

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και
Κοινωνικής Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ»
ESTIMATED COST OF CESAREAN SECTION**

ΡΕΒΕΚΚΑ ΚΑΨΑΛΗ

A.M. 20086

Επιβλέπων Καθηγητής

**Δρ. Ιωάννης Πατέρας
Ειδικός επιστήμονας**

Αθήνα 2021

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ»

ESTIMATED COST OF CESAREAN SECTION

ΡΕΒΕΚΚΑ ΚΑΨΑΛΗ

A.M. 20086

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπων
Καθηγητή**

Ιωάννης Πατέρας, Ειδικός επιστήμονας

Μέλος

**Σωτήριος Σούλης, Καθηγητής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Μέλος

**Γεώργιος Πιερράκος, Καθηγητής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ρεβέκκα Καψάλη, με αριθμό μητρώου 20086 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Ο επιβλέπωντας



Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους, με οποιονδήποτε τρόπο συνέβαλλαν στην εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Συγκεκριμένα, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου, για την αμέριστη στήριξη και υπομονή που απλόχερα μου πρόσφερε. Έπειτα, οφείλω να εκφράσω ιδιαίτερες ευχαριστίες στο σύνολο των καθηγητών του τμήματος μου, που βρίσκονταν πάντα στην διάθεση μου για να επιλύσουν τις απορίες μου και να με βοηθήσουν να ξεπεράσω όλα τα εμπόδια που παρουσιάστηκαν κατά την διάρκεια της έρευνας μου. Ειδική μνεία όμως, αξίζει στην αρωγή του κύριου Πατέρα, καθώς μου παρείχε την ευκαιρία να ασχοληθώ με ένα τόσο καίριο και ενδιαφέρον θέμα. Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω τους φίλους και τους συμφοιτητές μου, που με την πίστη τους σε εμένα με παρακίνησαν να επεκτείνω το ακαδημαϊκό μου ταξίδι και με έκαναν να μην θέλω να σταματήσει ποτέ.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
------------------	---

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	7
Μέρος Α'	8
Κεφάλαιο 1: Ορισμός, προέλευση και εξέλιξη του όρου Καισαρική Τομή	9
1.2 Τα πρώτα βήματα της διαδικασίας της Καισαρικής Τομής.....	10
1.3 Η εξέλιξη της Καισαρικής τομής.....	12
Κεφάλαιο 2: Είδη Καισαρικής Τομής - Κατηγοριοποιήσεις και διευκρινίσεις.....	14
2.2 Ενδείξεις και λόγοι πραγματοποίησης Καισαρικής τομής	15
2.4 Μειονεκτήματα Καισαρικής τομής για τη μητέρα και το νεογνό	21
Κεφάλαιο 3: Προετοιμασία της γυναίκας πριν την Καισαρική τομή	23
3.2 Αναισθησία και Καισαρική Τομή.....	25
Κεφάλαιο 4: Φροντίδα του νεογνού μετά από την καισαρική τομή.....	27
4.2 Φροντίδα της λεχωϊδος μετά από καισαρική τομή	28
Μέρος Β'	29
Κεφάλαιο 5: Ισχύουσα κατάσταση εθνικού συστήματος Υγείας.....	31
5.2 Ασφαλιστική κάλυψη μετά την σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ	34
Κεφάλαιο 6. Κόστος των κλινών για την καισαρική τομή στις ιδιωτικές κλινικές.....	38
6.2 Κοστολόγηση όλων των ειδών αναισθησίας που χρησιμοποιούνται στην καισαρική τομή.	39
Κεφάλαιο 7: Κόστος των αναγκαίων για την πραγματοποίηση μιας καισαρικής τομής μηχανημάτων	43
7.2 Οι ανεπίσημες πληρωμές στις δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες.....	45
Συζήτηση.....	48
Συμπεράσματα	49
Βιβλιογραφία	50

Περίληψη

Ως αντικείμενο της εργασίας έχει οριστεί η εκτίμηση του κόστους της Καισαρικής τομής. Στην αρχή, η προσέγγιση του θέματος θα είναι θεωρητική. Θα διερευνηθούν όλες οι πιθανές προεκτάσεις του όρου καισαρική και η εξέλιξη της διαδικασίας στο πέρασμα των αιώνων μέχρι τις σημερινές της κατηγοριοποιήσεις που βασίζονται στον επείγοντα χαρακτήρα της εκάστοτε περίπτωσης. Στην συνέχεια, θα αναφερθούν οι επικρατέστεροι λόγοι που συμβάλλουν στην πραγματοποίησή της, καθώς και τα οφέλη και η ζημία που μπορεί να προκληθεί σε μητέρα και έμβρυο. Έπειτα, θα περιγραφεί η απαραίτητη φροντίδα που πρέπει να παρέχεται πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της καισαρικής τομής. Στο τρίτο κεφάλαιο πλέον, θα αρχίσει η ξεκάθαρη προσέγγιση του ορισμένου ερευνητικού ερωτήματος. Θα γίνει στροφή στα ποσοτικά δεδομένα του ελληνικού συστήματος υγείας και των δημόσιων και ιδιωτικών κλινικών που το απαρτίζουν. Τέλος, στα παραπάνω θα συμπεριληφθεί το κόστος των μηχανημάτων και των ανεπίσημων πληρωμών.

Abstract

The estimated cost of a Cesarean section is a result of multiple factors. First of all, the definition of all the possible extensions of the term cesarean section is inevitable. Directly connected to it, is the evolution of the procedure through the centuries and its current categorizations based on the urgency of each case. The most common reasons behind its performance, the benefits for mother and child and the necessary care before and after are what mainly shapes the cost in a theoretical aspect. On a more practical level, the analysis of quantitative data related to the public and private clinics of the Greek Health System proves that even in the health sector cost is tightly connected with, the socio – economic conditions. In the end, the cost of the necessary machinery that burdens the patient can easily be calculated, but any effort for an exact number can be ruined when informal payments are involved.

Εισαγωγή

Με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η «χρυσή τομή» των ποσοστών των καισαρικών τομών κυμαίνεται μεταξύ του 5% και του 15% και δεν

πρέπει να ξεπερνιέται. Οι αντιρρήσεις για τη θέσπιση του σχετίζονταν με την πίεση, που μπορεί να προκληθεί προκειμένου να προσεγγιστεί αυτό το κατώτατο όριο. Ενώ, σε χώρες που το ξεπερνούσαν κατά πολύ θεωρήθηκε πως μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ζωή της μητέρας και του νεογνού. Η εγκυρότητα αυτών δεν έχει διαταραχθεί¹, δημιουργώντας πολλά ερωτηματικά σχετικά με τις διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται ανά χώρα.

Η συγκεκριμένη εργασία προκειμένου να ασχοληθεί με τις οικονομικές προεκτάσεις του ζητήματος θέτει ως θέμα της την εκτίμηση του κόστους της Καισαρικής τομής. Εκπονείται στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, ΠΑΔΑ και στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου και της λήψης του πτυχίου μου. Ως στόχος της έχει τεθεί, η καταγραφή οτιδήποτε περιλαμβάνεται εντός της διαδικασίας της καισαρικής τομής και μπορεί να κοστολογηθεί. Έτσι ώστε, να αξιολογηθεί αν η υφιστάμενη κοστολόγηση αποσκοπεί στην κάλυψη όσων χρειάζεται ή στην κατάφορη αισχροκέρδεια εις βάρος των καταναλωτών.

Για την πραγματοποίηση των προαναφερόμενων η έρευνα μας θα ανατρέξει σε έγκυρες ηλεκτρονικές πηγές ελληνικής και αγγλικής βιβλιογραφίας και τα δεδομένα της θα σχετίζονται κυρίως με την ελληνική πραγματικότητα καθώς μία εργασία που θα προσέγγιζε το ζήτημα σε παγκόσμια κλίμακα κινδύνευε να εξοκείλει επικίνδυνα από τις προτεραιότητες της συγκεκριμένης έρευνας. Η οποία θα αποτελείται από ένα θεωρητικό και ένα πρακτικό κομμάτι προκειμένου να διασφαλιστεί η πολύπλευρη και ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος.

Μέρος Α'

Το πρώτο μέρος της εργασίας εντός τεσσάρων όσο το δυνατόν ισόποσων κεφαλαίων, θα ασχοληθεί κυρίως με το θεωρητικό υπόβαθρο που είναι απαραίτητο για την

¹ Cynthia K. Stanton, Sara A. Holtz, "Levels and Trends in Cesarean Birth in the Developing World", *Studies in Family Planning* 37, No.1, March 2006, σελ. 41. <https://www.jstor.org/stable/20058402>, (πρόσβαση: 22/04/2022).

κατανόηση της διαδικασίας της Καισαρικής τομής. Σε αυτό συμπεριλαμβάνονται η κατανόηση της αντίθεσης μεταξύ της αρχικής καισαρικής και της καισαρικής του σήμερα, καθώς και της ορθής ερμηνείας των ενδείξεων που έχουν συσχετιστεί με αυτή. Έπειτα, θα προσεγγιστούν τα εξίσου σημαντικά για ιατρούς και μέλλουσες μητέρες πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για εκείνες και το νεογνό. Φυσικά, η έρευνα δεν θα ήταν πλήρης χωρίς την αφιέρωση ενός κεφαλαίου στην προετοιμασία της επιτόκου και στην αναισθησία, ενός από τα σημαντικότερα βήματα αυτής. Έτσι, το μέρος Α' τελειώνει με την φροντίδα που πρέπει να λάβουν λεχώνα και βρέφος μετά την περάτωση της κύριας διαδικασίας.

Κεφάλαιο 1: Ορισμός, προέλευση και εξέλιξη του όρου Καισαρική Τομή

Ως Καισαρική τομή ορίζεται η επέμβαση κατά τη διάρκεια της οποίας η αφαίρεση του νεογνού πραγματοποιείται μέσω μιας ανοιχτής χειρουργικής τομής² στο κοιλιακό τοίχωμα (λαπαροτομία) και μία τομή στη μήτρα της μητέρας (υστεροτομία). Η πρώτη

² Karen R. Rosenberg, Wenda R. Trevathan, "Evolutionary perspectives on cesarean section", *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2018, σελ. 67. <https://doi.org/10.1093/emph/eoy006>, (πρόσβαση: 07/03/2022).

