

ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#10 | Νοέμβριος 2016



Η δράση SCUC πραγματοποιείται με χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω μιας συμφωνίας επιχορήγησης μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του ΠΟΥ Ευρώπης. Στόχος της δράσης είναι να συμβάλει στη βελτίωση της υγείας και της ισότητας πρόσβασης στην υγεία στην Ελλάδα, ιδιαίτερα του πιο ευάλωτου πληθυσμού που επλήγη από την κρίση, με την παροχή βοήθειας στις ελληνικές αρχές για να κινηθούν προς την καθολική κάλυψη υγείας και την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ιστορικό	5
Στόχοι της αποστολής	5
Ανάλυση της κατάστασης	6
Κίνητρα που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι	11
Κίνητρα ευκολίας	11
Οικονομικά κίνητρα για τους μαιευτήρες - γυναικολόγους.....	12
Οικονομικά κίνητρα για τους παρόχους.....	13
Κίνητρα που αντιμετωπίζει ο αγοραστικός φορέας (ΕΟΠΥΥ).....	14
Περίληψη των προοπτικών σε τοπικό επίπεδο	14
Παράγοντες που επηρεάζουν το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών:	14
Μέτρα για τη μείωση των καισαρικών τομών:.....	15
Περίληψη των προοπτικών της ομάδας του ΠΟΥ.....	16
Παράγοντες που επηρεάζουν το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών:	16
Πορίσματα.....	17
Προκαταρκτικές προτάσεις για την πολιτική.....	17
Αναφορές	19

Μείωση της αυξημένης τάσης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από τον Ιανουάριο του 2016, ο ΠΟΥ Ευρώπης έχει ξεκινήσει μία νέα πρωτοβουλία συνεργασίας με το Υπουργείο Υγείας (ΥΥ) της Ελλάδας με χρηματοδοτική στήριξη από την Υπηρεσία Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων (SRSS) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Η δράση ονομάζεται «Πρόγραμμα Ενίσχυσης Καθολικής Κάλυψης και Πρόσβασης στην Υγεία» (*Strengthening Capacity for Universal Coverage - SCUC*) και έχει ως στόχο την παροχή της αναγκαίας τεχνικής βοήθειας για την εφαρμογή του πενταετούς σχεδίου μεταρρύθμισης του ΥΥ, με τίτλο «Ο ελληνικός τομέας υγείας πέρα από τη λιτότητα: Τα 100 σημεία δράσης για την καθολική κάλυψη» και του μνημονίου συνεννόησης μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Η δράση SCUC βρίσκεται πλέον στη δεύτερη φάση (SCUC2), και ένα από τα θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι η συγκριτικά αυξημένη τάση των καισαρικών τομών. Με περίπου 50%, το ποσοστό των καισαρικών τομών επί του συνολικού αριθμού των γεννήσεων στην Ελλάδα είναι μεταξύ των υψηλότερων στην Ευρώπη, με δυνητικά αρνητικές επιπτώσεις για την ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα της φροντίδας, την οικονομική προστασία των νοικοκυριών και την αποτελεσματικότητα στη χρήση των πόρων του συστήματος υγείας. Η ελληνική κυβέρνηση δηλώνει τη δέσμευσή της για τη δημιουργία ενός κανονιστικού πλαισίου με σκοπό τον περιορισμό του αριθμού των περιττών καισαρικών τομών, το οποίο θα αντιμετωπίσει τους παράγοντες που σχετίζονται με τον υπερβολικά μεγάλο αριθμό τοκετών με καισαρική τομή στην Ελλάδα. Ένα πλαίσιο βασισμένο στην τεκμηριωμένη ιατρική πρακτική και χρησιμοποιώντας τα εργαλεία που συνιστά ο ΠΟΥ για την προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα, αλλά χρήζει σχετικών συμβουλών και συστάσεων πολιτικής, με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία και τις ορθές πρακτικές σε άλλες χώρες της ΕΕ.

Μια διεπιστημονική αποστολή επισκέφθηκε την Ελλάδα το διάστημα 7 έως 12 Νοεμβρίου 2016 για να αξιολογήσει την κατάσταση σχετικά με τις καισαρικές τομές και να προσδιορίσει τις ορθές πρακτικές επί του ζητήματος σε όλη την περιφέρεια, με σκοπό την ενημέρωση του ΥΥ. Το Κέντρο Συνεργασίας του ΠΟΥ για την Περιγεννητική Ιατρική του Ινστιτούτου για τη Φροντίδα της Μητέρας και του Παιδιού της Πράγας, εκπροσωπούμενο από τους Δρ Petr Velebil και Δρ Jachym Kucera, καθώς και τον Πρόεδρο της Πορτογαλικής Ένωσης Διοικητών Νοσοκομείων και μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης Διοικητών Νοσοκομείων (EAHM) κ. Alexandre Lourenço, κλήθηκαν από τον ΠΟΥ, Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, για τη διεξαγωγή της αποστολής. Η αποστολή διοργανώθηκε από τον Δρ Silviu Domete και την κα Ασπασία Κότσαρη (WHO Project Office, Αθήνα). Το Υπουργείο Υγείας όρισε τον Δρ Σταύρο Σηφάκη ως σημείο αναφοράς για αυτόν τον τομέα εργασίας. Ο Δρ Σηφάκης διοργάνωσε μια προπαρασκευαστική συνεδρίαση για την αποστολή, με εκπροσώπους της Ελληνικής Εταιρείας Περιγεννητικής Ιατρικής και της Ελληνικής Εταιρείας Εμβρυομητρικής Ιατρικής.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

Οι στόχοι της αποστολής είχαν οριστεί προηγουμένως όσον αφορά την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και τον εξορθολογισμό της εξειδικευμένης φροντίδας:

1. Πραγματοποιώντας μια προκαταρκτική εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης στη χώρα όσον αφορά τις καισαρικές τομές.
2. Εκδίδοντας προκαταρκτικές συστάσεις πολιτικής για τη μείωση της υπερβολικής εξάρτησης από τις καισαρικές τομές, λαμβάνοντας υπόψη τις ορθές πρακτικές στην περιοχή και το κανονιστικό πλαίσιο στην Ελλάδα.
3. Ξεκινώντας και διευκολύνοντας τον διάλογο με τους εμπλεκόμενους φορείς σχετικά με πιθανές παρεμβάσεις πολιτικής για την αντιμετώπιση του ζητήματος της υπερβολικής εξάρτησης από τις καισαρικές τομές.

