου τομέα. Το γεγονός αυτό είναι γνωστό στη συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών και των οικογενειών. Ένα εκ των βασικών κριτηρίων επιλογής του χώρου εκτέλεσης του τοκετού είναι το διαθέσιμο εισόδημα των καταναλωτών και η οικονομική προσφορά των ιδιωτικών μαιευτηρίων. Η επιλογή του ιδιωτικού τομέα συνεπάγεται υψηλό κόστος, αντίθετα με τον δημόσιο τομέα. Παρόλα αυτά, οι Ελληνίδες φαίνεται να προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα.

Μέσα από το συγκεκριμένο ερώτημα σχετικά με το αν οι γυναίκες έκαναν οικονομική έρευνα αγοράς πριν καταφύγουν στον τομέα, ιδιωτικό ή δημόσιο, όπου γέννησαν το τελευταίο τους παιδί, σκοπός ήταν η κατάδειξη του ενδιαφέροντος των καταναλωτών για το κόστος πριν τη χρήση των υπηρεσιών.



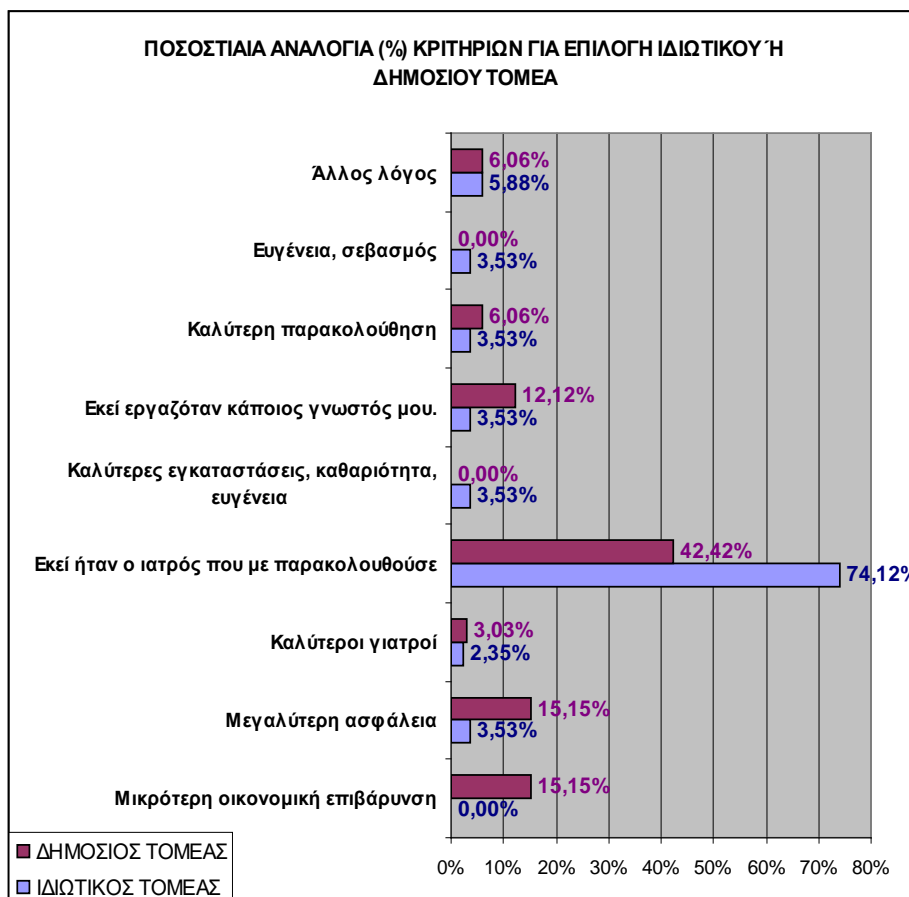
**Διάγραμμα 5.16**

**Ποσοστιαία αναλογία (%) των γυναικών που έκαναν ή όχι οικονομική έρευνα αγοράς πριν την επιλογή του τομέα (ιδιωτικού ή δημόσιου)**

Οι γυναίκες που επέλεξαν το δημόσιο τομέα για να γεννήσουν και να παραμείνουν εκεί κατά τη λοχεία έκαναν οικονομική έρευνα αγοράς σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτές που επέλεξαν τον ιδιωτικό τομέα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για δημόσιο και ιδιωτικό τομέα είναι 29,63% και 6,76% αντίστοιχα, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 5.16. Η αντίθετη περίπτωση, της μη διεργασίας έρευνας αγοράς και στους δύο τομείς, συγκεντρώνει μεγάλα ποσοστά. Συνολικά, από τις 101 γυναίκες, το 87,13% δεν αναζήτησε τις τιμές και το κόστος των μαιευτικών υπηρεσιών πριν καταφύγει σε αυτές, κάτι που δεν θεωρείται αναμενόμενο, αναλογιζόμενοι το υψηλό κόστος των ιδιωτικών μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα και παράλληλα την έντονη οικονομική κρίση που αντιμετωπίζουν πολλές ελληνικές οικογένειες.

#### **Κριτήρια επιλογής ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα**

Το επόμενο ερώτημα αφορά ένα από τα πλέον ενδιαφέροντα στοιχεία της έρευνας αλλά ταυτόχρονα τα αποτελέσματα δημιουργεί νέα ερωτήματα. Σκοπός του ερωτήματος είναι η αποσαφήνιση των πραγματικών αιτίων επιλογής του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα εκ μέρους των γυναικών και των οικογενειών τους και η ερμηνεία του φαινομένου οι περισσότερες Ελληνίδες να επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα, παρά το υψηλό κόστος των υπηρεσιών. Οι έτοιμες απαντήσεις, που είχαν οι γυναίκες στη διάθεση τους, προήλθαν έπειτα από έντονο προβληματισμό και ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας και ανάμεσα σε αυτές περιλαμβάνονταν ερωτήσεις οικονομικής φύσεως («μικρότερη οικονομική επιβάρυνση»), ποιοτικών χαρακτηριστικών («καλύτεροι γιατροί», «καλύτερες ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, καθαριότητα», «καλύτερη παρακολούθηση», «ευγένεια, σεβασμός» και διάφορες άλλες («μεγαλύτερη ασφάλεια», «εκεί ήταν ο ιατρός που με παρακολουθούσε», «εκεί εργαζόταν κάποιος γνωστός μου – δικός μου άνθρωπος», «πιο κοντά στο σπίτι μου», «τυχαία», «άλλος λόγος»). Από τις ερωτηθείσες γυναίκες απαιτούνταν η επιλογή ενός μόνο κριτηρίου, του πιο σημαντικού κατά τη κρίση τους.