καταγεγραμμένη καισαρική πραγματοποιήθηκε το 1020 μ.Χ.,³ και σε αυτή δεν συμπεριλαμβάνεται, η περίπτωση εξόδου του εμβρύου από την περιτοναϊκή κοιλότητα επί κοιλιακής εκτόπου κυήσεως ή της ρήξεως της μήτρας.⁴

Η ευρέως γνωστή εκδοχή προέλευσης του όρου από τον τρόπο γέννησης του Ιούλιου Καίσαρα έχει απορριφθεί από τους ιστορικούς. Αντιθέτως, αποδίδουν την συσχέτιση του, στην μετονομασία της ήδη ενταγμένης στο Ρωμαϊκό κώδικα «Lex Regia» του βασιλιά Νουμά Πομπιλίου σε «Lex Caesarea» κατά τη περίοδο βασιλείας του Καίσαρα.⁵ Η «Καισαρική επέμβαση», όπως ήταν γνωστή μέχρι τον 16^ο με 17^ο αιώνα μ.Χ. προέβλεπε την απομάκρυνση του εμβρύου ζωντανού ή νεκρού, αφού η μητέρα είχε αποβιώσει. Κυρίως λοιπόν, χρησιμοποιούνταν ως μία ύστατη προσπάθεια, για να σωθεί η ζωή του μωρού και να διατηρηθεί σε υψηλά επίπεδα ο πληθυσμός ή για θρησκευτικούς λόγους που επέτασσαν την ξεχωριστή ταφή εμβρύου και μητέρας.⁶

Μία δεύτερη εκδοχή, βασίζεται στο ρήμα της λατινικής «caedere», που σημαίνει κόβω και στον όρο «caesones», που χρησιμοποιούνταν για βρέφη που είχαν γεννηθεί με την βοήθεια χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνταν μετά θάνατον.⁷ Ο σύγχρονος επικρατών όρος, «καισαρική τομή», αρχίζει σταδιακά να αντικαθιστά αυτόν της «καισαρικής επέμβασης» μετά το 1598, όταν αυτός πρωτοεμφανίζεται στο βιβλίο του Jacques Guillimeau.⁸

1.2 Τα πρώτα βήματα της διαδικασίας της Καισαρικής Τομής

Τον 18^ο αιώνα, οι αναφορές γυναικών που επιβίωσαν μετά το πέρας της επέμβασης, όπως η σύζυγος του Jacob Nufer και οι ασθενείς του Francois Roussett, ευνοούν τις πιθανότητες εκτέλεσης της και σε ζωντανές γυναίκες. Οι συσπάσεις και οι ανακλήσεις της μήτρας, στις οποίες βασίζονταν για τον έλεγχο της αιμορραγίας όμως, διατηρούν τα ποσοστά θνησιμότητας στο 50% με 85%.⁹

³ Sharon Sung, Heba Mahdy, “Cesarean Section”. StatPearls Internet Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [Cesarean Section - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537022/), (πρόσβαση: 07/03/2022).

⁴ Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε), Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 12 Καισαρική Τομή, Μάρτιος 2014, σελ 103. https://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/kaisariki_tomi.pdf, (πρόσβαση: 07/03/2022).

⁵ M. Pierce Rucker, Edwin M. Rucker, “A librarian looks at cesarean section”, Bulletin of the History of Medicine 25, No. 2, 1951, σελ 132 - 133. <https://www.jstor.org/stable/44443604>, (πρόσβαση: 10/03/2022).

⁶ Donald Todman, “A history of caesarean section: From ancient world to the modern era”, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 47, 2007, σελ. 358. [10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x), (πρόσβαση: 11/03/2022).

⁷ Suchitra N. Pandit, Rana J. Khan, “Surgical techniques for performing caesarean section including CS at full dilatation”, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 27, No.2, 2013, σελ. 180. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.12.006>, (πρόσβαση: 11/03/2022).

⁸ NIH U.S National Library of Medicine, Cesarean Section – A Brief History, <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html>, (πρόσβαση: 11/03/2022).

⁹ J.P. Boley, “The history of caesarean section. 1935.” Canadian Medical Association Journal 145, No.4, 1991, σελ. 321, [PMC1335636](https://doi.org/10.1503/cmaj), (πρόσβαση: 12/03/2022).

Η απίστευτη πρόοδος της Ιατρικής τον 19^ο αιώνα μετατρέπει την καισαρική από αποφευκτέα με οποιοδήποτε κόστος σε απλώς ριψοκίνδυνη. Συγκεκριμένα, το 1876 ο Eduardo Porro καταδεικνύει την μόλυνση και όχι την ακατάσχετη αιμορραγία ως τον κυριότερο παράγοντα της υψηλής θνησιμότητας. Για την αντιμετώπιση της προβαίνει σε ολική υστερεκτομή, δηλαδή την πλήρη αφαίρεση της μήτρας της μέλλουσας μητέρας, στερώντας της τη δυνατότητα να αποκτήσει περισσότερα παιδιά.¹⁰

Το 1886, ο Max Sänger, εξελίσσει τη διαδικασία και επιστρατεύει την χρήση διπλού στρώματος ραμμάτων για το κλείσιμο της κατακόρυφου τομής της μήτρας και την διατήρησή της. Παράλληλα, εισάγει τη διαδικασία της σύγκλεισης των κοιλιακών ανατομικών δομών και δίνει μορφή στην «κλασσική καισαρική τομή», όπως συνεχίζει να ονομάζεται η επέμβαση κατά Sänger.¹¹



Εικόνα 1.1 Απεικόνιση της κλασσικής κατακόρυφης τομής, Science Photo Library [Classical Caesarean Incision, Illustration - Stock Image - C043/6056 - Science Photo Library](https://www.sciencephoto.com/library/Classical-Caesarean-Incision-Illustration-Stock-Image-C043/6056)

Η ολική υστερεκτομή του Porro λοιπόν, περιορίζεται μόνο σε εκείνες τις περιπτώσεις μόλυνσης, αιμορραγίας και σχηματισμού κακοήθους όγκου που κρίνεται άκρως αναγκαία.¹²

¹⁰ Dr. Rinky Agrawal, Prof. Gangadhar Sahoo, "Evolution of Cesarean Section", Journal of Medical Science and Clinical Research 7, No.4, 2019, σελ. 197. <https://dx.doi.org/10.18535/jmscr/v7i4.35>, (πρόσβαση: 14/03/2022).

¹¹ Φ. Τζεβελέκης, Αθ. Παπαδόπουλος, Τρ. Τσαλίκης, Χ.Π. Σταματόπουλος, «Καισαρική τομή: νεότερα δεδομένα», Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 20, No.2, 2008, σελ: 140. https://www.iatrikionline.gr/ELL_M_2_2008/5.pdf (πρόσβαση: 12/03/2022).

¹² Angela D. Earhart MD, "The Porro procedure: steps toward decreasing post – cesarean mortality", Primary Care Update for OB/GYNS 10, No. 3, 2003, σελ. 122. [https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(03\)00005-2](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(03)00005-2), (πρόσβαση: 14/03/2022).

1.3 Η εξέλιξη της Καισαρικής τομής

Τον 20ο αιώνα, ελλείπει αντιβιοτικών η εξωπεριτοναϊκή προσέγγιση της καισαρικής τομής του P.S Physik επανεμφανίζεται. Επίσης, ήδη υπάρχουσες τεχνικές τροποποιούνται για να εξυπηρετήσουν γυναίκες με δύσκολους τοκετούς ή υψηλές πιθανότητες μόλυνσης.¹³ Αρκετά γνωστό το παράδειγμα της χαμηλής διαπεριτοναϊκής καισαρικής τομής, του B. Kröning που τροποποιείται σε

¹³ Antoine Clarel, Bruce K., Young, "Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly" *Journal of Perinatal Medicine*, vol. 49, no. 1, 2021, σελ 5, <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305> (πρόσβαση: 09/03/2022).

«λαπαροτραχηλοτομία» από τους De Lee και Beck το 1921.¹⁴ Τα προαναφερθέντα εμπόδια ξεπερνιούνται και η θνησιμότητα της επέμβασης πέφτει στο 1 – 2%. Έτσι, η έκφραση, «Μία φορά Καισαρική, πάντα Καισαρική» επικρατεί για τις γυναίκες που υποβάλλονται για δεύτερη φορά σε αυτήν.¹⁵



Εικόνα 1.2 Απεικόνιση της Καισαρικής τομής του Kröning, David Peleg MD, Yechiel Z. Burke MD, Ido Solt MD and Menachem Fisher MD, *The History of the Low Transverse Cesarean Section: The Pivotal Role of Munro Kerr*, IMAJ Vol. 20, May 2018, σελ.317, <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/286/143162.pdf>

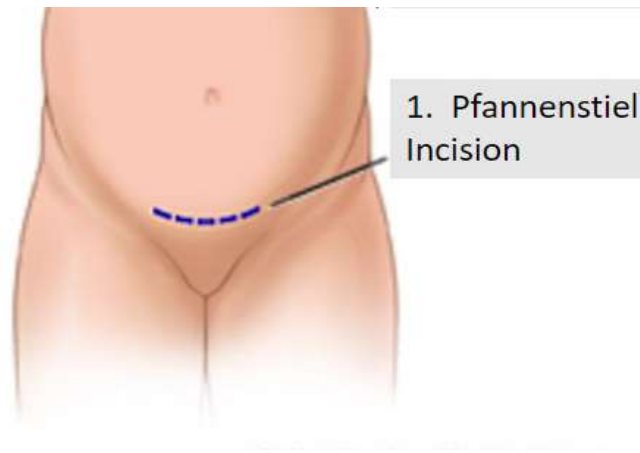
Το 1970, παρατηρείται μία έξαρση στον αριθμό των καισαρικών που υφίσταται μέχρι και σήμερα. Η εξέλιξη της τεχνολογίας, ενισχύει τον προγεννητικό έλεγχο, άρα και την ανίχνευση προβλημάτων που χωρίς την μεσολάβηση της καισαρικής θα μπορούσαν να αποβούν μοιραία. Επιπλέον, η διαδικασία απλοποιείται.¹⁶ Η τεχνική Pfannenstiel–Kerr αντικαθίσταται από την εξελιγμένη μορφή της τεχνικής Misgav – Ladach. Με την χρήση της οποίας, μειώνεται ο χρόνος της επέμβασης, οι πιθανότητες μόλυνσης, η αιμορραγία και ο πόνος κατά τη διάρκεια αυτής. Έτσι, ο μειωμένος χρόνος νοσηλείας που προκύπτει οδηγεί και στην μείωση των επακόλουθων εξόδων.¹⁷

¹⁴ Louis E. Phaneuf, “Cesarean section: Indications and technique”, *The American Journal of Surgery* 35, No. 2, 1937, σελ. 449, [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(37\)90124-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(37)90124-7), (πρόσβαση: 14/03/2022).

¹⁵ Edwin B. Cragin, “Conservatism in Obstetrics”, *New York Medical Journal* 104, 1916, σελ. 1 – 3.

¹⁶ Paul J. Placek, Selma M. Taffel, “Trends in cesarean section rates for the United States”, 1970--78. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)* 95, 6, 1980, σελ. 540. [7433601](https://doi.org/10.2307/3429999), (πρόσβαση: 22/03/2022).

¹⁷ Salvatore Giovanni Vitale, et al. “Comparison between modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel-Kerr techniques for Cesarean section: review of literature”, *Journal of prenatal medicine* 8, 3-4, 2014, σελ. 39, [26265999](https://doi.org/10.1007/s12285-014-0309-9), (πρόσβαση: 22/03/2022).



Εικόνα 1.3 Απεικόνιση της καισαρικής τομής Pfannenstiel–Kerr, OSS Obstetrical Surgical Skills, <https://oss-online.ca/knowledge-base/cs101-abd-entry/>.

Πλέον λοιπόν, η καισαρική θεωρείται μία προβλέψιμη επέμβαση, που είναι σε θέση να ελαχιστοποιεί τους αστάθμητους παράγοντες, συγκριτικά με την διαδικασία του τοκετού, γι' αυτό έχει κερδίσει την προτίμηση των γιατρών και των ασθενών. Αφού, το στίγμα που την χαρακτήριζε έχει εξαλειφθεί και σε πολλές περιπτώσεις επιλέγεται και από τις ίδιες της μητέρες για την αποφυγή των ωδίνων.¹⁸

Κεφάλαιο 2: Είδη Καισαρικής Τομής - Κατηγοριοποιήσεις και διευκρινίσεις

Παραδοσιακά, οι κατηγοριοποιήσεις της καισαρικής τομής περιλαμβάνουν την εκλεκτική (προγραμματισμένη), που διαφοροποιείται από τον προγραμματισμένο φυσιολογικό τοκετό¹⁹ και την επείγουσα καισαρική τομή. Ο περιοριστικός τους

¹⁸ Jacqueline H. Wolf, *Cesarean Section: An American History of Risk, Technology and Consequence*, John Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 2018, σελ.5.