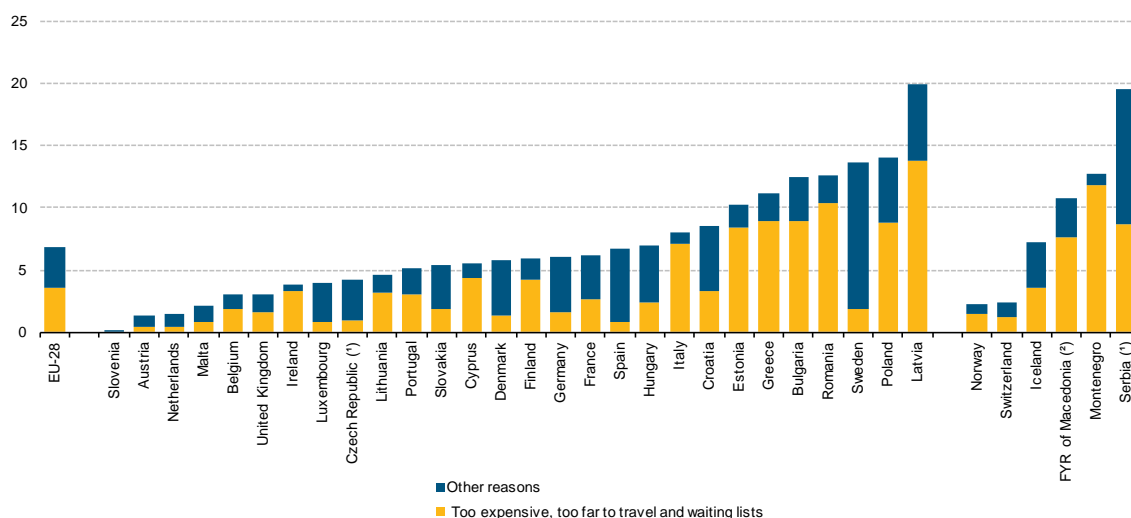
Περιεχόμενα έκθεσης: Η έκθεση αυτή ξεκινά με μια ανάλυση της κατάστασης βάσει των ελληνικών δεδομένων και βιβλιογραφίας καθώς και παρατηρήσεις της ομάδας αποστολής. Η ανάλυση λαμβάνει υπόψη τα κίνητρα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς, οι πάροχοι, ο αγοραστικός φορέας ΕΟΠΥΥ και πώς αυτά τα κίνητρα μπορούν να επηρεάσουν το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών. Η έκθεση συνοψίζει στη συνέχεια τις προοπτικές των εμπλεκόμενων φορέων που διατυπώθηκαν στο πλαίσιο της αποστολής και τις προοπτικές της ομάδας του ΠΟΥ. Η έκθεση καταλήγει με προτάσεις για την πολιτική ομάδα αποστολής του ΠΟΥ. Στα παραρτήματα της έκθεσης περιγράφεται το περιεχόμενο των διαφόρων συναντήσεων με τους εμπλεκόμενους φορείς που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της αποστολής.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Είναι κοινώς αντιληπτό ότι το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει από κακή διαχείριση, ανισοκατανομή των πόρων, έχει κατακερματισμένη κάλυψη και αναφορές περιπτώσεων κατάχρησης, που οδήγησαν στην αναποτελεσματικότητα και τις ανισότητες με γενικευμένη σπατάλη και αποδείξεις διαφθοράς (Econoμου 2015).

Παρόλο που το ελληνικό σύστημα υγείας έχει ως στόχο την παροχή καθολικής υγειονομικής κάλυψης υγείας, ο ελληνικός πληθυσμός εξακολουθεί να αντιμετωπίζει περιορισμούς πρόσβασης στη φροντίδα υγείας. Η παροχή υπηρεσιών, όπως είναι σήμερα, χαρακτηρίζεται από μια υποανάπτυκτη/ανύπαρκτη πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι δημόσιοι εξειδικευμένοι πάροχοι λειτουργούν παράλληλα με τους ιδιώτες με ένα τεράστιο αριθμό και ποικιλομορφία ιδιωτών παρόχων που είναι συμβεβλημένοι με τον ενιαίο ασφαλιστικό φορέα (ΕΟΠΥΥ). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εκτίθεται ο πληθυσμός σε υψηλή ιδιωτική δαπάνη – 35,4% της ίδιας δαπάνης το 2014 (ΟΟΣΑ, 2016). Σύμφωνα με τη Eurostat (2015), το 11,2% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω αναφέρει ακάλυπτες ανάγκες ιατρικής φροντίδας, κυρίως διότι η φροντίδα υγείας είναι υπερβολικά ακριβή (7,8%) (βλ. Εικόνα 1).

Εικόνα 1. Ποσοστό ατόμων ηλικίας 16 και άνω που αναφέρουν ακάλυπτες ανάγκες ιατρικής φροντίδας, 2013.



Πηγή: Eurostat (2015)

Στην Ελλάδα, η προγεννητική φροντίδα και η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης γίνεται συνήθως σε ιδιωτικά ιατρεία από μαιευτήρες - γυναικολόγους. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η πρωτοβάθμια φροντίδα και η οικογενειακή ιατρική είναι ανύπαρκτες στην Ελλάδα και δεν αποτελούν επιλογή. Ο ρόλος των νοσηλευτών/νοσηλευτριών ή των μαιών ως ανεξάρτητων παρόχων είναι επίσης ήσσονος σημασίας στο τρέχον μοντέλο.

Ο αριθμός των τοκετών που αποζημιώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ για την περίοδο Ιανουαρίου 2013-Αυγούστου 2015 κυριαρχείται από τους ιδιώτες παρόχους (61,6% των τοκετών).

Πίνακας 1. Κατανομή των τοκετών μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων, το ποσοστό καισαρικών τομών, φυσικών γεννήσεων και κολπικών γεννήσεων με χειρουργικές επεμβάσεις (2014).

	Σύνολο γεννήσεων επί συνόλου (%) του	% καισαρικών τομών	% φυσικών γεννήσεων	% κολπικών γεννήσεων με χειρουργικές επεμβάσεις
Νοσοκομεία ΕΣΥ	25 527 (38,4%)	53,8%	36,8%	9,4%
Ιδιώτες πάροχοι	40 969 (61,6%)	58,7%	1,9%	39,4%
	66 496	56,8%	15,3%	27,9%

Πηγή: ΕΟΠΥΥ (2016)

Αν και ο αριθμός των δημοσίων νοσοκομείων (64) που παρέχουν μαιευτικές-γυναικολογικές υπηρεσίες είναι υψηλότερος από τον αριθμό των εγγεγραμμένων ιδιωτικών παρόχων (43) (ΕΟΠΥΥ 2016), υπάρχει μόνο ένα δημόσιο νοσοκομείο στους δέκα κορυφαίους παρόχους με τους μεγαλύτερους αριθμούς γεννήσεων (Πίνακας 2). Επιπλέον, στους πέντε κορυφαίους παρόχους με τον υψηλότερο αριθμό γεννήσεων δεν υπάρχει κανένα δημόσιο νοσοκομείο και ο ιδιώτης πάροχος με τον μεγαλύτερο αριθμό γεννήσεων πραγματοποιεί έξι φορές περισσότερους τοκετούς από τον αντίστοιχο δημόσιο. Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήγαγε το ΚΕΣΥ κατά τη διάρκεια του 2008-2011, πολλά νοσοκομεία έχουν πολύ χαμηλό ετήσιο αριθμό γεννήσεων: μόνο 6 από 32 ιδιωτικά νοσοκομεία και 7 από 60 δημόσια νοσοκομεία έχουν περισσότερες από 1500 γεννήσεις ετησίως. Επί του παρόντος, δεν έχει αναφερθεί καμία γέννηση κατ' οίκον. Σε ορισμένες περιοχές, υπάρχουν ισχυροί γεωγραφικοί λόγοι για την ύπαρξη μικρών μονάδων, ειδικά στα νησιά. Έχουν αναφερθεί μονάδες διαφορετικών επιπέδων, ωστόσο δεν υπάρχει καμία επίσημη διαδικασία πιστοποίησης που περιγράφει το επίπεδο της χορηγούμενης φροντίδας και τη θέση μιας μονάδας στο δίκτυο.

Αν και πολλές από τις μονάδες που επισκεφθήκαμε παρουσιάζονταν ως τριτοβάθμιας φροντίδας, δεν καταφέραμε να μάθουμε τίποτε σχετικά με την ύπαρξη οποιουδήποτε επίσημου δικτύου μαιευτικών μονάδων σε διαφορετικά επίπεδα περιγεννητικής φροντίδας και τις αλληλεπιδράσεις τους (κανόνες παραπομπής, περιγεννητική μεταφορά).