**Διάγραμμα 5.17**

**Ποσοστιαία αναλογία (%) των βασικών κριτηρίων που οδήγησαν τις γυναίκες στη τελική επιλογή ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα**

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των απαντήσεων στο συγκεκριμένο ερώτημα είναι ενδιαφέροντα. Στο σύνολο των ερωτηθέντων, το 66% περίπου απάντησε «εκεί ήταν ο ιατρός που με παρακολουθούσε», όπως παρουσιάζεται και στο Διάγραμμα 5.17. Ακολουθούν με διαφορά «η μεγαλύτερη ασφάλεια» (6,84%), «εκεί εργαζόταν κάποιος γνωστός μου» (5,98%), «κάποιος άλλος λόγος» (5,98%), «μικρότερη οικονομική επιβάρυνση» (4,27%) «καλύτερη παρακολούθηση» (4,27%), και τέλος με το ίδιο ποσοστό απαντήθηκαν ως κύρια κριτήρια οι απαντήσεις «καλύτεροι ιατροί», «καλύτερες εγκαταστάσεις και καθαριότητα», «ευγένεια, σεβασμός» (2,56%).

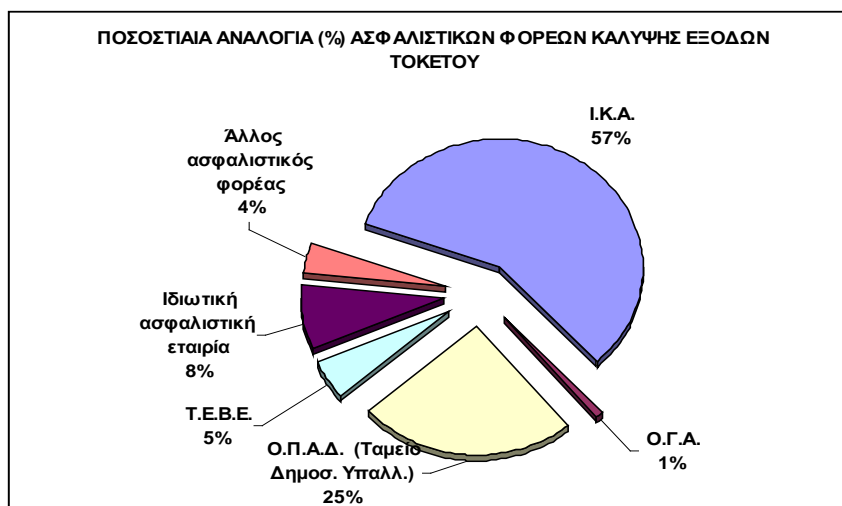
Η σειρά επιλογής των κριτηρίων διαφοροποιείται σημαντικά στη περίπτωση επεξεργασίας και σύγκρισης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Και στους δύο τομείς, πρώτο κριτήριο είναι η απάντηση «εκεί ήταν ο ιατρός που με παρακολουθούσε». Στον μεν ιδιωτικό το ποσοστό φθάνει στο 74,12% ενώ στο δημόσιο το 42,42%. Στον ιδιωτικό τομέα ακολουθούν όλες οι επόμενες απαντήσεις με τα ίδια σχεδόν ποσοστά και με μικρές

διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Στο δημόσιο τομέα, ξεχωρίζουν ως δεύτερο κριτήριο, με ίδια ποσοστά οι απαντήσεις «μικρότερη οικονομική επιβάρυνση»(15,15%) και μεγαλύτερη ασφάλεια» (15,15%). Ως τέταρτη σε συχνότητα απάντηση ήταν «εκεί εργαζόταν κάποιος γνωστός μου» (12,12%) και ακολουθούν με μικρή διαφορά οι επόμενες απαντήσεις. Αξιοσημείωτη είναι οι μηδενικές απαντήσεις στα ερωτήματα «καλύτερες εγκαταστάσεις και καθαριότητα» και σεβασμός , ευγένεια», όσον αφορά τον δημόσιο τομέα και αντίστοιχα ο απαντήσεις «μικρότερη οικονομική επιβάρυνση» για τον ιδιωτικό τομέα.

Τα συμπεράσματα επιβεβαιώνουν σε πολλές περιπτώσεις τα προλεγόμενα σε προηγούμενα κεφάλαια. Η πρώτη σε ποσοστό απάντηση, και στους δύο τομείς, επιτρέπει την εξαγωγή του συμπεράσματος πως οι Ελληνίδες εμπιστεύονται πολύ τον ιατρό τους, σε σημείο να τον ακολουθούν όπου αυτός ασκεί το έργο του, είτε στο δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό τομέα. Δεύτερο συμπέρασμα είναι η αυξημένη δυνατότητα των ιατρών να προκαλέσουν τεχνητή ζήτηση, μέσω της «αντιπροσώπευσης» και της «ασύμμετρης πληροφόρησης». Τα κριτήρια που ακολουθούν στον ιδιωτικό τομέα είναι αναμενόμενα και η ανάλυση τους δεν παρουσιάζει περαιτέρω ενδιαφέρον, πέρα από το γεγονός πως επιβεβαιώνεται η αναζήτηση ποιοτικών χαρακτηριστικών μέσα από τη παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών. Στο δημόσιο τομέα, ως δεύτερο βασικό κριτήριο εμφανίζονται με το ίδιο ποσοστό η «μικρότερη οικονομική επιβάρυνση» και «η μεγαλύτερη ασφάλεια», κριτήρια που έρχονται να συμφωνήσουν με την ελληνική βιβλιογραφία και τις αναφορές στο τέταρτο κεφάλαιο. Τέλος, ως τέταρτο κριτήριο επιλογής του δημόσιου τομέα κρίνεται η επιλογή «εκεί ήταν κάποιος γνωστός μου», κάτι που προσδίδει περισσότερη ασφάλεια στη γυναίκα που επιλέγει ένα δημόσιο νοσοκομείο ή μαιευτήριο για να γεννήσει.

#### **Ασφαλιστικός φορέας (κάλυψης εξόδων)**

Το ερώτημα αυτό δεν αποσκοπεί σε αναλυτική αναφορά των παραγόντων επιλογής αλλά έχει μόνο οικονομικό ενδιαφέρον και θα μπορούσε να ενταχθεί στη πρώτη ομάδα ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, με τα ατομικά στοιχεία των ερωτηθέντων.