¹⁹ Anthony G. Visco, "Possible Pathways for Planned Vaginal and Planned Cesarean in Deliveries" in NIH State-of-the-Science Conference, Cesarean Delivery on Maternal Request, William H. Natcher

χαρακτήρας όμως, ως προς την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας και την εξοικονόμηση χρόνου συντελεί στην δημιουργία ενός συστήματος διαβαθμίσεων, που καθορίζονται από κλινικές ενδείξεις που δείχνουν στον μαιευτήρα πόσο χρόνο έχει στην διάθεση του ώστε να διατηρηθεί η ζωή του εμβρύου και της επιτόκου.²⁰

Στην πρώτη κατηγορία επιβάλλεται να ληφθεί άμεση δράση και ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ απόφασης και εξόδου του εμβρύου πρέπει αυστηρά να μην ξεπερνάει τα 30 λεπτά. Στην δεύτερη κατηγορία, ο κίνδυνος για το έμβρυο και την μητέρα είναι ακόμα υπαρκτός, όμως ο διαθέσιμος χρόνος μεταξύ απόφασης και εξόδου κυμαίνεται μεταξύ 30 και 75 λεπτών. Τα πράγματα είναι ακόμη καλύτερα στην τρίτη κατηγορία. Δεν υφίσταται κανένας κίνδυνος για την μητέρα ή το έμβρυο, με τον χρόνο μεταξύ απόφασης και επέμβασης να καθορίζεται από τον μαιευτήρα, που προβαίνει σε αυτήν κυρίως για την επίσπευση του τοκετού. Τέλος, στην τέταρτη κατηγορία η πραγματοποίηση καισαρικής τομής δεν κρίνεται επείγουσα γι' αυτό το διάστημα που μεσολαβεί από την απόφαση και την τελική πραγματοποίηση της επέμβασης ορίζεται από κοινού από τον μαιευτήρα και την μέλλουσα μητέρα.²¹

Category 1	Immediate threat to life of woman or foetus with maternal or foetal compromise
Category 2	No immediate threat to life of woman or foetus With maternal or foetal compromise
Category 3	Requires early delivery No maternal or fetal compromise
Category 4	At a time to suit the woman and maternity services

Πίνακας 2.1: Κατηγοριοποίηση των ενδείξεων της επείγουσας καισαρικής τομής. Vidhu. V. Nair, Sobha S. Nair, Prasanna Venugopalan, "Decision to delivery interval in emergency LSCS and its impact on fetal outcome", International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 8, Vol.9. 2019, σελ 3680. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20193797>.

2.2 Ενδείξεις και λόγοι πραγματοποίησης Καισαρικής τομής

Φυσικά, σε κάθε δίλλημα που αφορά στην πραγματοποίηση ή μη επείγουσας καισαρικής τομής ως προτεραιότητα τίθεται η διασφάλιση της ζωής της μητέρας και του εμβρύου. Οι καθοριστικές και σχετικές ενδείξεις όμως, είναι εκείνες που υπαγορεύουν την τελική απόφαση με την προγραμματισμένη καισαρική τομή να αποτελεί μία ολότελα διαφορετική κατηγορία ενδείξεων.

Conference Center National Institutes of Health Bethesda, Maryland, March 27–29, 2006, σελ.19 <https://consensus.nih.gov/2006/cesareanabstracts.pdf>, (πρόσβαση: 27/03/2022).

²⁰ James Brown, "Recent Developments in Anaesthesia for Caesarean Section", Update in Anaesthesia 23, 2007. Σελ 3 – 4. https://e-safe-anaesthesia.org/e_library/07/Recent_developments_in_anaesthesia_for_caesarian_section_Up.pdf, (πρόσβαση: 27/03/2022).

²¹ Northern Devon Healthcare, "Caesarean Section Guideline V.9.0, Final March 18, NHS Trust, 2018, σελ 7. shorturl.at/krAHN, (πρόσβαση: 27/03/2022).

Στις καθοριστικές ενδείξεις που καθιστούν τον κοιλικό τοκετό αδύνατο υπάγονται η απόλυτη δυσαναλογία της γυναικείας λεκάνης, η χοριοαμνιονίτιδα (σύνδρομο αμνιακής λοίμωξης) δηλαδή, η λοίμωξη του πλακούντα και πιθανώς του εμβρύου, που απαιτεί την άμεση έξοδο του εμβρύου και η παραμόρφωση της μητρικής πυέλου, σε σημείο που η ανατομική δυσπλασία να αποκλείει τον φυσιολογικό τοκετό.²² Η λίστα εμπεριέχει επίσης, την εκλαμψία και το σύνδρομο HELLP (Haemolysis Elevated Liver enzymes Low blood level of Platelets), όπου οι απειλητικές για τη ζωή της εγκύου επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνήθως οδηγούν στην καισαρική καθώς και την εμβρυϊκή ασφυξία ή την εμβρυϊκή οξέωση, καταστάσεις απειλητικές για το έμβρυο που μπορούν να μετατραπούν σε εμβρυϊκή υποξία.²³

Επιπροσθέτως, η λίστα εμπλουτίζεται από την προβολή ή πρόπτωση του ομφάλιου λώρου μεταξύ της κεφαλής του εμβρύου και του ανοίγματος του κόλπου, που μπορεί να προκαλέσει την εμβρυϊκή ασφυξία και τον προδρομικό πλακούντα, η ανώμαλη θέση του οποίου παρεμποδίζει τον φυσιολογικό τοκετό.²⁴ Ενώ, από αυτή δεν θα μπορούσαν να παραλείπονται τα ανώμαλα σχήματα ή προβολές κατά τα οποία η ανώμαλη θέση του ίδιου του εμβρύου δεν επιτρέπει την διενέργεια ενός φυσιολογικού τοκετού και η ρήξη της μήτρας, στην περίπτωση της οξείας κατάστασης που καταλήγει να αποτελεί κοινό κίνδυνο για τη ζωή του μωρού και της μητέρας.²⁵

Οι σχετικές ενδείξεις αν και λιγότερες, κατέχουν την μερίδα του λέοντος. Αποτελούνται από την παθολογική καρδιοτοκογραφία, στην περίπτωση ενδείξεων οξείας υποξίας ή εμβρυϊκής ασφυξίας. Εάν προκύψει εμβρυϊκή οξέωση οι πιθανότητες μίας καισαρικής τομής ή ενός τοκετού με την βοήθεια εμβρυουλκών και εξαγωγή με κενό αέρος, βεντούζας. Μέρος αυτών αποτελεί και η αποτυχία της εξέλιξης του τοκετού, όταν είναι παρατεταμένος εξαιτίας της καθυστερημένης εξόδου

του εμβρύου ή μεσολαβεί κάποια διακοπή που δυσχεραίνει την έκβαση του τοκετού γι 'αυτό. Από αυτή την κατηγορία ενδείξεων δεν θα μπορούσε να λείπει αυτής της προηγηθείσας καισαρικής τομής. Σύμφωνα με την οποία, είναι ευρέως αποδεκτό πως ένας φυσιολογικός τοκετός αποκλείεται ως επιλογή στην επόμενη εγκυμοσύνη.²⁶ Ειδικότερα, με βάση τις περιπτώσεις της Αιγύπτου και της Κίνας, η πλειοψηφία των

²²Ioannis Mylonas, Friese Klaus: The indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int 112, 2015, 490, [DOI: 10.3238/arztebl.2015.0489](https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489), (πρόσβαση: 28/03/2022).

²³ Emma L. Barber, Lisbet Lundsberg, et.al, "Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate", Obstet Gynecol, 118, No.1, 2011, σελ. 31. [10.1097/AOG.0b013e31821e5f65](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821e5f65), (πρόσβαση: 28/03/2022).

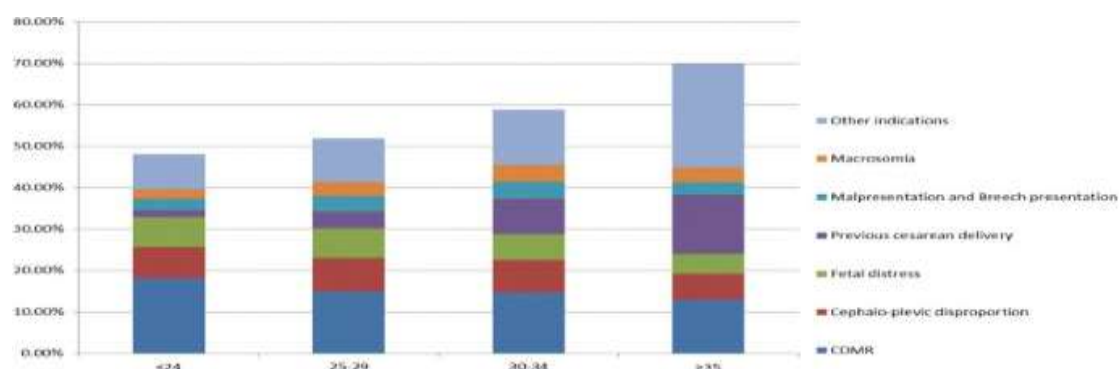
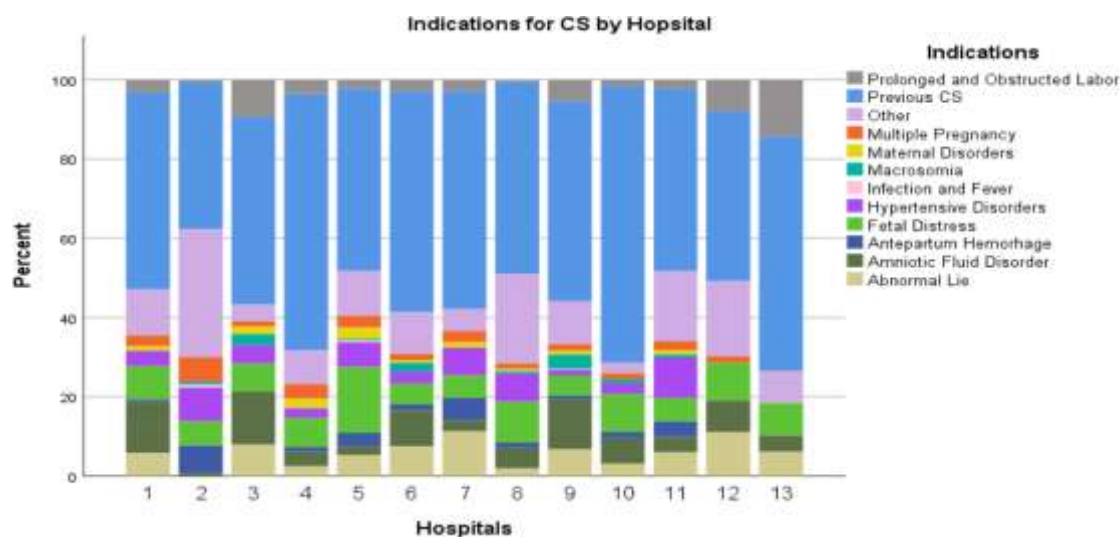
²⁴ Zoe Penn and Sadaf Ghaem – Maghami, "Indications for caesarean section", Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 15, No.1, 2001, σελ. 5,6. <https://doi.org/10.1053/beog.2000.0146>, (πρόσβαση: 28/03/2022).

²⁵Rashida Parveen, Mehnaz Khakwani et.al, "Analysis of Cesarean Sections using Robson's Ten Group Classification System", Pak J Med Sci 37, No.2, Mar-Apr 2021, σελ. 568 – 569. [10.12669/pjms.37.2.3823](https://doi.org/10.12669/pjms.37.2.3823), (πρόσβαση: 29/03/2022).