Εκτός από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω, διαπιστώνονται ανεπαρκή και ελλιπή βασικά περιγεννητικά δεδομένα για τις γεννήσεις και τις εκβάσεις τους σε εθνικό επίπεδο για την περιγεννητική επιτήρηση. Κατά τη διάρκεια της αποστολής, δεν ήταν δυνατή η απόκτηση βασικών δεδομένων, τα οποία θα μπορούσαν να επιτρέψουν τον έλεγχο διαφορετικών μονάδων (μοντέλων φροντίδας) ή η χρήση ταξινομήσεων που συνιστά ο ΠΟΥ σχετικά με την υποκατηγορίες γεννήσεων (ταξινόμηση Robson). Μέχρι τώρα, τα μόνα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία προέρχονται από το ΚΕΣΥ με πληροφορίες για 32 ιδιωτικές και 60 δημόσιες μαιευτικές μονάδες. Το ερωτηματολόγιο της εν λόγω έρευνας αφορά δεδομένα δομής, λειτουργιών και στελέχωσης της μονάδας, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων δεδομένων σχετικά με τον συνολικό αριθμό των γεννήσεων, τον τρόπο διενέργειας του τοκετού (φυσικός, καισαρική), τη θνησιγένεια και την πρώιμη νεογνική θνησιμότητα, γεννήσεις κατά διαστήματα ηλικίας κύησης, καθώς και τους αριθμούς νεογνών με συγγενείς δυσπλασίες (χρωμοσωμικές, δομικές). Στην έρευνα δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την έκβαση για τις μητέρες.

Κατά τη διάρκεια της αποστολής, και παρόλο που δεν ήταν δυνατή η συλλογή πραγματικών δεδομένων, οι ερωτηθέντες μαιευτήρες - γυναικολόγοι των δημόσιων νοσοκομείων αναγνωρίζουν ότι μόνο το 30% των κολπικών γεννήσεων πραγματοποιήθηκαν με επισκληρίδιο αναισθησία, λόγω της έλλειψης αναισθησιολόγων. Αντίθετα, τα ιδιωτικά μαιευτήρια που επισκεφθήκαμε ανέφεραν την ύπαρξη εξειδικευμένης ομάδας αναισθησιολόγων. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί επίσης να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις επιλογές των ασθενών σχετικά με την «κολπική γέννηση σε σύγκριση με μια ανώδυνη καισαρική τομή» ή τα «δημόσια νοσοκομεία σε σύγκριση με τα ιδιωτικά». Παρόλα αυτά, οι Καϊτελίδου κ.ά. (2013) ανέφεραν ότι οι περισσότερες γυναίκες δεν προτιμούν την καισαρική τομή καθώς ορθά θεωρείται ως χειρουργική πράξη που μπορεί να έχει διάφορες επιπλοκές.

Πίνακας 2. Κορυφαίοι 20 πάροχοι στην Ελλάδα με υψηλό αριθμό γεννήσεων (Ιανουάριος 2013-Αύγουστος 2015).

	Total Births	% C.Sections
PRIV. CLINIC 1	23 312	61,0
PRIV. CLINIC 2	16 341	61,8
PRIV. CLINIC 3	13 319	64,1
PRIV. CLINIC 5	7 980	55,6
PRIV. CLINIC 4	7 774	52,6
PRIV. CLINIC 6	6 907	60,9
PRIV. CLINIC 7	4 379	53,4
NHS HOSPITAL 1	3 881	49,2
PRIV. CLINIC 8	3 688	45,4
PRIV. CLINIC 9	3 155	44,4
PRIV. CLINIC 10	2 900	63,5
PRIV. CLINIC 11	2 188	70,7
NHS HOSPITAL 2	1 952	52,0
NHS HOSPITAL 3	1 837	60,8
PRIV. CLINIC 12	1 826	71,5
NHS HOSPITAL 4	1 554	60,3
PRIV. CLINIC 13	1 535	57,1
NHS HOSPITAL 5	1 459	62,2
NHS HOSPITAL 5	1 366	54,8
PRIV. CLINIC 14	1 338	53,4
	108 691	

Πηγή: ΕΟΠΥΥ (2016)

Κίνητρα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς

Αυτά τα δεδομένα και οι παρατηρήσεις θέτουν υπό αμφισβήτηση τη συνολική ποιότητα του δημόσιου τομέα, ήτοι τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, τις ανέσεις και την αφοσίωση των ασθενών. Εάν μια έγκυος γυναίκα επιλέξει τις δημόσιες υπηρεσίες (π.χ. νοσοκομεία, κλινικές ΠΕΔΥ), διατρέχει τον κίνδυνο να αντιμετωπίσει μια ασυντόνιστη και ασυνεχή φροντίδα και ενδέχεται να έχει περιορισμένες επιλογές όσον αφορά την αναισθησία.

Στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, η επιλογή των ιδιωτών παρόχων προκαλεί εντύπωση από οικονομική άποψη επειδή, θεωρητικά, οι υπηρεσίες που παρέχονται στις δημόσιες μονάδες είναι δωρεάν. Παρόλο που ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει τον τοκετό, οι οικογένειες που επιλέγουν έναν ιδιώτη πάροχο που είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ πρέπει να συμβάλουν σημαντικά στο κόστος. Για παράδειγμα, όπως δείχνουν οι Πίνακες 3 και 4, η συμβολή στο κόστος για τα άτομα που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για έναν φυσικό τοκετό σε ιδιωτικό νοσοκομείο ξεκινά από 1430 ευρώ

(2,4 φορές τον κατώτατο μισθό στην Ελλάδα¹) και μπορεί να φτάσει μέχρι τα 12.500 ευρώ. Για καισαρικές τομές με τέσσερις ημέρες νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο η συμβολή στο κόστος είναι παρόμοια και ποικίλει από 1690 έως 12.300 ευρώ (Genna.org 2016). Αυτό γίνεται εύκολα αντιληπτό από τον αριθμό των τοκετών που πραγματοποιούνται από ιδιώτες παρόχους και ιδιωτικές επενδύσεις σε νέες και σύγχρονες εγκαταστάσεις που πολλοί άνθρωποι είναι πρόθυμοι να πληρώσουν από την τσέπη τους για υπηρεσίες μητρότητας και ότι η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών μητρότητας ευημερεί στην Ελλάδα.

Πίνακας 3. Συμβολή στο κόστος από άτομα που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για φυσικό τοκετό σε επιλεγμένους ιδιώτες παρόχους.

	<u>ΙΑΣΩ</u> <u>IASO#HOSPITAL</u>	<u>ΡΕΑ</u> <u>REA#HOSPITAL</u>	<u>ΛΗΤΩ</u> <u>LITO#HOSPITAL</u>	<u>ΓΑΙΑ</u> <u>GEA#HOSPITAL</u>	<u>ΜΗΤΕΡΑ</u> <u>MOTHER#HOSPITAL</u>
	Package of 3 nights with cover from EOPYY	Package of 3 nights with cover from EOPYY	Package of 3 nights with cover from EOPYY	Package of 3 nights with cover from EOPYY	Package of 3 nights with cover from EOPYY
Triple	€1.649	€1.536	€1.538	€1.530	€1.635
Two Beds room	€2.009	€2.083	€1.959	€2.620	€2.830
Single	€4.402	€3.968	€3.720	€4.790	€4.402
LUX	€5.580	€4.960	€5.208	–	€8.680
Suite	€8.680	€8.060	€8.060	€10.990	€12.500

Πηγή: Genna.org (2016)

Πίνακας 4. Συμβολή στο κόστος από άτομα που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για καισαρική τομή σε επιλεγμένους ιδιώτες παρόχους.