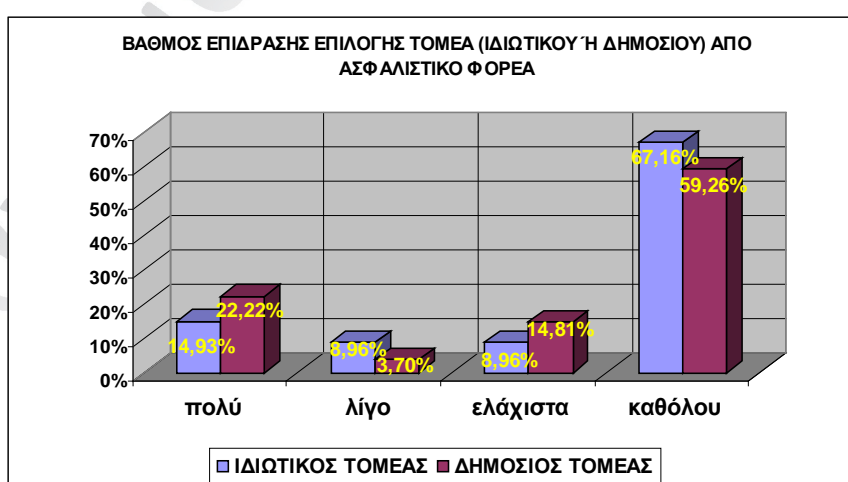


**Διάγραμμα 5.18**

**Ποσοστιαία αναλογία (%) των ασφαλιστικών φορέων κάλυψης εξόδων του τοκετού**

Τα αποτελέσματα θεωρούνται αναμενόμενα, με βάση και τα αποτελέσματα για την επαγγελματική κατηγορία όπου ανήκουν οι γυναίκες. Στο Διάγραμμα 5.18 παρατηρείται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε ως κύριο ασφαλιστικό φορέα το Ι.Κ.Α. (57%), το Ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων (25%), κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία παράλληλα με τον κύριο φορέα (8%). Ακολουθούν το Τ.Ε.Β.Ε. (8%) και τέλος ο Ο.Γ.Α. (1%).

Μεγαλύτερο ωστόσο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο βαθμός επίδρασης στην επιλογή του τομέα, ιδιωτικού ή δημοσίου, από τον ασφαλιστικό φορέα.



**Διάγραμμα 5.19**

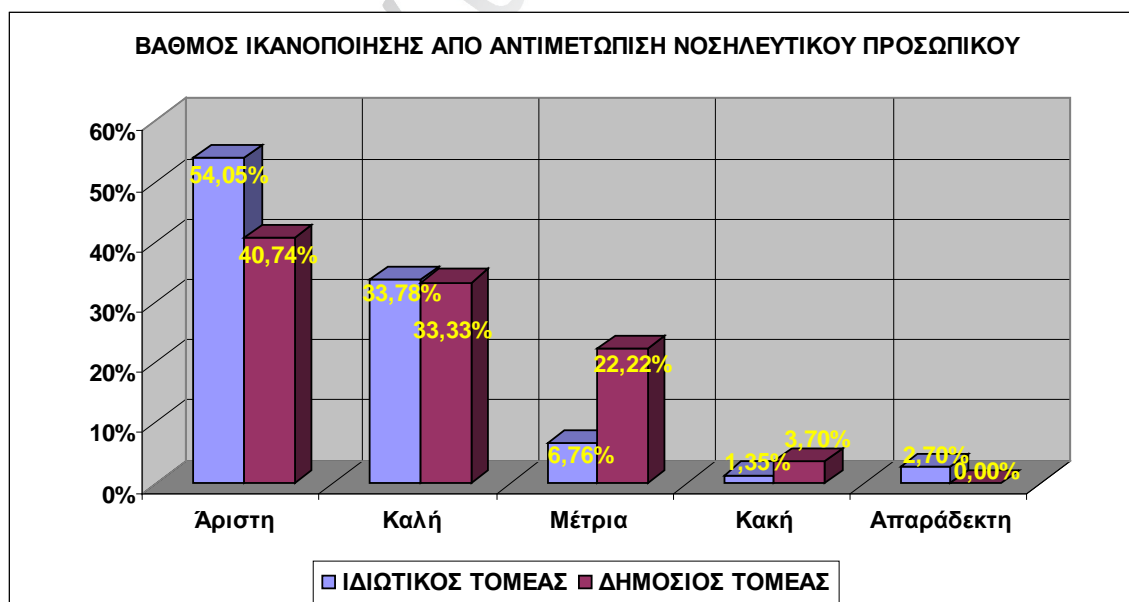
**Ποσοστιαία αναλογία (%) του βαθμού επίδρασης της επιλογής ιδιωτικού ή δημοσίου τομέα λόγω του ασφαλιστικού φορέα**



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επεξεργασίας και το Διάγραμμα 5.19, συνολικά ο βαθμός επίδρασης είναι μικρός, τόσο στο σύνολο των γυναικών, όσο και σε αυτές που επέλεξαν και τους δύο τομείς. Μία μικρή διαφορά καταγράφεται στην πρώτη επιλογή («πολύ»), την οποία επέλεξαν το 22,22% των γυναικών που γέννησαν στο δημόσιο τομέα, εν αντιθέσει με το 14,93% των γυναικών που γέννησαν στον ιδιωτικό.

### Συμπεριφορά προσωπικού

Το επόμενο διάγραμμα απεικονίζει ένα κύριο ενδεικτικό χαρακτηριστικό της ποιότητας των μαιευτικών υπηρεσιών, την αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ως πραγματικό αίτιο που συμπεριλήφθηκε το ερώτημα αυτό στο ερωτηματολόγιο είναι η διαπίστωση κατά πόσο ισχύει η εικόνα που εκπέμπει το νοσηλευτικό προσωπικό προς το ευρύ κοινό, μέσα από την εμπειρία των ίδιων των γυναικών που βίωσαν τη συμπεριφορά αυτή. Επίσης, ο βαθμός ανταπόκρισης στις προσδοκίες όσων επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα διαφαίνεται από τις απαντήσεις αυτές.