²⁶ Yanyun Gao, Qinqin Xue et.al, "An analysis of the indications for cesarean section in a teaching hospital in China", European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 170, 2013, σελ. 414 – 417. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.08.009>, (πρόσβαση: 29/03/2022).

καισαρικών τομών που βασίστηκαν σε σχετικές ενδείξεις αφορούσε προηγούμενες καισαρικές τομές.

Πίνακας 2.2: Ταξινόμηση ιατρικών ενδείξεων καισαρικής ανά νοσοκομείο μελέτης, Shatha Elnakib , Nahla Abdel-Tawab et.al, “Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study”, BMC Pregnancy and Childbirth 19, 2019, σελ.11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2558-2>.



Πίνακας 2.3: Yajun Liu, Guanghui Li et.al, “A descriptive analysis of the indications for caesarean section in mainland China”, BMC Pregnancy and Childbirth 14, 2014, σελ.6, <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/410>.

Άλλοι λόγοι που ευνοούν την πραγματοποίηση μιας προγραμματισμένης καισαρικής τομής σχετίζονται με τους κινδύνους που προέχονται από τις αλλαγές στο ιατρικό προφίλ της μητέρας ή του νεογνού αντίστοιχα. Για αρκετά χρόνια, η εγκυμοσύνη γυναικών που είχαν ξεπεράσει την ηλικία των 35, χαρακτηριζόταν ως υψηλού κινδύνου. Σήμερα, τα ηλικιακά όρια έχουν αυξηθεί, όμως, κίνδυνοι συνυφασμένοι με

την ηλικία των γυναικών εξακολουθούν να υφίσταται. Άρα, και η καισαρική τομή συνεχίζει να επιστρατεύεται για την αντιμετώπιση τους.²⁷

Επιπροσθέτως, προς αυτή την κατεύθυνση κινούνται και οι ειδικοί αν η μητέρα διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη ή διαβήτη της κύησης. Η αποτυχία αντιμετώπισης του οποίου συντελεί στην γέννηση παιδιών άνω των 4 κιλών. Φυσικά, ο συγκεκριμένος λόγος απαντάται όλο και συχνότερα, αφού η παχυσαρκία ακμάζει.²⁸ Αρκετά υψηλά βρίσκονται και οι θεραπείες γονιμότητας με τις πολυεμβρυϊκές εγκυμοσύνες στις οποίες συντελούν, αλλά και το άγχος που διακατέχει τις μητέρες αυτές για την υγεία του παιδιού τους.²⁹ Από την άλλη πλευρά, για την επιλεκτική καισαρική τομή, η κύρια αιτία ανιχνεύεται στην «τοκοφοβία» των μελλουσών μητέρων. Οι οποίες εκτός από την διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού φοβούνται και για τις επιπτώσεις που θα έχει στο παιδί αν βρεθούν προ εκπλήξεως και δεν είναι όλα έτοιμα.³⁰

2.3 Πλεονεκτήματα Καισαρικής τομής για το νεογνό και την μητέρα

²⁷ Hamideh Bayrampour, Maureen Heaman, “Advanced Maternal Age and the Risk of Cesarean Birth: A Systemic Review”, *Birth Issues in Perinatal Care* 37, No.3, 2010, σελ. 219 – 221. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00409.x>, (πρόσβαση: 31/3/2022).

²⁸ Florent Fuchs, Jean Bouyer et al, “Adverse maternal outcomes associated with fetal macrosomia: what are the risk factors beyond birthweight?”, *BMC Pregnancy and Childbirth* 13, 2013, σελ. 1 – 3. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/90> (πρόσβαση: 31.03.2022).

²⁹ Shilpi Pandey, Ashalatha Shetty et.al, “Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis”, *Human Reproduction Update* 18, No.5, 2012, σελ. 485 – 486. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms018>, (πρόσβαση: 30/03/2022).

³⁰ Kristina Hofberg, Ian Brockington, “Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases.”, *British Journal of Psychiatry*, 176, No.1, 2000, σελ. 83, [10.1192/bjp.176.1.83](https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83), (πρόσβαση: 30/03/2021).

Η πραγματοποίηση μιας καισαρικής τομής, σε περιπτώσεις όπως η πρόπτωση του ομφάλιου λώρου στο κανάλι της γέννησης³¹ μπροστά από το νεογνό, η αποκόλληση του πλακούντα ή η παρουσία ενεργού έρπητα των γεννητικών οργάνων κατά την διάρκεια της κύησης³², παρέχει στο έμβρυο μια δεύτερη ευκαιρία για να καταφέρει να έρθει στον κόσμο.³³

Επίσης, μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης δυστοκίας των ώμων, τραυματισμού του εμβρύου, της νεογνικής εγκεφαλοπάθειας και του ενδομήτριου θανάτου του εμβρύου. Με βάση τα στατιστικά δεδομένα, 1 εκ των 5000 περιστατικών μόνιμης κάκωσης του βραχιόνιου πλέγματος θα μπορούσε να αποφευχθεί με την πραγματοποίηση εκλεκτικής καισαρικής τομής, έναντι 1 εκ των 10.000 με την πραγματοποίηση ενός κολπικού τοκετού. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς της Herbst η επιλογή μιας προγραμματισμένης καισαρικής τομής, ως μέσο αντιμετώπισης της εμβρυικής μακροσωμίας κοστολογείται στα 5212, 06\$ και αναδεικνύεται ως η ακριβότερη.

Στον τομέα των τραυματισμών τα αποτελέσματα της έρευνας του Treffers συνδέουν τη χρήση του εμβρυουλκών και άλλων εργαλείων κατά την διάρκεια ενός κολπικού τοκετού με 9 θανάτους, 11 περιστατικά εγκεφαλικής βλάβης, 4 περιστατικά παράλυσης του βραχιόνιου και 1 περιστατικό ταυτόχρονης εγκεφαλικής βλάβης και παράλυσης του βραχιόνιου πλέγματος. Τα οποία δεν θα είχαν συμβεί αν είχε επικρατήσει η εκλεκτική καισαρική τομή ενάντια στον κολπικό τοκετό. Εντυπωσιακό ήταν και το μειωμένο ποσοστό, της τάξεως του 83% σοβαρών ή μέτριων νεογνικών εγκεφαλοπαθειών όταν είχε προτιμηθεί η επιλεκτική καισαρική τομή. Ενώ, ο ορισμός της καισαρικής τομής ως τον βέλτιστο τρόπο για την αποφυγή 2 στους 1.000 ενδομήτριους θανάτους δεν μπορεί να προβλεφθεί.³⁴

Για την μητέρα, μία καισαρική τομή την προστατεύει από την ακατάσχετη αιμορραγία, την τοξαιμία³⁵ (ένα νόσημα του μεταβολισμού που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τις επιπλοκές συνυπαρχουσών ιατρικών ασθενειών και την δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους, εντός του οποίου συμπεριλαμβάνεται η

³¹ Εναλλακτικός τρόπος αναφοράς του περάσματος που σχηματίζει η μήτρα, ο κόλπος και το αιδοίο και από το οποίο διέρχεται το έμβρυο. Merriam – Webster, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/birth%20canal>. (πρόσβαση: 03/04/2022).

³² Gianluca Straface, Alessia Selmin et.al “Herpes Simplex Virus Infection in Pregnancy”, *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, Vol. 2012, 2012, σελ. 4. [10.1155/2012/385697](https://doi.org/10.1155/2012/385697), (πρόσβαση: 03/04/2022).

³³ Elizabeth L. Shearer, “Cesarean Section: Medical Benefits and Costs”, *Social Science and Medicine* 37, No.10, 1993, σελ. 1223 – 1224. [10.1016/0277-9536\(93\)90334-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90334-z), (πρόσβαση: 03/04/2022).

³⁴ Gary D. V. Hankins, Shannon M. Clark, and Mary B. Munn, “Cesarean Section on Request at 39 Weeks: Impact on Shoulder Dystocia, Fetal Trauma, Neonatal Encephalopathy, and Intrauterine Fetal Demise”, *Seminars in Perinatology* 30, No.5, 2006, σελ. 276 – 277. [10.1053/j.semperi.2006.07.009](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.07.009), (πρόσβαση: 03/04/2022).

³⁵ Lloyd K. Miltler, John A. Rizzo, Sarah M. Horwitz, “Physician gender and cesarean sections”, *Journal of Clinical Epidemiology* 53, 2000, σελ. 1032. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00221-3), (πρόσβαση: 03/04/2022).

πρόπτωση των πυελικών οργάνων, η ακράτεια των ούρων και των κοπράνων³⁶ Επίσης, όταν λαμβάνει την καλύτερη δυνατή μεταχείριση είναι σε θέση να περάσει λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο και να πραγματοποιήσει γρηγορότερα μία πλήρη ανάρρωση που θα της επιτρέψει να επιστρέψει συντομότερα στις δραστηριότητες της.³⁷ Υψίστης σημασίας είναι και η συμμετοχή της εγκύου στην διαδικασία όταν προτιμάται μία προγραμματισμένη καισαρική τομή, διότι νιώθει κομμάτι κάθε βήματος της και αισθάνεται μεγαλύτερη ικανοποίηση. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι μία προγραμματισμένη καισαρική τομή πάντοτε προτιμάται έναντι μιας επείγουσας.³⁸

³⁶ Divya A. Patel, Xiao Xu, et. al, "Childbirth and pelvic floor dysfunction: An epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery" Am J Obstet Gynecol 195, No.1, 2006, σελ. 2. [10.1016/j.ajog.2006.01.042](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.01.042), (πρόσβαση: 03/04/2022).

³⁷ A. Rousseau, M. Sadoun et.al, "Étude comparative sur la réhabilitation améliorée postcésarienne: quels bénéfices, quels risques? (Comparative study about enhanced recovery after cesarean section: What benefits, what risks?). Gynecol Obstet Fertil Senol 45, No. 7 – 8, 2017, σελ. 387. [10.1016/j.gofs.2017.06.018](https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.06.018), (πρόσβαση: 03/04/2022).

³⁸ Howard Minkoff and Frank A. Chervenak, "Elective Primary Cesarean Delivery", The New England Journal of Medicine 348, No.10, 2003, σελ. 946 – 947. https://www.kofinasperinatal.org/wp-content/uploads/2015/03/elective_cs.pdf, (πρόσβαση: 03/04/2022).