	<u>ΙΑΣΩ</u> <u>IASO#HOSPITAL</u>	<u>ΡΕΑ</u> <u>REA#HOSPITAL</u>	<u>ΛΗΤΩ</u> <u>LITO#HOSPITAL</u>	<u>ΓΑΙΑ</u> <u>GEA#HOSPITAL</u>	<u>ΜΗΤΕΡΑ</u> <u>MOTHER#HOSPITAL</u>
	Package of 4 nights with cover from EOPYY	Package of 4 nights with cover from EOPYY	Package of 4 nights with cover from EOPYY	Package of 4 nights with cover from EOPYY	Package of 4 nights with cover from EOPYY
Triple	€1.810	€1.700	€1.699	€1.690	€1.810
Two Beds room	€2.232	€2.455	€2.170	€2.800	€2.800
Single	€4.712	€4.588	€4.340	€4.900	€4.370
LUX	€6.200	€5.952	€5.828	–	€8.610
Suite	€9.920	€9.300	€9.300	€11.430	€12.300

Πηγή: Genna.org (2016)

Αν και οι υπηρεσίες που παρέχονται σε δημόσιες μονάδες είναι θεωρητικά δωρεάν στο σημείο χρήσης, οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίζουν πολύ υψηλές προσωπικές δαπάνες λόγω ανεπίσημων ή παράτυπων πληρωμών. Οι Σουλιώτης κ.ά. (2016) ανέφεραν παράτυπες πληρωμές για περίπου 32,4% από τις εισαγωγές σε δημόσια νοσοκομεία. Οι περισσότερες ανεπίσημες πληρωμές κατεβλήθησαν κατόπιν αιτήματος, πριν από την παροχή υπηρεσιών, προς διευκόλυνση της πρόσβασης στη φροντίδα και τη μείωση του χρόνου αναμονής. Ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό παράτυπων πληρωμών, έλαβε χώρα μετά την παροχή υπηρεσιών, από ευγνωμοσύνη προς τον ιατρό.

Οι Καϊτελίδου κ.ά.. (2013) αποκάλυψαν ότι το 74,4% των γυναικών που γέννησαν πρόσφατα σε δημόσια νοσοκομεία ανέφεραν παράτυπες πληρωμές. Το 78% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή ανέφεραν τουλάχιστον μία παράτυπη πληρωμή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για κολπική γέννηση ήταν 69,6%. Οι περισσότερες γυναίκες (56,3%) ανέφεραν καταβολή παράτυπης πληρωμής κατόπιν αιτήματος του μαιευτήρα, πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού. Στον φυσικό τοκετό, η μέση άτυπη πληρωμή ιατρού ήταν 878 ευρώ. Στις περιπτώσεις καισαρικής τομής, το μέσο ποσό ήταν 983 ευρώ. Η μέση συνολική ιδιωτική πληρωμή για την προγεννητική περίοδο και τον τοκετό στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 1549 ευρώ, συμπεριλαμβανομένων των ανεπίσημων πληρωμών που εκτιμούνται σε 848 ευρώ και των επίσημων σε 701 ευρώ.

Προβάλλεται το επιχείρημα ότι ο κύριος παράγοντας που είναι υπεύθυνος για το πρόβλημα των άτυπων πληρωμών είναι η ανεπάρκεια του συστήματος δημόσιας υγείας για την παροχή δωρεάν υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Οι εσφαλμένες πεποιθήσεις των ασθενών ότι οι άτυπες πληρωμές

¹ Ο κατώτατος μηνιαίος μισθός στην Ελλάδα το 2015 ήταν 683,76 ευρώ.

είναι απαραίτητες, η έλλειψη γνώσεων ή πληροφοριών σχετικά με τα δικαιώματά τους, μαζί με την απουσία των μηχανισμών ελέγχου από την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών, έχουν δημιουργήσει μια μαύρη οικονομία εντός του δημόσιου τομέα. Οι ιατρικοί σύλλογοι αποδίδουν τις άτυπες πληρωμές στους χαμηλούς μισθούς και τις χαμηλές αμοιβές των ιατρών (Καϊτελίδου κ.ά. 2013). Όταν κατά τη διάρκεια της αποστολής ένας από τους επικεφαλής κλινικής δημόσιου νοσοκομείου ερωτήθηκε για το ενδεχόμενο άτυπων πληρωμών στο τμήμα του, δήλωσε «*όταν συντάξετε την έκθεσή σας, μπορείτε να πείτε ότι κατά τα τελευταία τρία χρόνια της θητείας μου, δεν υπήρξαν οποιαδήποτε παράπονα από τους ασθενείς σχετικά με αυτό το ζήτημα*».

Εν ολίγοις, παρόλο που οι τοκετοί είναι δωρεάν στις δημόσιες μονάδες και η συμβολή στο κόστος είναι ιδιαίτερα υψηλή στις ιδιωτικές μονάδες, σχεδόν τα δύο τρίτα των τοκετών λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικές μονάδες. Το οικονομικό κίνητρο για τους ασθενείς να χρησιμοποιούν δημόσιες μονάδες υπονομεύεται από το γεγονός ότι οι τοκετοί σε αυτές συνεπάγεται συχνά πολύ υψηλό ποσοστό άτυπων προσωπικών πληρωμών.

Κίνητρα που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι

Μια μελέτη του 2005 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ιατροί έχουν κίνητρο πραγματοποίησης καισαρικής τομής **οικονομικούς λόγους και για λόγους ευκολίας**. Διαπιστώθηκε ότι μη ιατρικοί παράγοντες ήταν σημαντικότεροι από τους ιατρικούς στη λήψη απόφασης για τοκετό με καισαρική τομή. Στα δημόσια νοσοκομεία, η ελληνική εθνικότητα, η πρωινή/μεσημεριανή ώρα και η εργάσιμη ημέρα ήταν ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης καισαρικής τομής για έναν τοκετό. Από την άλλη πλευρά, για τους ιδιώτες παρόχους, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η πρωινή/μεσημεριανή ώρα και το Σάββατο ήταν ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης καισαρικής τομής (Μόσσιαλος κ.ά. 2005).

Η αποστολή μας επιβεβαιώνει ότι το σύστημα του προγραμματισμένου τοκετού είναι κάτι παραπάνω από προφανές. Ο προγραμματισμένος τοκετός είναι βολικός για τους παρόχους, ταιριάζει στην οργάνωση της φροντίδας και είναι (πιθανώς) αποδεκτός στις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Το παραπάνω οδηγεί τελικά σε καισαρικές τομές κατόπιν επιλογής, πρόκληση τοκετού με αδικαιολόγητη πρόωμη παρέμβαση λόγω έλλειψης χρόνου κ.λπ. Επίσης, ο προγραμματισμένος τοκετός οδηγεί συχνά σε ιατρογενείς πρόωρες γεννήσεις, γεγονός που μπορεί αφενός να αυξήσει περαιτέρω το κόστος της φροντίδας, αφετέρου να ενέχει κλινικές επιπτώσεις.

Κατά τη διάρκεια της αποστολής, οι Έλληνες ειδικοί ιατροί τόνισαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των καισαρικών τομών συνδέθηκε με την **«αμυντική ιατρική»** καθώς στον φυσικό τοκετό ενδέχεται να προκύψουν μη αναμενόμενα προβλήματα και επιπλοκές. Αναγνώρισαν ότι η **έλλειψη κατάρτισης** για την αντιμετώπιση καταστάσεων που προκύπτουν στον φυσικό τοκετό (π.χ. ισχιακή προβολή) ήταν καθοριστικός παράγοντας στην επιλογή της καισαρικής τομής. Ανέφεραν, επίσης, ορισμένες πρόσφατες ανεκδοτολογικές περιπτώσεις δικαστικής προσφυγής που σχετίζονται με κολπικές γεννήσεις χωρίς να προσκομίσουν αποδεικτικά στοιχεία. Επιπλέον, η παραπάνω δικαιολογία δεν εξηγεί τα υψηλά ιστορικά δεδομένα στις καισαρικές τομές.