**Διάγραμμα 5.20**

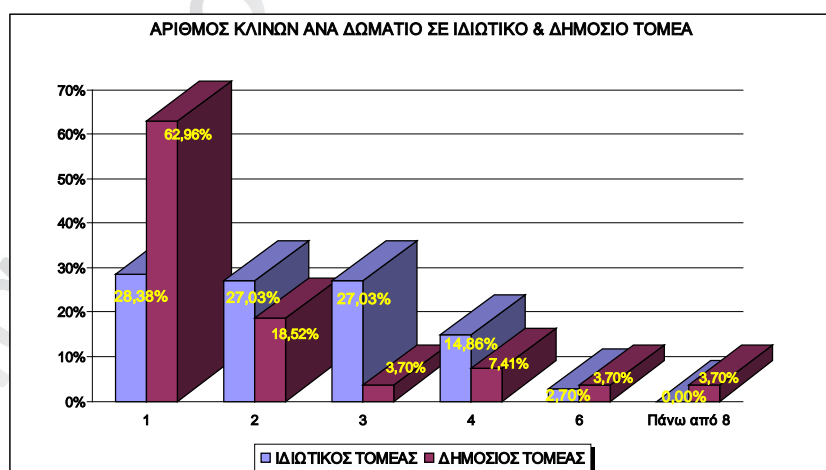
**Ποσοστιαία αναλογία (%) των βαθμίδων ικανοποίησης από την αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό**

Η μεγαλύτερη πλειοψηφία των ερωτηθέντων γυναικών συμφωνεί πως η αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν άριστη έως καλή, όπως παρουσιάζεται και στο Διάγραμμα 5.20. Το 88% των γυναικών που γέννησαν στον ιδιωτικό τομέα και το 73,33% που γέννησαν στο δημόσιο επέλεξαν μία από τις δύο πρώτες επιλογές, την «άριστη» και «καλή» αντιμετώπιση. Υψηλό θεωρείται το ποσοστό (22,22%) για τις γυναίκες που έκριναν μέτρια την αντιμετώπιση στο δημόσιο τομέα. Τέλος, οι επιλογές «κακή» και «απαράδεκτη» επελέγησαν από το 4% και 3,70% των γυναικών που επέλεξαν τον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα αντίστοιχα.

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση κινείται σε θετικά επίπεδα, με μικρό ποσοστό να κρίνει ανεπαρκή την αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού.

### Αριθμός κλινών

Η παραμονή σε δωμάτιο με ανάλογες κλίνες χαρακτηρίζει σε πολλές περιπτώσεις το ύψος του τελικού ποσού που θα πληρώσει μία οικογένεια κατά την έξοδο της από το μαιευτήριο. Στον ιδιωτικό τομέα ο χαρακτηρισμός των υπηρεσιών ως «ξενοδοχειακές» προσδίδει ποιότητα και ανεβάζει το κόστος των υπηρεσιών. Στο δε δημόσιο τομέα, μπορεί οι εγκαταστάσεις να μην είναι καλές, ωστόσο η παραμονή σε μονόκλινο δωμάτιο προσδίδει άνεση και ποιότητα.



**Διάγραμμα 5.21**

**Ποσοστιαία αναλογία (%) των δωματίων παραμονής των λεχωϊδών**

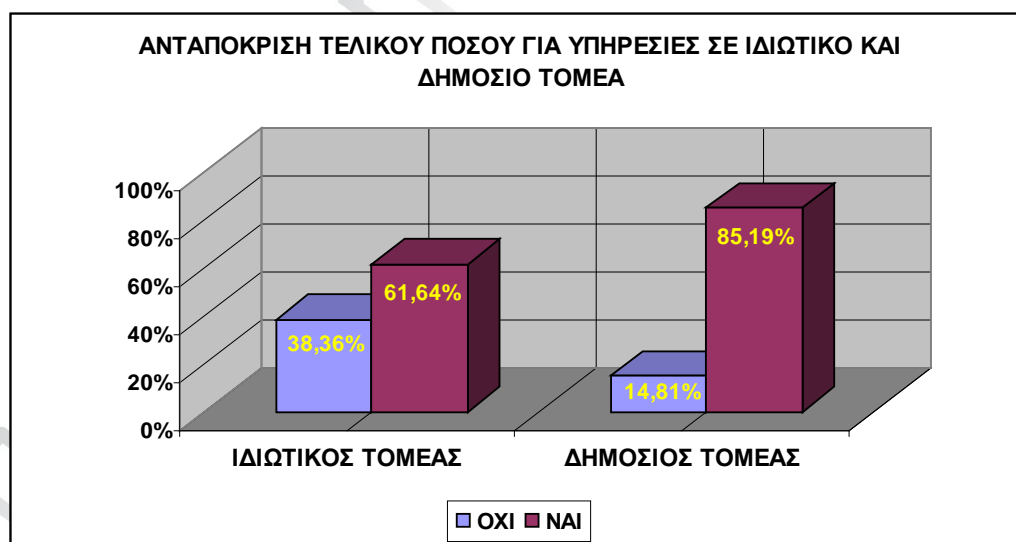
Το υψηλό κόστος των μονόκλινων, δίκλινων και τρίκλινων δωματίων στον ιδιωτικό τομέα αντικατοπτρίζεται έμμεσα στο Διάγραμμα 5.21. Τα ποσοστά παραμονής σε μία από τις τρεις κατηγορίες δωματίων είναι μοιρασμένα ανάμεσα, με 28,38%, 27,03% και 27,03% αντίστοιχα. Ακολουθούν τα τετράκλινα δωμάτια με ποσοστό 14,86%

Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (62,96%) παρέμεινε σε μονόκλινο δωμάτιο μετά την γέννηση του παιδιού τους. Το 18,52% των γυναικών παρέμεινε σε δίκλινο, το 3,70% σε τρίκλινο, και το 7,41% σε τετράκλινο.

Σύγκριση των δύο τομέων, ιδιωτικού και δημοσίου, δείχνει πως η παραμονή σε μονόκλινο δωμάτιο είναι πολύ πιο πιθανή σε δημόσιο νοσοκομείο απ' ό τι σε ιδιωτική κλινική.

#### Ανταπόκριση τελικού ποσού στις συνολικές υπηρεσίες.

Το τελευταίο ερώτημα του ερωτηματολογίου αφορά την τελική εικόνα σχετικά με την ανταπόκριση του συνολικού ποσού που πλήρωσαν οι γυναίκες κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο ή μαιευτήριο στο σύνολο των υπηρεσιών που δέχθηκαν.