2.4 Μειονεκτήματα Καισαρικής τομής για τη μητέρα και το νεογνό

Από το 1988 έως το 1990, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική καισαρική τομή, είχαν 8 φορές παραπάνω πιθανότητες να πεθάνουν σε σχέση με όσες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Μεταξύ 1994 και 1996, έπεσαν στις 3 φορές παραπάνω για να καταλήξουν στις 2 φορές κατά το διάστημα 1994 – 1996.³⁹ Καθίσταται σαφές λοιπόν, πως παρόλη την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στις αναπτυγμένες χώρες, στον τομέα της χειρουργικής διαδικασίας, η συγκριτικά υψηλότερη θνησιμότητα της καισαρικής τομής αποτελεί το σημαντικότερο μειονέκτημα της. Αυτή τη φορά, η μητέρα κατέχει την κεντρική θέση του κεφαλαίου, διότι υφίσταται και τις περισσότερες βραχυπρόθεσμες συνέπειες. Αιμορραγία, λοιμώξεις και σπλαχνικές βλάβες έχουν 2.5% - 20% παραπάνω πιθανότητες να εμφανιστούν, με την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών απλώς να μειώνει το παραπάνω ποσοστό αλλά όχι να το εξαφανίζει⁴⁰. Επιπλέον, η επαναληπτική νοσηλεία εντοπίζεται συχνότερα σε γυναίκες που προηγουμένως είχε πραγματοποιηθεί μία καισαρική τομή.⁴¹

Αυξημένες όμως, σε μία μελλοντική εγκυμοσύνη είναι και οι πιθανότητες εμφάνισης ρήξεως της μήτρας, προδρομικού πλακούντα, δηλαδή όταν ο πλακούντας καλύπτει ολόκληρο ή μέρος του τραχήλου της μήτρας και προσκόλλησης του πλακούντα στο μυομήτριο, κατά την οποία εντοπίζεται ανώμαλη προσκόλληση στο τοίχωμα της μήτρας. Φυσικά, δεν εκλείπουν και οι πιθανότητες παρουσίας αποκόλλησης του πλακούντα (πρώρος αποχωρισμός του πλακούντα) και της έκτοπης κύησης.⁴² Σύμφωνα με μία αναφορά, σχετικά με τους μητρικούς θανάτους στην Ολλανδία 2 στους 10 θανάτους, συνδέονταν άμεσα με την πραγματοποίηση μιας καισαρικής τομής, συνέβησαν σε μία επόμενη εγκυμοσύνη και οφείλονταν σε ρήξη της μήτρας προερχόμενη από μία προυπάρχουσα εγχειρητική τομή.⁴³

Το κόστος, για την σωματική υγεία της μητέρας είναι μεγάλο, στην φρενίτιδα για την προστασία της όμως, δεν πρέπει να αμελείται η ψυχική της υγεία. Αφού η καισαρική τομή έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για την διαδικασία

³⁹CEMACH, "Why mothers die 2000 – 2002", The sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press, 2004, σελ. 290. https://elearning.rcog.org.uk/sites/default/files/Gynaecological%20emergencies/CEMACH_Why_Mothers_Die_00-02_2004.pdf, (πρόσβαση: 05/04/2022).

⁴⁰WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section. Geneva: World Health Organization; 2021, σελ. 1. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341865/9789240028012-eng.pdf>, (πρόσβαση: 05/04/2022).

⁴¹M.A Clapp, J.N Robinson & S. E. Little, "The relationship between the rising cesarean delivery and postpartum readmission rates", Journal of Perinatology 37, 2017, σελ. 355–359. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.252>, (πρόσβαση: 05/04/2022).

⁴²Oonagh E. Keag et al., "Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis", PLOS Medicine 15, No.1, 2018, σελ. 2,4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>, (πρόσβαση: 05/04/2022).

⁴³N Schuitemaker, J van Roosmalen et.al., "Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands". Acta Obstet Gynecol Scand 76, 1997 σελ.333. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.1997.tb07987.x>, (πρόσβαση: 06/04/2022).

του τοκετού και μπορεί να φτάσει μέχρι την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.⁴⁴ Έτσι, ενώ μία γυναίκα μπορεί σωματικά να είναι σε θέση να τεκνοποιήσει ξανά χωρίς να διατρέχει κανέναν απολύτως κίνδυνο, η ψυχολογικά βεβαρημένη εμπειρία της μπορεί να αποτελέσει τον κύριο ανασταλτικό παράγοντα.

Ως προς τα νεογνά, η επείγουσα καισαρική τομή έχει συνδεθεί με τα περισσότερα προβλήματα, αλλά και η προγραμματισμένη δεν υστερεί αυτών. Τα έξοδα που αφορούν αποκλειστικά τα νεογνά είναι αυξημένα, αφού σε πολλές περιπτώσεις μεταφέρονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, χρειάζονται οξυγόνο και αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα και προβλήματα υπογλυκαιμίας.⁴⁵

Στις περιπτώσεις των απαιτητικών καισαρικών τομών, αν και σπανίως υφίστανται οι πιθανότητες καταγμάτων, βλαβών των περιφερειακών νεύρων, τραυματισμού του νωτιαίου μυελού και υποσκληρίδιου αιματώματος. Τα προαναφερόμενα μπορεί να οφείλονται είτε σε άμεσο τραυματισμού είτε σε δευτερογενή τραυματισμό του μωρού, όπως αυτός προκύπτει από την επιμήκυνση της διαδικασίας του τοκετού και την επακόλουθη μείωση του οξυγόνου. Η πιο κοινή και λιγότερο σοβαρή μορφή χειρουργικού τραυματισμού όμως, που υφίσταται σε ποσοστό 0,74% και 3,12%, είναι η εκδορά του δέρματος του μωρού κατά τη διάρκεια της τομής της μήτρας.⁴⁶

Μακροπρόθεσμα αυτά τα παιδιά έχουν 20% παραπάνω πιθανότητες να αποκτήσουν άσθμα, καθώς πολλά από αυτά δεν τρέφονται με μητρικό γάλα, που μέρος ερευνών του προσδίδει μία πληθώρα προστατευτικών ιδιοτήτων ενάντια σ' αυτό.⁴⁷ Επιπροσθέτως, στο ίδιο ποσοστό κινδυνεύουν με διαβήτη τύπου 1⁴⁸, αλλεργίες σε συγκεκριμένες ομάδες φαγητών⁴⁹ και 1,4 φορές περισσότερο με παχυσαρκία.⁵⁰

⁴⁴ Hui Xu, Yu Ding et.al, "Caesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis", Journal of Psychosomatic Research 97, 2017, σελ. 118. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016>, (πρόσβαση: 06/04/2022).

⁴⁵ Philip J Steer, Neena Modi, "Elective caesarean sections – risks to the infant", The Lancet 374, No.9691, 2009, σελ. 675. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61544-0), (πρόσβαση: 07/04/2022).

⁴⁶ Heather Waterfall, Rosalie M. Grivell, Jodie M. Dodd, "Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section", Cochrane Database of Systematic 1, 2016, σελ.3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004944.pub3>, (πρόσβαση: 07/04/2022).

⁴⁷ S. Thavagnanam, J. Fleming et.al "A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma." Clin Exp Allergy 38, No.4, April 2008, σελ. 629 – 632. [10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x), (πρόσβαση: 07/04/2022).

⁴⁸ C.R. Cardwell, L.C Stene et.al "Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies", Diabetologia 51. No.5, May 2008, σελ. 727. [10.1007/s00125-008-0941-z](https://doi.org/10.1007/s00125-008-0941-z), (πρόσβαση: 07/04/2022).

⁴⁹ Jennifer Koplin, Katie Allen et. al, "Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and IgE - mediated food allergy: A systematic review" Pediatr Allergy Immunol 19, 2008, 684. [10.1111/j.1399-3038.2008.00731.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2008.00731.x), (πρόσβαση: 07/04/2022).

⁵⁰ Rebecca L. Utz, "Can Prenatal Care Prevent Childhood Obesity?", Policy Perspectives, 28 April, 2008, <https://gardner.utah.edu/documents/publications/health/pp-prenatal-care-childhood-obesity.pdf>, (πρόσβαση: 07/04/2022).

Κεφάλαιο 3: Προετοιμασία της γυναίκας πριν την Καισαρική τομή

Πριν από την πραγματοποίηση μίας καισαρική τομής, είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση μίας γενικής εξέτασης αίματος. Το αίμα που χάνεται κατά τη διάρκεια αυτής είναι διπλάσιο εκείνου ενός κοιλιακού τοκετού. Το 6% των ασθενών χρειάζονται μετάγγιση αίματος και η αιμορραγία μετά το πέρας του τοκετού στερεί τη ζωή 100.000 χιλιάδων γυναικών κατέχοντας την πρωτιά στην μητρική θνησιμότητα και μη κάνοντας διακρίσεις μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η ωκυτοκίνη, η προσταγλανδίνη E1, E2, το F2 άλφα και η μεθυλεργονοβίνη επιστρατεύονται για την αντιμετώπιση της, όμως η ανίχνευση μιας υποβόσκουσας αναιμίας που θα μπορούσε να οδηγήσει τα πράγματα στο χειρότερο, κρίνεται απαραίτητη.⁵¹ Έπονται εξετάσεις για την ανίχνευση σακχαρώδους διαβήτη της εγκυμοσύνης. Πάθηση που έχει συσχετιστεί με πρόωρο τοκετό, προεκλαμψία, βρέφη με βάρος γέννησης άνω των τεσσάρων κιλών, δυστοκία των ώμων, υπερχολερυθριναιμία, αναπνευστική δυσχέρεια και μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη.⁵²

Μη παραλείπτεος είναι και ο υπερηχογραφικός έλεγχος, ο οποίος στο τρίτο τρίμηνο χρησιμεύει για την διάγνωση και την διαχείριση ζητημάτων που ο κλινικός έλεγχος υποψιαζόταν και πλέον δυσχεραίνουν την διαδικασία του τοκετού για την μητέρα και το έμβρυο. Η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, η μακροσωμία, η κακή θέση του εμβρύου και η αιμορραγία πριν τον τοκετό εμπίπτουν ακριβώς σε αυτή την κατηγορία. Αρκετά βοηθητική αποδεικνύεται, η πραγματοποίηση του υπερηχογραφήματος Doppler σε εγκυμοσύνες επιρρεπείς προς την εμφάνιση προ – εκλαμψίας και ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης του εμβρύου. Για την ανίχνευση μιας εγκυμοσύνης που υπάρχει υψηλός κίνδυνος να καταλήξει σε πρόωρο φυσιολογικό τοκετό συνίσταται η υπερηχογραφική μέτρηση του μήκους του τραχήλου της μήτρας.⁵³

Όταν παραμένουν μονάχα ώρες για την πραγματοποίηση της επέμβασης, τοποθετείται ορός για την σωστή ενυδάτωση που απαιτείται πριν την αναισθησία αλλά και για την χορήγηση φαρμάκων (αντιβίωση, μητροσυσπαστικά, και αναισθησιολογικά) απαραίτητων πριν και κατά την διάρκεια του χειρουργείου. Ακολουθεί το πλύσιμο και το ξύρισμα της περιοχής της κοιλιάς στο σημείο που θα γίνει η τομή και η τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Μέτρο που προλαμβάνει την υπερδιάταση της ουροδόχου κύστεως, εξαιτίας της επίδρασης του επιπέδου

⁵¹ Mehmet B. Sentürk et.al, “Tranexamic acid for cesarean section: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial”, *Arch Gynecol Obstet* 287, No.4, 2013, σελ.641. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2624-8>, (πρόσβαση: 07/04/2022).

⁵² R. Klara Feldman, Ryan S. Tieu and Lyn Yasumura, “Gestational Diabetes Screening the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups Compared with Carpenter – Coustan Screening”, *Obstetrics & Gynecology* 127, No.1, 2016, σελ. 10. [doi: 10.1097/AOG.0000000000001132](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001132), (πρόσβαση: 08/04/2022).

⁵³ G. Ramanathan, C. Yu et. al., “Ultrasound examination at 37 weeks’ gestation in the prediction of pregnancy outcome: the value of cervical assessment”, *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 22, No.6, 2003, σελ. 598. <https://doi.org/10.1002/uog.913>, (πρόσβαση: 08/04/2022).

αποκλεισμού από την αναισθησία στη φυσιολογική λειτουργία της κύστεως.⁵⁴ Πρότινος, βεβαίως έχει προηγηθεί ενημέρωση της μέλλουσας μητέρας σχετικά με τις υφιστάμενες επιλογές της όσο αφορά τη διάρκεια της αναισθησίας και της υπενθυμίζεται πως η στέρεα τροφή και το νερό, πρέπει να αποφεύγονται τουλάχιστον για 8 ώρες.⁵⁵

⁵⁴ J. Ghoreishi, “Indwelling urinary catheters in cesarean delivery”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 83, 2003, σελ. 267 – 268. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00144-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00144-9), (πρόσβαση: 08/04/2022).