Κίνητρα ευκολίας

Η ευκολία της επιλογής καισαρικής τομής παίζει σημαντικό ρόλο τόσο σε ιδιωτικά όσο και δημόσια νοσοκομεία. Οι Μόσσιαλος κ.ά. (2005) αναφέρουν ότι ενώ θεωρήθηκε ότι οι ιατρικές επιπλοκές «δικαιολογούν» την καισαρική τομή, αποκαλύφθηκε ότι δεν ήταν απαραίτητως αξιόπιστες και ότι μπορεί να εξυπηρετούν μόνο στο να καταστήσουν την καισαρική τομή «κοινωνικά αποδεκτή». Αυτή η ευκολία παραπέμπει στην προγραμματισμένη επιλογή του τοκετού με καισαρική τομή και όχι στην ιατρική πράξη έκτακτης ανάγκης που θα έπρεπε να είναι.

Στην Ελλάδα, οι περισσότεροι ειδικοί μαιευτήρες - γυναικολόγοι εργάζονται ιδιωτικά. Το 2016, ο ΕΟΠΥΥ διατηρούσε συμβάσεις με 573 μαιευτήρες - γυναικολόγους που εργάζονταν στις ιδιωτικές κλινικές τους. Εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, χρησιμοποιώντας τις υπηρεσίες των ιδιωτικών νοσοκομείων/μαιευτηρίων. Αμείβονται με το μοντέλο της αμοιβής ανά υπηρεσία από τον ασθενή και την κλινική. Συνήθως, η γέννηση

προγραμματίζεται για να διευκολύνει τον ιατρό και η καισαρική τομή κατ' επιλογήν είναι η βέλτιστη προσήκουσα επιλογή. Μια προγραμματισμένη καισαρική τομή μπορεί να διεξαχθεί χωρίς να τους βγάλει από το πρόγραμμά τους και ολοκληρώνεται συνήθως εντός 3 ωρών σε αντίθεση με τον φυσικό τοκετό ο οποίος μπορεί να κρατήσει έως και 12 ώρες. Ακόμα κι αν δεν ήταν δυνατή η συλλογή δεδομένων κατά τη διάρκεια της αποστολής για την ώρα του τοκετού, μια προηγούμενη μελέτη επιβεβαιώνει ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία υπάρχει μια απότομη πτώση του αριθμού των τοκετών με καισαρική τομή την Κυριακή και μια αύξηση στους τοκετούς με καισαρική τομή την Τρίτη, την Παρασκευή και το Σάββατο (Μόσσιαλος κ.ά. 2005). Συνολικά είναι ισχυρή η συνήθεια του προγραμματισμένου τοκετού –είτε προγραμματισμένη καισαρική είτε πρόκληση τοκετού– που συχνά ακολουθείται από επεμβατικό τοκετό, ακόμη και με το κόστος της αύξησης της ιατρογενούς προωρότητας σε περιπτώσεις 34-37 εβδομάδων κύησης (σημαντική αύξηση από 9% το 2008 σε 14% το 2011).

Οι μαιευτήρες - γυναικολόγοι που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία ανήκουν σε δύο κατηγορίες: 1) δημόσιοι υπάλληλοι που εργάζονται αποκλειστικά για το νοσοκομείο, και 2) πανεπιστημιακοί που επίσης εργάζονται σε ένα ακαδημαϊκό ίδρυμα και μπορούν να διατηρούν και δεύτερη απασχόληση στην ιδιωτική κλινική τους. Συνήθως, οι πανεπιστημιακοί είναι οι επικεφαλής των κλινικών. Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ιατροί που ερωτήθηκαν κατά τη διάρκεια της αποστολής διατηρούσαν σημαντικές επαγγελματικές σχέσεις με ιδιωτικά μαιευτήρια/νοσοκομεία. Όπως και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η ευκολία για τον ιατρό παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στο να προβούν στην κατ' επιλογήν καισαρική τομή. Η πιθανότητα της υποβολής σε καισαρική τομή αυξάνεται κατά τη διάρκεια ωρών εργασίας και την πρωινή/μεσημεριανή ώρα. Οι Μόσσιαλος κ.ά. (2005) αναφέρουν ότι το 70% των τοκετών με καισαρική τομή λαμβάνουν χώρα μεταξύ 8 π.μ. και 4 μ.μ. Επίσης, οι τοκετοί με καισαρική τομή αυξάνονται σημαντικά τη Δευτέρα, την Τετάρτη και την Παρασκευή. Επίσης, αναφέρεται ότι το Σάββατο καταγράφονται λιγότερες γεννήσεις, πιθανώς επειδή οι περισσότεροι ιατροί δεν εργάζονται αυτήν την ημέρα (Καϊτελίδου κ.ά. 2013, Μόσσιαλος κ.ά. 2005).

Ένας άλλος παράγοντας που διαδραματίζει επίσης έναν ρόλο είναι το σύστημα εκ περιτροπής εφημερίας που ισχύει μόνο για τα δημόσια νοσοκομεία. Σε ορισμένες περιοχές, κάθε 3^η ή 4^η ημέρα μία από τις συνεργαζόμενες μονάδες μητρότητας δέχεται όλες τις γυναίκες, ενώ άλλα νοσοκομεία δεν καταγράφουν σχεδόν καμία εισαγωγή εκείνη την ημέρα. Ως εκ τούτου, ορισμένες γυναίκες ενδέχεται να γεννήσουν σε ένα άλλο νοσοκομείο το οποίο εφημερεύει τη συγκεκριμένη ημέρα. Αυτό το σύστημα επηρεάζει αρνητικά σε σημαντικό βαθμό τη ροή των ασθενών και αντιβαίνει με την απαίτηση της συνέχειας της φροντίδας. Υπό αυτή την έννοια, η κατ' επιλογήν καισαρική τομή δίνει στις γυναίκες τη δυνατότητα να γεννήσουν στο «δικό τους νοσοκομείο» με τον «δικό τους ιατρό». Επίσης, το νοσοκομείο που εφημερεύει πρέπει να κάνει «χώρο» για την ημέρα της εφημερίας, γεγονός το οποίο αναφέρθηκε ότι επηρεάζει επίσης την εργασία. Ωστόσο, ορισμένες γυναίκες μπορεί να γεννήσουν στο «δικό» τους νοσοκομείο, ακόμη και αν δεν «εφημερεύει». Σε ορισμένες το χρονοδιάγραμμα της εργασίας και του τοκετού επηρεάζεται επίσης από την παρουσία αναισθησιολόγου ή ειδικού εμβρυϊκής ιατρικής που μπορεί να μην είναι διαθέσιμος κάθε δεύτερη ημέρα. Υπό αυτήν την έννοια, είναι δύσκολο να έχει κανείς μια σαφή εικόνα του συστήματος.

Σε ένα μικρότερο αριθμό, υπάρχουν επίσης 105 μαιευτήρες - γυναικολόγοι που εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι σε δημόσιες πολυκλινικές (ΠΕΔΥ). Κατά τη διάρκεια της αποστολής, δεν ήταν δυνατόν να εκτιμηθεί ο ρόλος τους στην προγεννητική φροντίδα. Ωστόσο, η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με αυτούς τους ειδικούς, από την πλευρά του νοσοκομείου, αποκάλυψε ότι δεν είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της φροντίδας.

Οικονομικά κίνητρα για τους μαιευτήρες - γυναικολόγους

Η ιδιωτική χρηματοδότηση προέρχεται από άτυπες πληρωμές που λαμβάνουν χώρα στα δημόσια νοσοκομεία και αμοιβές που καταβάλλονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιώτες μαιευτήρες - γυναικολόγους. Οι πληρωμές είναι γενικά υψηλότερες για την καισαρική τομή από ό,τι για την κοιλιακή γέννηση, λόγω της πολυπλοκότητας της ιατρικής πράξης.