**Διάγραμμα 5.22**

**Ποσοστιαία αναλογία (%) της ανταπόκρισης ή όχι του τελικού ποσού στο σύνολο των μαιευτικών υπηρεσιών**

Το ενδιαφέρον εντοπίζεται και πάλι στη σύγκριση των δύο τομέων. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5.22, απ' όσους επέλεξαν τον ιδιωτικό τομέα, το 61,14% πιστεύει πως το τελικό ποσό ανταποκρινόταν στις υπηρεσίες που δέχθηκαν, αντίθετα με το 38,36%. Απ' όσες γυναίκες επέλεξαν τον δημόσιο τομέα, πολύ μεγαλύτερο ποσοστό και συγκεκριμένα το 85,19% θεωρεί το τελικό ποσό πως ανταποκρίνεται στις υπηρεσίες που έλαβε, εν αντιθέσει με το 14,81%.

Η προσδοκία για καλύτερη παροχή υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα είναι μεγαλύτερη, καθώς και το κόστος είναι σημαντικά υψηλότερο και η απαίτηση για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας είναι μεγάλη. Στην αιτία αυτή φαίνεται να εξηγείται το αυξημένο ποσοστό (38,36%) των γυναικών που θεωρούν πως το τελικό χρηματικό ποσό που κατέβαλαν δεν ανταποκρινόταν στις υπηρεσίες που έλαβαν.

#### **5.4 Συμπεράσματα έρευνας - Ανακεφαλαίωση**

Η έρευνα που έγινε σε 101 γυναίκες που βίωσαν τα τελευταία 7 χρόνια, για μία τουλάχιστον φορά, την εμπειρία της χρήσης των κύριων μαιευτικών υπηρεσιών, προσδίδει πολλές πληροφορίες μαιευτικού και οικονομικού ενδιαφέροντος.

Το 71% περίπου των γυναικών είναι ηλικίας 30 – 40 ετών και το 20% είναι ηλικίας 25 – 30 ετών. Το 91% των γυναικών διαμένουν μόνιμα στην πρωτεύουσα και το 99% αυτών είναι έγγαμες. Ο περισσότερες γυναίκες είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (41%) και ακολουθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι (33%) και όσες γυναίκες δεν ασκούν κάποιο επάγγελμα (15%). 47 γυναίκες έχουν αποφοιτήσει από κάποιο Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι και 26 από κάποιο Ι.Ε.Κ. ή ιδιωτική σχολή, ενώ 22 έχουν απολυτήριο λυκείου.

Οι περισσότερες οικογένειες έχουν ένα παιδί (48%) και δύο παιδιά (43%). Όσον αφορά τις προγεννητικές εξετάσεις, οι Ελληνίδες φαίνεται να τηρούν τη συχνή και σωστή χρήση τους. Ο αριθμός των αυτόματων αποβολών και των προσπαθειών για εξωσωματική γονιμοποίηση είναι φυσιολογικός, ωστόσο μέσα από τα ποσοστά διαφαίνεται η δυσκολία τεκνοποίησης στη σύγχρονη Ελληνίδα. Η εφαρμογή της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου ως μη φαρμακευτική αναλγησία είναι διαδεδομένη και εφαρμόζεται από πολλές γυναίκες. Ο βαθμός βοήθειας που προσφέρει είναι ικανοποιητικός στη πλειοψηφία του.

Η φάση της λοχείας διαφαίνεται παραμελημένη από ειδικούς και από τις γυναίκες, καθώς το 66% των γυναικών που γέννησαν δεν παρακολούθηθηκε από κάποιο ειδικό

μεταγενετικά, αντίθετα με το 32%. Όσον αφορά το μητρικό θήλασμό, αρκετές είναι οι γυναίκες που δεν θήλασαν εξ αρχής τα βρέφη τους (18,81%) και περισσότερες είναι αυτές που θήλασαν για χρονικό διάστημα μέχρι 3 μήνες (44,55%).