⁵⁵ Yi Li, Danchen Su et.al, “Influence of different preoperative fasting times on women and neonates in cesarean section: a retrospective analysis”, *BMC Pregnancy Childbirth* 19, No.104, 2019, σελ. 1 – 3. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2254-2>, (πρόσβαση: 08/04/2022).

3.2 Αναισθησία και Καισαρική Τομή

Μέχρι σήμερα υφίστανται δύο κύρια είδη αναισθησίας, η γενική αναισθησία και η περιοχική αναισθησία. Η δεύτερη χωρίζεται στις υποκατηγορίες της ραχιαίας αναισθησίας, της επισκληρίδιου αναισθησίας και της συνδυαστικής νωτιαίας – επισκληρίδιου αναισθησίας. Η τελική επιλογή εξαρτάται από τις εξατομικευμένες ανάγκες της εγκύου και τα οφέλη που προσφέρει η εκάστοτε επιλογή για την μητέρα και το έμβρυο. Είθισται να επιλέγεται η περιοχική αναισθησία και ιδιαιτέρως η ραχιαία αναισθησία για εκλεκτικές, χωρίς επιπλοκές καισαρικές τομές. Η παράδοση αυτή οφείλεται στο ότι αποφεύγουν τους αεραγωγούς, υφίσταται πιο μειωμένος κίνδυνος αναρρόφησης του γαστρικού περιεχομένου και η πραγματοποίηση της είναι αρκετά εύκολη. Άρα είναι ασφαλής και αποτελεσματική, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υφίστανται επιπλοκές όπως η υπόταση, η τοξικότητα των τοπικών αναισθητικών, ραχιαίες κεφαλαλγίες και νευρική βλάβη.⁵⁶

Φυσικά, υπάρχουν περιπτώσεις που η περιφερειακή αναισθησία δεν μπορεί να εγγυηθεί έναν ασφαλή και χωρίς επιπλοκές τοκετό για μητέρα και έμβρυο ή αντενδείκνυται. Τότε, επιστρατεύεται η γενική αναισθησία που υπόσχεται την διατήρηση ενός ανοιχτού αεραγωγού, ελεγχόμενο αερισμό και λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης καρδιαγγειακής κατάρρευσης. Με την αποτυχία διασωλήνωσης και αερισμού, την αναρρόφηση του γαστρικού υγρού, την «επίγνωση της αναισθησίας, τον πόνο και την εμβρυική καταστολή, να είναι κάτι αρκετά συνηθισμένο στην γενική αναισθησία.⁵⁷

Για το κάθε είδος αναισθησίας υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες για την μείωση του κινδύνου των μειονεκτημάτων που έχουν συσχετιστεί. Όσο αφορά την περιοχική αναισθησία, για την μείωση του κινδύνου υπότασης ενδείκνυται ενδοφλέβια χορήγηση εφεδρίνης ή φαινυλεφρίνης καθώς και η προφόρτιση με υγρά (κρυσταλλοειδή ή κολοειδή διαλύματα).⁵⁸ Ενώ, η κατοχή ενός σετ τραχειοστομίας, κρίνεται απαραίτητη για τις περιπτώσεις αποτυχίας διασωλήνωσης και δυσχέρειας αερισμού της εγκύου. Αντιόξινα και φαρμακευτικά σκευάσματα όπως ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων και αναστολείς της αντλίας πρωτονίων προτείνονται όταν τίθεται ως ζητούμενο η μείωση του κινδύνου μιας πνευμονίας εξ' εισροφήσεως και η μείωση του γαστρικού περιεχομένου και των γαστρικών υγρών. Ακόμη, προτείνεται η χορήγηση αντιεμετικών, για να μειωθεί η ναυτία και η τάση προς έμετο που προκαλούνται κατά τη διάρκεια της καισαρικής.

⁵⁶ W.H. Kim, M. Hur et.al, "Comparison between general, spinal, epidural, and combined spinal-epidural anesthesia for cesarean delivery: a network meta-analysis", *International Journal of Obstetric Anesthesia* 37, 2019, σελ. 5 – 6. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2018.09.012> (πρόσβαση: 11/04/2022).

⁵⁷ Mahadi Iddrisu, Zahid Hussain Khan, "Anesthesia for cesarean delivery: general or regional anesthesia—a systematic review", *Ain-Shams Journal of Anesthesiology* 13, No.1, 2021, σελ. 1,2., <https://doi.org/10.1186/s42077-020-00121-7> (πρόσβαση: 11/4/2022).

⁵⁸ Κ. Θεοδωράκη, Π. Κούκη, «Διαχείριση υγρών στην μαιευτική αναισθησία», *Ελληνικό Περιοδικό Περιεχειρητικής Ιατρικής* 17, 2018, σελ. 19 – 21. <https://e-journal.gr/wp/wp-content/uploads/pdf/2018c/2.%20Diaxeirish%20ugrwn%20sth%20Maieutikh%20Anais8hsia.pdf>, (πρόσβαση: 11/4/2022).

Από την άλλη πλευρά, για την γενική αναισθησία και μη έχοντας προαναφερθεί απαιτείται προοξυγόνωση, πίεση του κρικοειδούς χόνδρου και ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία, προκειμένου να περιορισθεί ο κίνδυνος εισρόφησης. Τέλος, για την μείωση των πιθανοτήτων της υπότασης στην περίπτωση αυτή προτείνεται η τοποθέτηση του χειρουργικού τραπεζιού με κλίση 150 μοιρών προς τα αριστερά.⁵⁹

⁵⁹ Μαριάνθη Βαβάτση – Χατζηλεωνίδα, Ευγενία Ιωάννου, «Γενική Αναισθησία και Καισαρική Τομή», Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, σελ. 84 – 87. https://anesthesia.gr/download/TOMOS_1/tefhos_1/10.pdf.

Κεφάλαιο 4: Φροντίδα του νεογνού μετά από την καισαρική τομή

Το πρώτο 24ωρο είναι το πιο κρίσιμο για το νεογνό, διότι εντός αυτού εμφανίζεται το μεγαλύτερο μέρος των πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών. Έτσι, είναι αναγκαία η παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού που θα είναι σε θέση να παρέχει και ένα ψυχολογικά ασφαλές περιβάλλον για το νεογνό. Όταν, σε κάποιες περιπτώσεις η μητέρα εξαιτίας της ταλαιπωρίας και του πόνου δεν είναι έτοιμη να φροντίσει απευθείας το νεογνό. Ειδικότερα, αν έχει πραγματοποιηθεί γενική αναισθησία η παρουσία ενός παιδιάτρου – Νεογνολόγου θεωρείται ιδανική.⁶⁰

Τα βρέφη που γεννιούνται με καισαρική, συχνά εκτίθενται σε φάρμακα όπως η διαζεπάμη ή αναισθητικά, όπως η αλοθάνη που μπορούν να επηρεάσουν την θερμορύθμιση του νεογνού. Πρωταρχικό μέλημα λοιπόν, είναι η σταθεροποίηση της θερμοκρασίας του και η αποφυγή της υποθερμίας. Γι' αυτό το λόγο και εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου αναπνευστικής ανεπάρκειας τις πρώτες ώρες ή ημέρα της ζωής του του παρέχεται συστηματική φροντίδα σε θερμοκοιτίδα.⁶¹

Ο στόχος που έχει τεθεί από νοσοκομεία με «Φιλικές προς τα Μωρά Πρακτικές» είναι η εκκίνηση του θηλασμού εντός των 30 λεπτών από τον τοκετό, ανεξαρτήτως του τρόπου που έχει επιλεγεί. Παρόλα αυτά, αν εντός των στόχων συγκαταλέγεται και η ανάπτυξη της προ – διατροφικής συμπεριφοράς του μωρού, με την αυτόνομη εύρεση του στήθους και την προσκόλληση του σ' αυτό, η μιάμιση ώρα φαντάζει ένας πιο εφικτός στόχος. Η διαδικασία λοιπόν, για να δημιουργηθεί ένα ζεστό περιβάλλον για το νεογνό δεν πρέπει να είναι βεβιασμένη και πρέπει να προωθεί την αδιάληπτη δέρμα με δέρμα επαφή μεταξύ μητέρας και μωρού. Μ' αυτό τον τρόπο, το μωρό θα είναι σε θέση να εμπλακεί σε ένα είδος μασάζ του μαστού με τη χρήση του στόματος και του χεριού και να εξοικειωθεί με το στήθος προτού αυτό γίνει ο πάροχος τροφής του. Έτσι, μέσα από τις παραπάνω διεργασίες μπορεί να διεγερθεί ο οργανισμός της μητέρας και να υπάρξει απελευθέρωση οξυτοκίνης.⁶²

⁶⁰ Laura R. Mahlmeister, «Couplet Care After Cesarean Delivery, The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 19, No.3, July 2005, σελ. 212-214. https://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/2005/07000/Couplet_Care_After_Cesarean_Delivery_Creating_a.5.aspx, (πρόσβαση: 13/04/2022).

⁶¹ K. Christensson, C. Siles et.al. “Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants”, Acta Paediat 82, 1993, σελ 128. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1993.tb12622.x>, (πρόσβαση: 13/04/2022).

⁶² Heather J. Rowe – Murray, Jane R.W. Fisher, “Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding”, BIRTH 29, No.2, June 2002, σελ. 129. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x>, (πρόσβαση: 13/04/2022).

4.2 Φροντίδα της λεχωίδος μετά από καισαρική τομή

Η λεχώνα που έχει υποβληθεί σε μία καισαρική τομή είθισται να παραμένει στο νοσοκομείο 2 με 4 μέρες, σχεδόν διπλάσιο διάστημα από ότι αν είχε γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό. Πλέον, με την καισαρική να αποτελεί νόρμα και την παράλληλη ανάπτυξη κινήματων που υποδεικνύουν οικονομικά κίνητρα πίσω από αυτή την τάση, κάποια μαιευτήρια προβαίνουν σε εξιτήριο μετά από μόλις ένα 24ωρο. Δηλαδή, το διάστημα μέσα στο οποίο αφαιρούνται και οι γάζες.⁶³

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση συνήθως, πραγματοποιείται στην αίθουσα ανάνηψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να πραγματοποιηθεί στην αίθουσα του τοκετού, εφόσον έχουν ενημερωθεί οι αρμόδιες αρχές και τηρούνται οι κανόνες ασφαλείας.⁶⁴ Μέσα σε ένα άμεσο χρονικό διάστημα από το πέρας της επέμβασης ακολουθεί η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων των αναπνοών, της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και της θερμοκρασίας. Άμα, οι τιμές ξεπεράσουν τα επιθυμητά όρια είναι λόγος ανησυχίας και πρέπει να υπάρξει εγρήγορση του προσωπικού. Ως προς την μετεγχειρητική αναλγησία οι επιλογές κυμαίνονται μεταξύ των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, της παρακεταταμόλης, των οπιοειδών και της επισκληρίδιου αναισθησίας.⁶⁵

Έπειτα, έρχεται η αφαίρεση του καθετήρα της ουροδόχου κύστης, η παρατεταμένη παραμονή του οποίου έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση μολύνσεων. Άποψη που για μεγάλο διάστημα δεν είχε καθολική ισχύ καθώς υπήρχαν αμφιβολίες πάνω στις οποίες πολλά μαιευτήρια πατούσαν για να παρατείνουν τη διαμονή της μητέρας.⁶⁶ Το ίδιο συμβαίνει και με την εισαγωγή ελαφράς τροφής και υγρών διά του στόματος. Όσο πιο γρήγορα, από τις 6 ώρες και μετά χορηγηθούν τόσο πιο γρήγορα εκκινείται η διαδικασία της ανάρρωσης.⁶⁷

⁶³ Christianna Digenis, Amy Salter et al., “Reduced length of hospital stay after caesarean section: A systematic review examining women’s experiences and psychosocial outcomes”, *Midwifery* 91, 2020, σελ. 1,2. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102855>, (πρόσβαση: 13/4/2022).