Έτσι, είναι λογικό να συμπεράνουμε ότι η επιλογή της καισαρικής τομής μπορεί να αποδοθεί στον πάροχο καθώς οι ιατροί μπορούν να αυξήσουν τα κέρδη τους.

Οικονομικά κίνητρα για τους παρόχους

Τα τιμολόγια που εφαρμόζει ο ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους αντικατοπτρίζουν την πολυπλοκότητα της καισαρικής τομής. Η κανονική τιμή της καισαρικής τομής είναι 66% υψηλότερη από ό,τι για έναν φυσικό τοκετό. Η αμοιβή του ιδιώτη παρόχου συμπληρώνεται από πρόσθετες προσωπικές πληρωμές που είναι υψηλότερες για την καισαρική τομή (Πίνακας 3, Πίνακας 4, Πηγή: Genna.org (2016))

Πίνακας 4. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η διάρθρωση του κόστους είναι συνήθως μεικτή, οι ιδιώτες πάροχοι αυξάνουν τα κέρδη τους με την καισαρική τομή.

Πίνακας 5. ΚΕΝ και τιμολόγια που εφαρμόζονται από τον ΕΟΠΥΥ στους ιδιώτες παρόχους.

Type of Birth	Code	Description	Price
C-section	Λ01M	Birth by C/S with devastating (systematical) or severe coexisting diseases – complications	€1300,00
	Λ01X	Birth by C/S without devastating (systematical) or severe coexisting diseases	€1000,00
Vaginal Birth	Λ02M	Vaginal birth by surgical operation with devastating (systematical) or severe coexisting diseases – complications	€1100,00
	Λ02X	Vaginal birth by surgical operation without devastating (systematical) or severe coexisting diseases – complications	€800,00
	Λ20A	Vaginal birth (natural)	€600,00

Πηγή: ΕΟΠΥΥ (2016)

Επιπλέον, ο αριθμός των φυσικών κολπικών γεννήσεων είναι αρκετά χαμηλός σε ιδιωτικά νοσοκομεία (4,7%) σε σύγκριση με τα δημόσια (79,6%). Στα ιδιωτικά νοσοκομεία καταγράφεται ποσοστό 93,2% κολπικών γεννήσεων με χειρουργική επέμβαση έναντι 20,1% στα δημόσια νοσοκομεία. Τα παραπάνω δεδομένα μάς επιτρέπουν να αναρωτηθούμε για την πιθανότητα υπερτιμολόγησης (π.χ. μέσω συνειδητής καταχώρησης περιστατικού αυξημένης σοβαρότητας και άρα αποζημίωσης) με σκοπό την αύξηση κερδών.

Πίνακας 6. ΚΕΝ που έχουν καταχωρηθεί από νοσοκομεία του ΕΣΥ και ιδιώτες παρόχους το 2014.

	C-sections		Vaginal Birth		
	Λ01M	Λ01X	Λ02M	Λ02X	Λ20A
NHS Hospitals	267	13 469	39	2 365	9 387
Private Providers	896	23 142	353	15 786	792

Πηγή: ΕΟΠΥΥ (2016)

Πίνακας 7. ΚΕΝ που έχουν καταχωρηθεί από νοσοκομεία του ΕΣΥ και ιδιώτες παρόχους το 2014.

	C-sections		Vaginal Birth		
	Λ01M	Λ01X	Λ02M	Λ02X	Λ20A
NHS Hospitals	1,9%	98,1%	0,3%	20,1%	79,6%
Private Providers	3,7%	96,3%	2,1%	93,2%	4,7%

Πηγή: ΕΟΠΥΥ (2016)

Κίνητρα που αντιμετωπίζει ο αγοραστικός φορέας (ΕΟΠΥΥ)

Δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα για την πληρωμή των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Ενώ ο ΕΟΠΥΥ χρησιμοποιεί ένα σύστημα που βασίζεται σε ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (μέσω των Κοινών Ενοποιημένων Νοσηλείων – ΚΕΝ) για την πληρωμή των ιδιωτών παρόχων, τα ΚΕΝ δεν χρησιμοποιούνται ακόμα για τον καθορισμό του προϋπολογισμού των δημόσιων νοσοκομείων. Ωστόσο, το ποσό που αποδίδει ο ΕΟΠΥΥ στα δημόσια νοσοκομεία είναι πιθανό να είναι υψηλότερο από το ποσό που αποδίδει στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Για τα δημόσια νοσοκομεία, ο ΕΟΠΥΥ είναι επίσημα υπεύθυνος για όλα τα έξοδα που βαρύνουν το ίδρυμα. Αντίθετα, οι τιμές που πληρώνει ο ΕΟΠΥΥ σε ιδιώτες παρόχους συμπληρώνονται από τη συμμετοχή των ασθενών. Επομένως, ο ΕΟΠΥΥ έχει ένα οικονομικό κίνητρο να προωθήσει συμβάσεις με τους ιδιώτες παρόχους καθώς είναι λιγότερο δαπανηροί σε σύγκριση με τους δημόσιους παρόχους. Ωστόσο, η αυξημένη χρήση των ιδιωτών παρόχων οδηγεί σε αύξηση των προσωπικών δαπανών, η οποία μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την πρόσβαση στη φροντίδα και να επιβαρύνει οικονομικά τους ασθενείς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΡΟΟΠΤΙΚΩΝ ΣΕ ΤΟΠΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Παράγοντες που επηρεάζουν το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών:

Κατά τις συζητήσεις με τους βασικούς εμπλεκόμενους φορείς, αναφέρθηκαν διάφοροι παράγοντες που ασκούν μεγάλη επιρροή στις τρέχουσες τιμές της καισαρικής τομής. Συνοψίζονται στην ακόλουθη επισκόπηση (αναγράφονται αναφορές σε συγκεκριμένες συναντήσεις και συζητήσεις – παραρτήματα):

1. «Αμυντική» φροντίδα υπό το υπόβαθρο της ανεπαρκούς νομικής προστασίας των παρόχων
 1. Νομικές αντιδικίες (Παραρτήματα 1, 2, 6, 8)
 2. Έλλειψη εγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών (Παραρτήματα 1, 2, 5, 6)
 3. Πίεση από τις οικογένειες (Παράρτημα 1)
2. Η ανεπαρκής στελέχωση στον δημόσιο τομέα (αναισθησιολόγοι, ιατροί, μαιές) δεν εξασφαλίζει ολοκληρωμένη φροντίδα 24/7 (Παραρτήματα 1, 2)
3. Η ανεπαρκής κατάρτιση των παρόχων σε άλλους τρόπους διενέργειας τοκετού (Παραρτήματα 1, 5, 6, 8)
4. Ο ανεπαρκής ρόλος των μαιών (Παραρτήματα 1, 6)
5. Η μειωμένη αξία που έχει η φυσική γέννηση στον ευρύτερο πληθυσμό – «κοινωνική» αποδοχή του τοκετού με καισαρική τομή (Παράρτημα 1)
6. Δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα
 1. Γυναίκες που γεννούν σε μεγαλύτερες ηλικίες (Παραρτήματα 4, 8)
 2. Χαμηλό ποσοστό γονιμότητας
 3. Θεραπεία γονιμότητας (Παράρτημα 1)
 4. Πολύδυμη κύηση (Παράρτημα 1)
 5. Προσφυγικός πληθυσμός (Παράρτημα 5)

Η αμυντική φροντίδα υπό το υπόβαθρο της ανεπαρκούς νομικής προστασίας των παρόχων ήταν πιθανώς ο παράγοντας που αναφέρθηκε συχνότερα από ιατρούς/ακαδημαϊκούς. Ο φόβος της νομικής αντιδικίας και οι πιθανές οικονομικές επιπτώσεις αναφέρθηκαν σε όλα τα ιδρύματα που