Το 73% των γυναικών επέλεξε ένα ιδιωτικό μαιευτήριο ή κλινική για να γεννήσει, αντίθετα με το 27% που κατέφυγε σε ένα δημόσιο μαιευτήριο ή νοσοκομείο, μία σύγκριση που δείχνει την υπεροχή του ιδιωτικού τομέα στην αγορά και προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών. Συνολικά, το 62,38% γέννησε φυσιολογικά και το 37,62% με καισαρική τομή κατά την τελευταία κύηση. Η αύξηση των ποσοστών των δεύτερων δηλώνει τις υγειονομικές αλλαγές, όπως η τεκνοποίηση σε αυξημένη ηλικία, που έχουν συμβεί στην Ελλάδα και τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη τελική πράξη του τοκετού, όπως συμβαίνει με την δυναμική είσοδο και παρουσία των γυναικών στην επαγγελματική σταδιοδρομία. Υπάρχουν ενδείξεις και για εμφάνιση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης από τους μαιευτήρες. Οι περισσότερες γυναίκες (87,13%) δεν έκαναν οικονομική έρευνα αγοράς πριν καταφύγουν στον τομέα όπου γέννησαν και ιδίως όσες επέλεξαν τον ιδιωτικό τομέα (93,24%). Ως πρώτα κριτήρια επιλογής για την επιλογή του ιδιωτικού ή δημόσιου φορέα για να γεννήσουν, οι γυναίκες έκριναν τον παράγοντα πως εκεί ασκούσε το έργο του ο μαιευτήρας που τις παρακολουθούσε, σε συνολικό ποσοστό 65,81%. Για τις γυναίκες που επέλεξαν το δημόσιο τομέα, ισχυρή παρουσία έχει και το κριτήριο της μικρότερης οικονομικής επιβάρυνσης και της μεγαλύτερης ασφάλειας. Η πλειοψηφία των ασφαλιστικών ταμείων των γυναικών είναι το Ι.Κ.Α.(57%) και ακολουθεί ο Ο.Π.Α.Δ.(25%). Μόλις το 8% έκανε χρήση ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας. Ο βαθμός επίδρασης της επιλογής για τον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα από το γεγονός πως ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει ένα ποσοστό των εξόδων δεν επηρέασε σημαντικό αριθμό γυναικών. Η αντιμετώπιση προς τις γυναίκες από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν στη πλειοψηφία της καλή έως άριστη, με το 22% των γυναικών που γέννησαν σε δημόσιο μαιευτήριο να την χαρακτηρίζουν «μέτρια». Οι περισσότερες γυναίκες διέμεναν κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό σε μονόκλινα, δίκλινα και τρίκλινα δωμάτια. Στο δημόσιο τομέα περισσότερες γυναίκες διέμεναν σε μονόκλινο και δίκλινο, ενώ στον ιδιωτικό οι γυναίκες μοιράστηκαν κυρίως σε μονόκλινα, δίκλινα και τρίκλινα. Τέλος, το 61,64% και το 85,19% των γυναικών που γέννησαν στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα θεωρούν πως το ποσό που κατέβαλαν κατά την έξοδο τους ανταποκρινόταν στις μαιευτικές υπηρεσίες υγείας, αντίθετα με το 38,36% και το 14,81% αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν την υπεροχή του ιδιωτικού τομέα, ως προς τη ζήτηση και τη προσφορά των υπηρεσιών του, καθώς και την αναζήτηση ποιοτικών χαρακτηριστικών εκ μέρους των καταναλωτών, ακόμη και όταν αυτό κοστίζει περισσότερο στους χρήστες. Οι καταναλωτές των δημόσιων υπηρεσιών μειώνονται και στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα, όσο ο δημόσιος ανεπαρκεί να εντάξει την ποιότητα στις υπηρεσίες του. Τα κριτήρια της μικρότερης οικονομικής επιβάρυνσης και της μεγαλύτερης ασφάλειας παραμένουν στο δημόσιο τομέα, ωστόσο η υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει ως τελικό αποτέλεσμα την επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των Ελλήνων προκειμένου να τύχουν στοιχειώδους αντιμετώπισης και την στροφή τους προς τον ιδιωτικό τομέα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄, ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ)  
Άρθρο 1, Έννοιες, ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του παρόντος),  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ  
ΠΡΩΤΟ, Αρ. Φύλλου 287, 28 Νοεμβρίου 2005, ΝΟΜΟΣ ΥΠ΄ΑΡΙΘ. 3418.
- Δελτίο τύπου UNICEF (31/10/2007).
- «ΝΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΗΣ ΓΣΕΕ», Εκδοση: Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος,  
Τυπογραφείο «ΠΡΟΜΗΘΕΥΣ», ΑΘΗΝΑ, άρθρο 2.4, σελ :8-10.
- «Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη: Σχέδιο  
Δράσης», Μετάφραση : Θέμις Ζάχου - Βίκυ Μπενέτου.
- Μαγδάλη Αλεξάνδρα, Ιωάννης Παπαδημητρίου, «Διαχρονική διερεύνηση της θέσης των  
15 χωρών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας, Διπλωματική  
Εργασία», Θεσσαλονίκη, 2005, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Οικονομικών και  
Κοινωνικών Επιστημών, σελ : 13, 54 – 55.
- Εφημερίδα «Τόλμη – Τοπικά Νέα», 15/04/2006.
- Τραγέα Ρ., «Μαιευτική φροντίδα», Αθήνα, Εκδόσεις :Δ. Γιαννακόπουλος, 1999, σελ:99-  
100, 103-106.
- Σ.Ε. Καρπάθιος «Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική», (Α τόμος), 1<sup>η</sup> έκδοση,  
εκδόσεις Βήτα, 1999, σελ : 151 -152, 291 – 292.
- Σ.Ε. Καρπάθιος., «Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική»(Β΄Τόμος), 2<sup>η</sup> έκδοση,  
εκδόσεις: Βήτα ιατρικές εκδόσεις, 1999, σελ : 51, 224, 341.

- Γωργακόπουλος Θ., Λιανός Θ., Μπένος Θ., Τσεκούρα Γ., Χατζηπροκοπίου Μ., Χρήστου Γ. , «Εισαγωγή στη πολιτική οικονομία», Αθήνα, έκδοση 6<sup>η</sup>, εκδόσεις: Γ. Μπένου, 2002, σελ: 20-21, 28-29, 77,119.
- «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών υγείας», Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2002, ενότητα 1,2,σελ :19, ενότητα 1.1,σελ :17, ενότητα 6.2, σελ :120-121
- Αντζακλής Α. «Προγεννητική διάγνωση, Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία, Μιχαλάς», Π.Σ. Αθήνα, Εκδ. οίκος Παρισιανού, 2000"129 – 138.
- Πτυχιακή Εργασία «Το μαιευτικό επάγγελμα στην Ευρωπαϊκή Ένωση», Παπαδοπούλου Μαρία, Σαμαριτάκη Ελένη, 2001, κεφάλαιο Α, σελ : 3-4, 5-6.
- «Το χρυσό μου παιδί», Καζλαρής Χάρης, Εκδόσεις Π. Τραύλος-Ε. Κωσταράκη, Αθήνα, 1996, σελ : 32.
- Μ. Ματσαγγάνης, «Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα», 2001, Εκδόσεις Κριτική, σελ : 32-44.
- Ε.Ι.Ν.Α.Π., «Τα δημόσια νοσοκομεία στην Αθήνα και τον Πειραιά. Πορεία στον χρόνο. 30 χρόνια Ε.Ι.Ν.Α.Π.», 2005, έκδοση Ε.Ι.Ν.Α.Π., σελ: 16 – 17, 29 – 35.
- Α. Γουμένου, Γ. Κουμαντάκης, Ι. Ματαλλιωτάκης, «Υπογονιμότητα: Μία ιστορική αναδρομή», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΣΤ, τ – 3, 2002, σελ: 289, 291.
- Ι. Ανδρέου, «Οικονομία και σύγχρονη Μαιευτική και Γυναικολογία. Σύγκριση τιμών δημοσίου και ιδιωτικού φορέα υγείας», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΣΤ, τ – 4, 2002, σελ: 306 – 307.
- Gito G., Mezzesimi A., D. Aniello G., De Simone S., Faldini E., Ignacchiti E., Luisi S., Petraglia F. «Κύηση και τοκετός σε γυναίκες άνω των 40 ετών, τι άλλαξε τα τελευταία 30 χρόνια», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΖ, τ – 3, 2003, σελ: 252.