⁶⁴ F. Fuchs, D. Benhamou, “Césarienne et post-partum. Recommendations pour la pratique Clinique”, “Post-partum management after cesarean delivery. Guidelines for clinical practice”, *Journal de Gynecologie ´ Obstetrique ´ et Biologie de la Reproduction* 44, 2015, σελ. 1112, <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.020>, (πρόσβαση: 12/04/2022).

⁶⁵ Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε), Κατευθυντήρια Οδηγία No.55, Καισαρική Τομή, Απρίλιος 2021, σελ. 7 – 8. <https://hsog.gr/wp-content/uploads/2021/04/55.pdf>, (πρόσβαση: 12/04/2022).

⁶⁶ Akmal El-Mazny, Mohamed El-Sharkawy, Amr Hassan, “A prospective randomized clinical trial comparing immediate versus delayed removal of urinary catheter following elective cesarean section” *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 181, 2014, σελ. 111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.07.034>, (πρόσβαση: 12/04/2022).

⁶⁷ Jin Guo, Shuyu Long et.al, “Early versus delayed oral feeding for patients after cesarean”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 128, 2015, σελ. 104, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.07.039>, (πρόσβαση: 12/04/2022).

Μέρος Β'

Το δεύτερο μέρος της εργασίας θα επικεντρωθεί στις πρακτικές και οικονομικές προεκτάσεις της καισαρικής τομής μέσω της συλλογής και της επεξεργασίας ποσοτικών δεδομένων του ελληνικού συστήματος υγείας και της ασφαλιστικής κάλυψης που προσφέρει ο Ε.Ο.Π.Υ. Η έρευνα εμβαθύνεται όμως, με την συγκριτική προσέγγιση του κόστους ανά ημέρα νοσηλείας στα γνωστότερα ελληνικά ιδιωτικά μαιευτήρια. Συνδυαστικά με την εξαντλητικά αναλυτική περιγραφή και κοστολόγηση των υλικών που χρησιμοποιούνται για την διαδικασία της αναισθησίας, καθώς και των υλικών απαιτήσεων του χειρουργικού χαρακτήρα της καισαρικής τομής. Το πρακτικό κομμάτι της έρευνας θα λάβει τέλος με την αποτύπωση των τάσεων των ανεπίσημων πληρωμών που επικρατούν στις δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες και παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ακρίβεια και την ποιότητα των συμπερασμάτων που είναι δυνατόν να εξαχθούν.

Κεφάλαιο 5: Ισχύουσα κατάσταση εθνικού συστήματος Υγείας.

Το ισχύον σύστημα υγείας στην Ελλάδα συνδυάζει στοιχεία από τον δημόσιο τομέα μέσω συμβάσεων και μοντέλων αποζημίωσης και από τον ιδιωτικό τομέα, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων. Κυριαρχούν τα μοντέλα Bismark και Beveridge, Η χρηματοδότηση του συστήματος λοιπόν, προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismark) και τις ιδιωτικές πληρωμές. Συγκεκριμένα, το 29,1% των συνολικών δαπανών καλύπτεται από την φορολογία (μοντέλο Beveridge), το 31,2% από ασφάλειες υγείας και το 37,6% από πληρωμές που άμεσα καλούνται να πραγματοποιήσουν οι ασθενείς. Έτσι, ο κοινωνικός χαρακτήρας του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) τίθεται καθημερινώς, υπό αμφισβήτηση και το ίδιο φαίνεται να μαστίζεται από μεγάλες αντιφάσεις μεταξύ σχεδιασμού και εφαρμογής.⁶⁸

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

Πίνακας 5.1: Δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια Ελλάδα, 2001-2010, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί ένα ακόμη κακώς κείμενο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι Γενικοί Ιατροί είναι λιγότεροι συγκριτικά με τους γιατρούς των ειδικοτήτων, οι νοσοκόμες που αντιστοιχούν ανά αριθμό ασθενών δεν επαρκούν και ο συνωστισμός της ζήτησης των ασθενών και της προσφοράς των γιατρών στα μεγάλα αστικά κέντρα παραγκωνίζει τις ανάγκες των μη αστικών και αγροτικών περιοχών. Ως αποτέλεσμα ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν υφίσταται και οι ασθενείς αναγκάζονται να προβούν στην χρήση δευτερευόντων δομών υγείας αλλά το κράτος να μην φέρει κάποια ευθύνη καθώς μέσω του Ε.Ο.Π.Υ είχε παρέχει πληθώρα θεωρητικών επιλογών στους ασφαλισμένους.⁶⁹

Έτσι, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του Ε.Σ.Υ, ενυπάρχει στο χάσμα που υφίσταται μεταξύ των αμοιβών που παρέχονται στους ασφαλισμένους, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και στο πραγματικό κόστος. Με το ισχύον σύστημα, τα ποσά αποζημίωσης των εξόδων περίθαλψης εκ μέρους της κοινωνικής ασφάλισης είναι σχεδόν συμβολικά, καθώς καλύπτουν ένα μέρος του πραγματικού κόστους νοσηλείας, τόσο στα δημόσια νοσοκομεία όσο και στις ιδιωτικές κλινικές. Αποτέλεσμα της υπάρχουσας κατάστασης είναι οι αδήριτη ανάγκη για συνεχής

⁶⁸ Nikos Polyzos, Stefanos Karakolias et.al, "The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed?", BMC Health Services Research 14, 2014, σελ. 2 -3. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/583>, (πρόσβαση:16/04/2022).

⁶⁹ Theodoula Adamakidou, Athena Kalokerinou, "New health policies on Primary Health Care in Greece", Health Science Journal 4, No.1, 2010, σελ. 16 – 19. <https://www.itmedicalteam.pl/articles/new-health-policies-on-primary-health-care-in-greece-105674.html>, (πρόσβαση: 17/04/2022).

κρατικές παρεμβάσεις προκειμένου να καλυφθούν τα χρέη των δημόσιων νοσοκομείων αλλά οι χρήστες ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας, η πλειοψηφία δηλαδή να συνεχίσουν να επιβαρύνονται.⁷⁰

Συμπερασματικά, το σύστημα υγείας αποτελείται από μία μακρά λίστα αδυναμιών που αρχίζει ως εξής: Η χώρα παράγει γύρω στους 68.000 γιατρούς, όταν χρειάζεται και μπορεί να απορροφήσει γύρω στους 27.000 με 30.000 χιλιάδες γιατρούς. Η Υπερβολική παραγωγή γιατρών, μειώνει τις επίσημες απολαβές τους, αφήνοντας τους ανικανοποίητους και έτοιμους να προστρέξουν σε ανορθόδοξους τρόπους συμπλήρωσης του εισοδήματός τους. Το σύστημα λοιπόν, αποκτά στοιχεία παραοικονομίας που πλήττουν τον ασθενή, ο οποίος με βάση τους νόμους της αγοράς θα έπρεπε να επωφελείται με υψηλές υπηρεσίες υγείας σε χαμηλές τιμές εξαιτίας της υψηλής προσφοράς και όχι να ζημιώνεται.

Δυστυχώς, πληθώρα δεν υπάρχει και στο νοσηλευτικό και το παραϊατρικό προσωπικό, αφού το μειωμένο κοινωνικό γόητρο αποτελεί ανασταλτικός παράγοντας για την επιλογή του επαγγέλματος. Έτσι, οι ασθενείς αν και μπορεί να έχουν εξασφαλίσει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της διάγνωσης, της ιατρικής παρακολούθησης και μίας πιθανής εγχείρησης θα πρέπει να συμβιβαστούν με ένα μη άρτια καταρτισμένο προσωπικό που αν και θα αποτελεί λύση της τελευταίας στιγμής δεν θα είναι καθόλου οικονομικό.⁷¹

Ανισότητες εντοπίζονται και στο κομμάτι της κατανομής των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων μεταξύ αστικών κέντρων και απομακρυσμένων περιοχών. Στην περίπτωση αυτή λοιπόν η μη προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας απευθύνεται και σε τοποθεσίες, όχι μόνο σε κοινωνικές τάξεις. Άλλες ελλείψεις εντοπίζονται στις ξενοδοχειακές υποδομές και υπηρεσίες αρκετών νοσοκομείων αλλά και στο κομμάτι του σχεδιασμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της Υγείας.

Ακόμη, το κομμάτι της διοίκησης υπολειπεται σε σημείο που να υπάρχει απίστευτος συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία. Ο αυστηρός έλεγχος δεν είναι δυνατός, καθώς δεν είναι σε θέση να πραγματοποιηθεί μέσα από έναν αξιόπιστο μηχανισμό ελέγχου, με τα αποτελέσματα του οποίου θα πρόκυπτε μία αξιοποιήσιμη αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, το σύστημα φτάνει σε σημείο να αδυνατεί να παρέχει τεχνολογική συντήρηση στα διαγνωστικά μέσα που διαθέτει και η απόκτηση τεχνολογίας αιχμής να αποκλείεται ακόμα και ως ιδέα. Την ίδια παρακμή ακολουθεί και το προσωπικό η μονιμότητα του οποίου σταματά εν τη γενέσει

⁷⁰ Panos Panagiotopoulos, Nikos Maniadaakis et.al. “An Evaluation of Diagnosis-Related Group (DRG) Implementation Focused on Cancer DRGs in Greek Public Hospitals”, *PharmaEconomics – Open* 4, 2020. σελ. 61 – 69. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41669-019-0146-z>, (πρόσβαση: 17/04/2022).

⁷¹ Gregory Roumeliotis, Stefanos Chronis, “The Greece Healthcare System”, *HealthManagement, ICU Volume 8, No.2, Summer 2008*, <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/the-greece-healthcare-system>, (πρόσβαση: 16/04/2022).

οποιαδήποτε πιθανότητα επιμόρφωσης του, με την νωθρότητα να μεταφέρεται και στις οφειλές των ταμείων.⁷²

⁷² Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou et.al “The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece”, World Health Organization 2014, σελ. 8. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf, (πρόσβαση: 17/04/2022).

5.2 Ασφαλιστική κάλυψη μετά την σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ

Πριν την σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ το 2011, υπήρχαν περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας που κάλυπταν σχεδόν τον συνολικό ποσοστό της χώρας. Τα πιο γνωστά εξ' αυτών ήταν το Ι.Κ.Α που κάλυπτε το 50% του πληθυσμού, ο Ο.Γ.Α με το 20% του πληθυσμού, και ακολουθούσαν ο Ο.Α.Ε.Ε με το 12% και ο Ο.Π.Α.Δ με το 13% αντίστοιχα.