επισκεφτήκαμε. Ωστόσο, ήταν δύσκολο να λάβουμε πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα αυτών των περιπτώσεων και την έκβασή τους. Η ζήτηση για γρήγορο τοκετό ή για καισαρική από μέλη της οικογένειας των επιτόκων αναφέρθηκε με το σκεπτικό ότι ο κοιλιακός τοκετός είναι η ασφαλέστερη μέθοδος γέννησης. Σχετικά με το παραπάνω, αναφέρθηκε η έλλειψη εργαλείων προς υπεράσπιση του παρόχου, ειδικότερα η απουσία εγκεκριμένων εθνικών κλινικών κατευθυντήριων γραμμών για συγκεκριμένες καταστάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Όσον αφορά τον αριθμό των παρόχων στον δημόσιο τομέα, αναφέρθηκε η ανεπαρκής στελέχωση σε όλες τις κατηγορίες (αναισθησιολόγους, ιατρούς, μαιές) με αποτέλεσμα ορισμένες φορές να μην εξασφαλίζεται δυνατότητα παροχής φροντίδας 24/7. Το παραπάνω σχετίζεται επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις με το σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων.

Η εκπαίδευση των λειτουργών φροντίδας υγείας ήταν επίσης ένα θέμα. Οι νέοι ιατροί δεν εκπαιδεύονται επαρκώς σε άλλους τρόπους διενέργειας τοκετού. Η κατάρτιση στον επεμβατικό τοκετό είναι δύσκολη. Οι μαιές εργάζονται απλά ως βοηθοί ιατρού και ουσιαστικά δεν εμπλέκονται στους τοκετούς. Επίσης, αναφέρεται ότι δεν έχουν επαρκή κατάρτιση για να εργάζονται ανεξάρτητα. Όπως αναφέρεται, ο ρόλος τους στο ελληνικό σύστημα μαιευτικής φροντίδας δεν είναι ιδιαίτερα ελκυστικός.

Η καισαρική τομή συχνά εκλαμβάνεται ως η ασφαλέστερη μέθοδος τοκετού από τους παρόχους, καθώς επίσης και από τις έγκυες γυναίκες και τις οικογένειές τους. Αναφέρθηκε ιδιαίτερα η ασφάλεια στο πλαίσιο του αυξημένου ορίου ηλικίας των γυναικών σε κύηση, του πληθυσμού με χαμηλό ποσοστό γονιμότητας, των γυναικών μετά από ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή («πολύτιμη» κύηση, πολύδυμη κύηση). Αναφέρθηκε επίσης η επίδραση των προσφύγων και μεταναστών στην αύξηση των καισαρικών τομών, χωρίς όμως υποστηρικτικά στοιχεία.

Μέτρα για τη μείωση των καισαρικών τομών:

Στις περισσότερες περιοχές τα τρέχοντα ποσοστά καισαρικής τομής στην Ελλάδα θεωρήθηκαν υψηλά. Προτάθηκαν τα ακόλουθα μέτρα για τη μεταβολή τους:

1. Θέσπιση εγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών και πρωτοκόλλων σε εθνικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων των πρωτοκόλλων για πρόκληση τοκετού (εκπρόσωποι επαγγελματικών ενώσεων και συλλόγων εξέφρασαν την επιθυμία για περισσότερη υποστήριξη από το ΥΥ στο εν λόγω ζήτημα)
2. Ίδρυση περιγεννητικών κέντρων (δομημένο δίκτυο μονάδων με σύστημα παραπομπής)
3. Υποστήριξη για κολπική γέννηση μετά από καισαρική
4. Θέσπιση συστήματος επιτήρησης περιγεννητικών δεδομένων
5. Εκπαίδευση και κατάρτιση των παρόχων και των εγκύων για τους τρόπους διενέργειας του τοκετού
6. Αυξημένο ρόλο των μαιών στην παροχή φροντίδας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΡΟΟΠΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΟΥ ΠΟΥ

Παράγοντες που επηρεάζουν το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών:

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τα ποσοστά καισαρικών τομών στην Ελλάδα σύμφωνα με τις παρατηρήσεις της ομάδα της αποστολής του ΠΟΥ συνοψίζονται ως εξής:

1. Δομή

- Υπερβολικός αριθμός μονάδων για τον αριθμό των γεννήσεων στην Ελλάδα
- Έλλειψη πιστοποίησης μιας μονάδας (επίπεδο φροντίδας, παραπομπή, κλπ.)

2. Διαδικασία, λειτουργίες

- Σύστημα εφημεριών στον δημόσιο τομέα
- Το σύστημα που εφαρμόζεται ευρέως με τους προγραμματισμένους τοκετούς (καισαρική τομή κατ' επιλογήν, πρόκληση τοκετού με αδικαιολόγητες πρώιμες παρεμβάσεις, έλλειψη χρόνου) προφανώς είναι αποδεκτό τόσο από την πλειονότητα των παρόχων φροντίδας υγείας και τουλάχιστον από μέρος του κοινού

3. Δεδομένα, έλεγχος

- Λόγω της έλλειψης βασικών περιγεννητικών δεδομένων γεννήσεων και των εκβάσεών τους σε εθνικό επίπεδο για την περιγεννητική επιτήρηση
- Ως αποτέλεσμα, ο έλεγχος των διαφορετικών μονάδων (μοντέλων φροντίδας) και η εφαρμογή της ταξινόμησης κατά Robson (η συνιστώμενη ταξινόμηση από τον ΠΟΥ σχετικά με την υποκατηγορίες των γεννήσεων) δεν είναι εφικτά
- Έλλειψη ελέγχου των αιτήσεων των παρόχων από τον ΕΟΠΥΥ. Υπάρχουν κλινικά μη εύλογες μετρήσεις σε διάφορες κατηγορίες αιτήσεων για επιστροφή δαπανών. *Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ, το ποσοστό περίπλοκων περιπτώσεων νεογνών (που απαιτούν θεραπεία σε μονάδα φροντίδας νεογνών ή σε ειδική μονάδα φροντίδας) ποικίλλει από 0 έως 100%. Το μέσο ποσοστό για αυτά τα νεογνά είναι 9,9% στον δημόσιο τομέα και 75,5% στον ιδιωτικό τομέα. Το μέσο κόστος στον δημόσιο τομέα για μια τέτοια περίπτωση είναι 1851 ευρώ και 487 ευρώ στον ιδιωτικό τομέα. Το παραπάνω καταδεικνύει το γεγονός ότι τα νεογνά στον δημόσιο τομέα αντιμετωπίζουν πολύ συχνότερα δύσκολες καταστάσεις υγείας. Ο συνολικός αριθμός των δηλωμένων περίπλοκων περιστατικών νεογνών είναι αδικαιολόγητα υψηλός.*

Σχόλιο

Ο πληθυσμός στην Ελλάδα είναι 11.093.000 κάτοικοι (2012), με συνολικό ποσοστό γονιμότητας 1,34 και ακαθάριστο ποσοστό γεννητικότητας 9,4 το 2012. Το 2012 έγιναν 100.371 γεννήσεις στην Ελλάδα (σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή - ΕΛΣΤΑΤ). Για τον παραπάνω αριθμό γεννήσεων, η Ελλάδα διαθέτει περίπου 92 νοσοκομεία (32 ιδιωτικά και 60 δημόσια – έρευνα του ΚΕΣΥ 2008-2011), ή 64 δημόσια και 43 ιδιωτικά (τα στοιχεία για τα δημόσια έχουν εξαχθεί από το ESYNET και για τα ιδιωτικά από τον ΕΟΠΥΥ). Ίσως υπάρχει ένας μικρός αριθμός (μάλλον απίθανο) ιδιωτικών νοσοκομείων που δεν είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ και επομένως δεν εμφανίζονται στη λίστα. Σύμφωνα με τα δεδομένα του ΚΕΣΥ από την έρευνα του 2008-2011, 13 νοσοκομεία

καλύπτουν κατ' ελάχιστον το 20% επί του συνόλου των γεννήσεων ενώ τα 79 νοσοκομεία που απομένουν πρέπει να πραγματοποιούν, κατά μέγιστο, λιγότερες από 1000 γεννήσεις ανά έτος. Παρόλο που σε πολλές περιοχές οι μικρές μονάδες μπορεί να δικαιολογούνται, ο χαμηλός αριθμός γεννήσεων ανά μονάδα δεν μπορεί να εξασφαλίσει τη βιώσιμη κλινική εμπειρία και τεχνογνωσία για την αντιμετώπιση των λιγότερο συχνών επιπλοκών. Η σημασία της έκθεσης σε επαρκείς αριθμούς έχει δημοσιευθεί.

ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ

Η ομάδα της αποστολής του ΠΟΥ επιβεβαίωσε το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών στις ελληνικές μονάδες μαιευτικής. Αν και διαπιστώθηκε η ύπαρξη κάποιων κινήτρων για να αλλάξει η κατάσταση, φαίνεται ότι η σημερινή κατάσταση είναι αποδεκτή για τους περισσότερους παρόχους και για τουλάχιστον ένα μέρος του κοινού. Τα τοπικά δεδομένα είναι ανεπαρκή για την υποστήριξη των επιχειρημάτων οποιασδήποτε από τις δύο πλευρές. Το δίκτυο των μαιευτικών μονάδων δεν είναι καλά δομημένο. Δεν υπάρχουν σε εθνικό επίπεδο αποδεκτές κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα που αφενός θα στήριζαν περαιτέρω την παροχή φροντίδας βάσει των πρόσφατων επιστημονικών δεδομένων και ορθών πρακτικών σε άλλες χώρες της ΕΕ, αφετέρου θα παρείχαν καλύτερη νομική προστασία στους παρόχους.

Προκαταρκτικές προτάσεις για την πολιτική

- 1. Αδειοδότηση μαιευτικών μονάδων σε διάφορα επίπεδα φροντίδας**, έτσι ώστε να αναπτυχθούν προδιαγραφές όσον αφορά τη δομή, την οργάνωση, τον εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό (αριθμός, προσόντα) τον ελάχιστο φόρτο εργασίας για συγκεκριμένα επίπεδα φροντίδας και τους μηχανισμούς παραπομπής (π.χ. κανόνες παραπομπής, περιγεννητικής και νεογνικής μεταφοράς). Τα αδειοδοτημένα νοσοκομεία μπορεί να έχουν επίσης υποχρεώσεις πληροφόρησης και επικοινωνίας.
- 2. Καθιέρωση εγκεκριμένων σε εθνικό επίπεδο κατευθυντηρίων γραμμών τεκμηριωμένης ιατρικής και πρωτοκόλλων** που σχετίζονται με τον τοκετό, τη γέννηση, την πρόκληση του τοκετού, το χρονοδιάγραμμα του τοκετού, κλπ.
- 3. Εξασφάλιση εκπαίδευσης και συνεχούς κατάρτισης των παρόχων και του κοινού** σχετικά με τα όσα ισχύουν για τον κολπικό και επεμβατικό τοκετό, για τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους για τη μητέρα και το νεογνό, για τις παροχές και τα κόστη, για τις πιθανές επιπτώσεις της περιττής (ιατρογενούς) προωρότητας. **Δημοσιοποίηση τοπικών παραδειγμάτων ορθών πρακτικών.**
- 4. Συνέχιση προώθησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**, συμπεριλαμβανομένου του ρόλου των οικογενειακών ιατρών, νοσηλευτών και μαιών στην προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα. **Ενίσχυση του ρόλου των μαιών** στην παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια του φυσικού τοκετού.
- 5. Ορισμός του ελάχιστου απαιτούμενου συνόλου δεδομένων ανά μονάδα που θα συλλεχθούν σε εθνικό επίπεδο** (όσον αφορά στην έκβαση της εγκυμοσύνης, τη δομή, τη διαδικασία, τα οικονομικά θέματα, κ.λπ.) και πώς τα δεδομένα πρέπει να συλλεχθούν και να διατυπωθούν. Η δημοσίευση των αποτελεσμάτων συγκριτικής αξιολόγησης των νοσοκομείων είναι ένα ισχυρό εργαλείο για τη βελτίωση των επιδόσεων των παρόχων. Η συστηματική συμμετοχή των νοσοκομειακών ιατρών στην ανάπτυξη των δεικτών μέτρησης επιδόσεων και στη δημιουργία ενός

αισθήματος ιδιοκτησίας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας.

6. Θέσπιση της ταξινόμησης των τοκετών κατά Robson και αναλύσεων σε επίπεδο μονάδας σύμφωνα με τη δήλωση του ΠΟΥ σχετικά με τα ποσοστά καισαρικών τομών σε όλα τα μαιευτήρια.

7. Υλοποίηση ενεργειών για την προστασία των ασθενών από την απάτη και τη διαφθορά. Οι άτυπες πληρωμές είναι απαράδεκτες και θα πρέπει να διώκονται ενεργά, να τιμωρούνται και να δημοσιοποιούνται. Επίσης καλό θα ήταν να εξεταστεί η διενέργεια ελέγχων στις αιτήσεις των παρόχων.

8. Ορισμός ενός κοινού συμβατικού πλαισίου για δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία για τη μείωση των καισαρικών τομών. Εξασφάλιση της ανάπτυξης μιας επαρκούς στρατηγικής τιμολόγησης βάσει ανάλυσης κόστους σε ορισμένους βασικούς παρόχους.

9. Ανάπτυξη ενός καθολικού τιμολογίου τοκετού που εξασφαλίζει μια ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών. Το τιμολόγιο θα εφαρμόζεται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και θα εξασφαλίζει ότι ο τοκετός είναι εντελώς δωρεάν για τον ασθενή. Το τιμολόγιο πρέπει να δημοσιοποιείται στα μέσα ενημέρωσης και να ελέγχεται προσεκτικά. Για να διατηρήσουν τη σύμβασή τους με τον ΕΟΠΥΥ, οι πάροχοι θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι τουλάχιστον το 25% των ασθενών τους χρησιμοποιεί το εν λόγω τιμολόγιο επί ποινή παραβίασης της σύμβασης.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Economou, C. 2015. *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. Athens: World Health Organization.

ΕΟΠΥΥ. 2016. *General data on gynecological KENs*. edited by ΕΟΠΥΥ. Athens: ΕΟΠΥΥ.

Eurostat. 2015. *EU Statistics on Income and Living Conditions*. edited by Eurostat.

Genna.org. 2016. Συγκριτικοί πίνακες τιμών μαιευτηρίων για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή με ΕΟΠΥΥ και ΟΓΑ. Available at <http://www.genna.gr/pinakes-me-kostos-toketou-se-oles-tis-klinikes/#ixzz4S3lGEJKI> (accessed November 2016).

Kaitelidou, D., C.S. Tsirona, P.A. Galanis, O. Siskou, P. Mladovsky, E.G. Kouli, P.E. Prezerakos, M. Theodorou, P.A. Sourtzi, and L.L. Liaropoulos. 2013. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy* 109: 23-30.

Mossialos, E., S. Allin, K. Karras, and K. Davaki. 2005. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health* 15: 288-95.

Souliotis, K., C. Golna, Y. Tountas, O. Siskou, D. Kaitelidou, and L. Liaropoulos. 2016. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *Eur J Health Econ* 17: 159-70.