- Δημήτριος Σπύρου, «Υπογεννητικότητα και υπογονιμότητα στην Ελλάδα: Η Ελλάδα που σβήνει...», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΖ, τ – 3, 2003, σελ: 266,269,271,274.
- Νικηφόρος Κλήμης, «Κατάθλιψη της λοχείας», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΖ, τ – 3, 2003, σελ: 297-298.
- Ιφιγένεια Ε. Πανταλέων, Πέτρος Χ. Αθανασιάδης, «Ιστορία της Ιατρικής, 1550 π.Χ έως 2<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΖ, τ – 3, 2003, σελ: 316.
- Χ.Ο. Δεκαβάλας. Γ.Δ. Μιχαήλ, «Καισαρική τομή ή κοιλικός τοκετός», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΖ, τ – 2, 2003, σελ: 127 - 131.
- Δ. Καραμήτσος, Μ. Μαμόπουλος, « Σακχαρώδης Διαβήτης και κύηση. Η διαβητική έγκυος. Διαβήτης της εγκυμοσύνης. Η ινσουλινοθεραπεία στην εγκυμοσύνη», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΖ, τ – 2, 2003, σελ: 150 – 151,153,165.
- Δημήτριος Ε. Λώλης, « Οι διαστάσεις του δημογραφικού προβλήματος στην Ελλάδα», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΗ, τ – 2, 2004, σελ: 211 - 217.
- Μελίνα Αρχοντάκη, «Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και ισχύουσα νομοθεσία», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τόμος ΙΗ, τ – 4, 2004, σελ: 69 – 70.
- Γ. Γιαννακόδημος, Ε. Κοσμοπούλου, Κ. Λάππας, «Καισαρική τομή: είναι δικαίωμα της γυναίκας να επιλέξει τον τρόπο έκβασης του τοκετού της;», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 12(1): 32 – 35, 2000, σελ: 32 – 35.
- Π. Ταμπακούδης, «Προγεννητικός έλεγχος», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 13(1 - 2): 59 – 79, 2001.
- Β. Σδράκη, «Η μαιευτική αναλγησία και αναισθησία στον 20<sup>ο</sup> αιώνα.», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 13(1 - 2): 89 – 94, 2001.

- Π. Ταμπακούδης, Μ. Ζαφράκας, Γ. Γκριμπίζης, Φ. Τζεβελέκης, Σ. Μανταλενάκης, Ι. Μπόντης, «συχρότητα και ενδείξεις καισαρικών τομών κατά την περίοδο 1994 – 2000», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 15(1): 27 – 34, 2003.
- Δ. Χ. Ρούσσος. Δ.Κ. Πανίδης, Β.Σ. Τσίμου, Α.Η. Κούρτης, Μ.Α. Μαμόπουλος, «Προεκλαμψία – Εκλαμψία στην Ελλάδα», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 15(1): 37 – 43, 2003.
- Δ. Τσολακίδης, «Αντισύλληψη και Οικογενειακός Προγραμματισμός», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 16(3): 296 – 301, 2004.
- Χ.Α. Σκέντου, Α.Π. Σούκα, Ε.Χ. Σκύφτα, Ι.Ε. Μεσσήνης, «Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος πρώτου τριμήνου», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 17(4):379 - 384, 2005.
- «Πρακτικά 8<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών – Μαιευτών, 2 – 4 Ιουνίου 2000, Αθήνα», 2001, Εκδόσεις Ακίδα, σελ: 95 – 97.
- «Πρακτικά 9<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών – Μαιευτών, 24 – 26 Οκτωβρίου 2003, Ιωάννινα», 2004, Εκδόσεις Ακίδα, σελ: 90 – 91
- Γ. Τούντας, «Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2006, 23(1):72 – 83
- Rosen M. et al, “The Cesarean birth force: National Institute of health consensus development statement in cesarean childbirth, Obstet Gynecol”, 1981;57,537
- Mac Farland KF, Hemaya E. “Neonatal mortality in infants of diabetic mothers. Diabetes care”, 1985, 8:333.
- Matsaganis M. “Maternal morbidity and infant mortality in Greece. A regional analysis. Social Science and Medicine”, 1992, 34:317.

- Obwegeser R., Ylm M. Simon M. “Breech infants – vaginal or caesarean delivery?”, Acta Obstet Gynecol Scand 75:1569 – 1574, 1996.
- Anon. “What is the number of caesarean sections?”, Lancet, 1997: 349:815.
- Chari R.S., Frangieh A.Y., Sibai B.M., “Chronic hypertension in pregnancy”, Compr ther, 1995, 21:227-34
- World Health organization (W.H.O.), “Achieving Reproductive Health For All : the role of W.H.O.”, Geneva, 1995
- American Diabetes Association, “Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care”, 2006, 29 (suppl.1):543:48

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- <http://tovima.dolnet.gr>
  - Το ΒΗΜΑ, 24/11/1996, Σελ.: Α45, Κωδικός άρθρου: Β12404Α451, ID: 3079
  - Το ΒΗΜΑ, 06/05/2001, Σελ.: Α42, Κωδικός άρθρου: Β13255Α421, ID: 235146
  - Το ΒΗΜΑ, 17/06/2001, Σελ.: Α42, Κωδικός άρθρου: Β13289Α421, ID: 236411
  - Το ΒΗΜΑ, 07/11/2004, Σελ.: Η02, Κωδικός άρθρου: Β14309Η021, ID: 266191
  - Το ΒΗΜΑ, 16/01/2005, Σελ.: Α28, Κωδικός άρθρου: Β14366Α281, ID: 267592
  - Το ΒΗΜΑ, 26/06/2005, Σελ.: Α24, Κωδικός άρθρου: Β14498Α241, ID: 271016
  - Το ΒΗΜΑ, 29/01/2006, Σελ.: D04, Κωδικός άρθρου: Β14676D041, ID: 277810
  - Το ΒΗΜΑ, 19/11/2006, Σελ.: Α46, Κωδικός άρθρου: Β14920Α461, ID: 281749
  - Το ΒΗΜΑ, 04/03/2007, Σελ.: Η08, Κωδικός άρθρου: Β15005Η081, ID: 284104
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_economyepix\\_2\\_24/07/2003](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economyepix_2_24/07/2003)
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_1\\_23/01/2005\\_131179](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_23/01/2005_131179)
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_world\\_2\\_18/01/2007\\_212550](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_world_2_18/01/2007_212550)
- [http://news.kathimerini.gr/4Dcgi/4Dcgi/\\_w\\_articles\\_civ\\_12\\_27/01/2007\\_213767](http://news.kathimerini.gr/4Dcgi/4Dcgi/_w_articles_civ_12_27/01/2007_213767)
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_economyepix\\_100020\\_03/02/2007\\_214542](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economyepix_100020_03/02/2007_214542)
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_economyepix\\_100020\\_07/02/2007](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economyepix_100020_07/02/2007)
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_1\\_14/03/2007\\_219364](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_14/03/2007_219364)
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_27/05/2007\\_228576](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_27/05/2007_228576)

- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_05/05/2007](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_05/05/2007)
- [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_2/09/2007](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_2/09/2007)
- <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11424&subid=2&tag=8400&pubid=772446>
- <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11379&subid=2&pubid=142929>
- <http://www.tanea.gr//Article.aspx?d=20071212&nid=4432631&sn=&spid=1451>
- <http://www.tanea.gr//Article.aspx?d=20021118&nid=4257830&sn=&spid=366>
- <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=16403>
- <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=11642>
- <http://www1.rizospastis.gr/story.do?id=880673&publDate=22/7/2001>
- <http://www1.rizospastis.gr/story.do?id=4031741&publDate=5/5/2007>
- <http://www1.rizospastis.gr/story.do?id=265043&textCriteriaClause=&pubDate=17/10/07>
- <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=6341&subid=2&pubid=272656>
- [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr) (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία)
  - ✓ στατιστική επετηρίδα 2005
  - ✓ αρχεία pdf :
    - S1201\_SBR\_1\_TB\_AN\_02\_1\_Y
    - S801\_SHE\_3\_TB\_AN\_03\_1\_Y
    - S801\_SHE\_7\_TB\_AN\_04\_1\_Y
    - S801\_SHE\_6\_TB\_AN\_05\_1\_Y
    - S801\_SHE\_7\_TB\_AN\_04\_2\_Y
    - S801\_SHE\_7\_TB\_AN\_04\_3\_Y
    - S801\_SHE\_7\_TB\_AN\_03\_3\_Y
    - S801\_SHE\_4\_TS\_AN\_01\_98\_12\_05\_1\_T\_BI
    - S801\_SHE\_4\_TS\_AN\_01\_98\_12\_05\_2\_T\_BI
    - S801\_SHE\_4\_TS\_AN\_01\_98\_12\_05\_4\_T\_BI
- <http://www.in.gr/news/article.asp?lngEntityID=176860>
- <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=112392>
- <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=137863>
- <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=141443>
- <http://health.in.gr/pregn/Article.asp?ArticleId=17749&CurrentTopId=17670&IssueTitle=>
- <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=17906>
- [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_2\\_2005/10.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2_2005/10.htm)
- [http://www.icap.gr/news/index\\_gr\\_7618.asp](http://www.icap.gr/news/index_gr_7618.asp)

- <http://www.kiveli.gr/epist/epist1.cfm>
- <http://ec.europa.eu/hellas/5news/5.6press090304a.htm>
- [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)
- [http://www.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=19.12.2004,id=52541356](http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=19.12.2004,id=52541356)
- [http://www.ivf.gr/pressroom\\_77.html](http://www.ivf.gr/pressroom_77.html)
- [http://www.kethi.gr/greek/meletes/GREEK\\_REPORT\\_FAMILY\\_LIFE/IG.htm](http://www.kethi.gr/greek/meletes/GREEK_REPORT_FAMILY_LIFE/IG.htm)
- <http://www.dne.gov.gr/site.asp?id=793>
- [http://www.enet.gr/online/online\\_print?id=60794956](http://www.enet.gr/online/online_print?id=60794956)
- <http://www.nil.gov/exhibition/cesarean/asclepius.gif>
- [http://www.legalink.gr/pavlea/mitrik\\_thilas.html](http://www.legalink.gr/pavlea/mitrik_thilas.html)
- [http://www.nestle.gr/online/about/Insight/insight\\_charter.html](http://www.nestle.gr/online/about/Insight/insight_charter.html)
- <http://kpm.pblogs.gr/2007/04/57161.html>
- [http://www.gsrt.gr/default.asp?V\\_ITEM\\_ID=813](http://www.gsrt.gr/default.asp?V_ITEM_ID=813)
- <http://www.unicef.gr/oldpress/2002/dt1302.php>
- [http://www.skai.gr/master\\_story.php?id=6890021/12/2007](http://www.skai.gr/master_story.php?id=6890021/12/2007)
- [http://www.ieth.gr/mag/easy\\_download\\_getinfo.asp?id=42](http://www.ieth.gr/mag/easy_download_getinfo.asp?id=42)
- [http://healthprevention.gr/index.php?MDL=pages&Alias=MENULEFT\\_05](http://healthprevention.gr/index.php?MDL=pages&Alias=MENULEFT_05)
- <http://mitera.gr>
- <http://iaso.gr>
- <http://www.letto.gr/gr/history.asp>
- <http://www.hospital-elena.gr/istoria/index.html>
- [http://www.enet.gr/online/online\\_fpage\\_text/id=37064464,44831888,50821648,6709339](http://www.enet.gr/online/online_fpage_text/id=37064464,44831888,50821648,6709339)
- <http://www.capitallinkgreece.com/greek/companies/16862658/profile>
- <http://www1.larissa.gr/webasp/onedelt.asp?id=619%C5%E3%EA%F5%EC%EF%F3%FD%ED%E7>
- <http://www.helmsic.gr/el/reproductive-health-aids/definition.php>
- [www.pev.gr \(Πανελλήνια Ένωση Βιοεπιστημόνων\)](http://www.pev.gr)
- <http://www.2810.gr/index.php?gt=S&id=33382>
- <http://www.cosmoanelixis.gr/articles/viewArticle.php?viewarticle=204&alang=2>
- <http://www.parents.gr/forum/viewtopic.php?t=230>
- [http://www.avgi.gr/cgi-bin/hwebpressrem.exe?-A=485536&-w=&-V=hpress\\_int&-P](http://www.avgi.gr/cgi-bin/hwebpressrem.exe?-A=485536&-w=&-V=hpress_int&-P)
- <http://www.maknews.gr/content/view/911/37/>
- <http://www.mammyland.com/teleytaia-nea/themata-ygeias/toketos-spiti>

- <http://www.woman-on-top.gr/?cat=12>
- <http://www.maria-dimitriadou.net/posesekr.htm>
- <http://www.myworld.gr/browse/426>
- <http://www.myworld.gr/browse/434>
- <http://www.myworld.gr/browse/28330>
- <http://www.thessalonikefs.gr/page003.htm>
- <http://www.paidiatros.gr/101/page4.html>
- <http://www.paidorama.com/content/view/252/211/1/1/lang,el/>
- <http://www.baby.gr/index.cfm/doc/117/cat/26>
- [http://www.femme.gr/stem\\_cells2.htm](http://www.femme.gr/stem_cells2.htm)
- <http://www.woman-on-top.gr/?cat=12>
- <http://www.mothereducation.gr/html/lacta/mathe.htm>
- [http://www.akritasmedia.gr/Efimerida\\_akritas/174\\_filo/index.php?option=com\\_content&task=view&id=570&Itemid=79](http://www.akritasmedia.gr/Efimerida_akritas/174_filo/index.php?option=com_content&task=view&id=570&Itemid=79)

Πανεπιστήμιο Πατραιώς