Η συνένωση αυτών των ταμείων έφτασε το ποσοστό της ασφαλιστικής κάλυψης υπό την αιγίδα ενός ενιαίου οργανισμού στο 95%. Στόχος ήταν η μείωση των υφιστάμενων διαφοροποιήσεων και η πρόσβαση όλων των πολιτών στο ίδιο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Αφού, οι πόροι των ταμείων διοχετεύονται προς μία κοινή κατεύθυνση και η διαπραγματευτική ισχύ του οργανισμού είναι σαφώς ανεβασμένη.⁷³

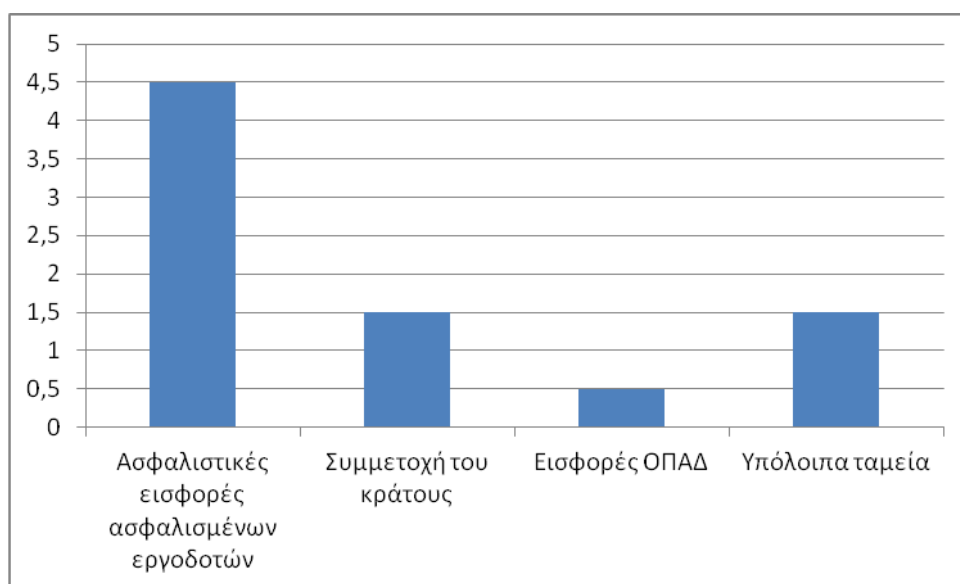
Εισροές	2012
Σύνολο Ασφαλισμένων (x 1.000)	11.351
Άμεσα	6.381
Έμμεσα	4.970
Ετήσιες Εισφορές (σε εκατ. €)	4.565
Εργοδότες	2.080
Ασφαλισμένοι	2.485
Συμμετοχή του κράτους (εκτίμηση σε εκατ. €)	1.500
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ (εκτίμηση σε εκατ. €)	500
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65% (του ΙΚΑ) εκτίμηση σε εκατ. €	>1.500
Σύνολο	>8.000

Πίνακας 5.2. Εισφορές του ΕΟΠΥΥ για το έτος 2012. Κυριόπουλος Γ. Σκρουμπέλος Α., *Η Υπέρβαση της Κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης*, Αθήνα: Εθνική Σχολή Υγείας, 2012.

Το μεγαλύτερο μέρος των εισροών του οργανισμού με βάση τις αρχικές εκτιμήσεις προέρχονταν από την ετήσια κρατική επιχορήγηση και από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Αναλυτικότερα, από τη συμμετοχή του κράτους η οποία αντιστοιχεί στο 0.6% του ΑΕΠ εισέρχονται στα ταμεία του ΕΟΠΥΥ 1,5 δις € και από τις ασφαλιστικές εισφορές, 4,5 δις €. Επιπροσθέτως, από τις νομοθετικές ρυθμίσεις

⁷³Χαράλαμπος Οικονόμου, «Το θεσμικό πλαίσιο παρόχων ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Μάρτιος 2012, σελ. 16 – 17. https://www.researchgate.net/publication/279291154_To_thesmiko_plaisio_parochon_astheneias_s_ten_Ellada_E_leitourgia_kai_o_rolos_tou_Ethnikou_Systematos_Ygeias, (πρόσβαση: 19/04/2022).

προσαρμογής των εισφορών του ΟΠΑΔ υπολογίζονται επιπλέον 500 εκατ. € και από τη εξίσωση των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων στα επίπεδα των εισφορών του ΙΚΑ (7.65%) αναμένονται επιπλέον έσοδα 1,5 δις €. Με βάση αυτόν τον σχεδιασμό ο ΕΟΠΥΥ ανέμενε έσοδα άνω των 8 δις € για το 2012.⁷⁴



Διάγραμμα 3.1 Εισροές προς τον ΕΟΠΥΥ σε δις ευρώ για το έτος 2012. Κυριόπουλος Γ. Σκρουμπέλος Α., *Η Υπέρβαση της Κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης*, Αθήνα: Εθνική Σχολή Υγείας, 2012.

Οι πρόσφατες εξελίξεις των μειώσεων της κρατικής επιχορήγησης από 0.6% σε 0.4 %, συνδυαστικά με την μη προσαρμογή των εισφορών του ΟΠΑΔ και την αδυναμία εξίσωσης των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την σημαντική υστέρηση των εσόδων που ανέρχεται στα 2,5 δις €. Έτσι, η διαπραγματευτική ισχύ του οργανισμού καταλήγει να περιορίζεται σε συμβεβλημένους γιατρούς και σε ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια. Με το συσσωρευμένο χρέος του, 3,6 δις € περίπου να εντείνεται και οι πληρωμές σε γιατρούς, φαρμακεία, κλινικές και νοσοκομεία να δυσχεραίνονται ακόμα περισσότερο. Η μονοψωνιακή δύναμη του λοιπόν έχει ένα περιορισμένο πεδίο εφαρμογής και το κόστος των μειωμένων δαπανών έχει ήδη μετακυλήσει στα νοικοκυριά που απολαμβάνουν όλο και λιγότερες παροχές υγείας.⁷⁵

Ενδεικτικά, ο ΕΟΠΥΥ εφαρμόζει ένα σύστημα περιορισμένου αριθμού συμβάσεων με ιδιώτες γιατρούς και διατηρεί τις αμοιβές τους σε χαμηλά επίπεδα. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει έλλειψη κινήτρων από την πλευρά των γιατρών που για σύναψη τέτοιου είδους συμβάσεων, η προσφορά περιορίζεται και η ανικανοποίητη ζήτηση,

⁷⁴ Δημήτριος Μπατάκης, «Σύγκριση Πολιτικών Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση», Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Πειραιάς, 2016, σελ.39, https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9860/Batakis_Dimitrios.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (πρόσβαση: 21/04/2022).

⁷⁵ Γεωργία Διονυσοπούλου, «Το ζήτημα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα», Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Πειραιάς, 2014, σελ. 41. <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/5915/Dionisopoulou.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, (πρόσβαση: 21/04/2022).

βρίσκει διέξοδο στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, αυξάνοντας κατά 28% τις εισαγωγές στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Δυστυχώς, με βάση τα προαναφερόμενα στοιχεία, ο νέος οργανισμός έχει καταλήξει να διαχειρίζεται τον προϋπολογισμό του ως ασφαλιστικός οργανισμός με την άσκηση κατάλληλων και τεκμηριωμένων πολιτικών, αλλά να ενεργεί ως «ταμειακός μηχανισμός είσπραξης εσόδων και εξόφλησης δαπανών»⁷⁶

Δαπάνη	2012
Οικογενειακός Γιατρός	0,35-0,50 δις €
Οικογενειακός παιδίατρος	0,10-0,15 δις €
Γιατροί ειδικοτήτων	1,20-1,50 δις €
Εργαστηριακές πράξεις	0,50-0,7 δις €
Φαρμακευτική περίθαλψη	2,50-3,00 δις €
Σύνολο	4,65-5,85 δις €
Υπάρχουσα υποδομή	0,60-0,70 δις
Γενικό σύνολο	5,25-6,55 δις €

Πίνακας 5.3: Δαπάνες ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012). Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας.

Σύνοψη Έσοδα	Προϋπολογισμός 2012	Εκτίμηση 2011 των φορέων οι οποίοι μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ 31.12.2011	Διαφορά
Επιχορηγήσεις	795.000.000	2.015.770.000	-60,56%
Φόροι, τέλη, δικαιώματα	-	41.850.000	-100%
Ασφαλιστικές εισφορές	4.634.650.000	5.035.859.022	-7.97%
Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα	82.300.000	330.888.878	-75,13%
Προσαυξήσεις, πρόστιμα, χρηματικές ποινές και παράβολα	29.300.000	48.992.433	-40,19%
Λοιπά έσοδα	289.550.000	19.771.000	1364,52%
Έκτακτα έσοδα	200.000	3.268/018	-93,88%
Έσοδα από δάνεια	450	150	200%
Σύνολα	5.831.150.000	7.865.549.351	-

⁷⁶ Stefanos E. Karakolias, Nikolas M. Polyzos, "The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece", Health 6, No.9, 2014, σελ. 809 – 816. [10.4236/health.2014.69103](https://doi.org/10.4236/health.2014.69103), (πρόσβαση: 21/04/2022).

Πίνακας 5.4: Προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για το 2012. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2012.

Συμπερασματικά, Ο ΕΟΠΥΥ σχεδιάστηκε με την πρόβλεψη συγχώνευσης των ασφαλιστικών οργανισμών με τη μορφή μονοψωνίου για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Τυπικά, στόχος του είναι η διεύρυνση της πρόσβασης μέσω της ελεύθερης επιλογής ιατρού, αλλά μέσα από έναν συγκεκριμένο και περιορισμένο αριθμό ιατρών. Παράλληλα, η πληρωμή των προμηθευτών βασίζεται σε ένα σχήμα συμβάσεων πάγιας αντιμισθίας τύπου ΟΑΕΕ, ανεξαρτήτως του αριθμού των επισκεπτών, της δέσμης φροντίδας και της ποιότητας των υπηρεσιών. Για άλλη μία φορά όμως, υπάρχουν αρκετές αντιφάσεις. Ο ΕΟΠΥΥ έχει καταλήξει να είναι ένας διευρυμένος Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), με οικονομικά κίνητρα τύπου ΟΑΕΕ. Ακόμα Οι «συμβάσεις τύπου ΟΑΕΕ» δεν δημιουργούν προϋποθέσεις ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών ποιοτικής και ποσοτικής βελτίωσης της προσφοράς. Έτσι, δεν υπάρχουν κίνητρα συνέχειας και ολοκλήρωσης της φροντίδας με την ενίσχυση της δικτύωσης και της ομαδικής άσκησης της κλινικής ιατρικής.⁷⁷

Άρα, τα βασικά προς επίλυση ζητήματα συνεχίζουν να παραμένουν και για την επίλυση τους κρίνεται ως αναγκαία η δημιουργία ενός σχήματος που επικεντρώνεται στην κατεύθυνση της ελεύθερης επιλογής και της κυριαρχίας του καταναλωτή. Για να συμβεί αυτό λοιπόν, προτείνεται η εμπλοκή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού προμηθευτών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις, η προαγωγή μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης με προκαθορισμένες τιμές προς αποφυγή των φαινομένων ηθικού κινδύνου και η ενθάρρυνση της ομαδικής άσκησης της κλινικής πρακτικής, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.⁷⁸

⁷⁷ Ελένη Λαγού, «Η πολιτική της Υγείας στην Ελλάδα: Το Θεσμικό Πλαίσιο της Υγείας από την Ίδρυση του Ελληνικού Κράτους έως Σήμερα», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών και Διοίκησης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ιούνιος 2018, σελ. 76, <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2778750/theFile>, (πρόσβαση: 21/04/2022).

⁷⁸ Κωνσταντίνος Αθανασάκης, Βαφειάδης Γιάννης κλπ., «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ: 4 βήματα για την μεταρρύθμιση», Οκτώβριος 2013, σελ. 20 – 43. <https://www.moh.gov.gr/articles/news/1967-protash-proedroy-eopyy-gia-th-metarhythmish-sthn-prwtobathmia-frontida-ygeias?fdl=6114>, (πρόσβαση: 21/04/2022).

Κεφάλαιο 6. Κόστος των κλινών για την καισαρική τομή στις ιδιωτικές κλινικές

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

Πίνακας 6.1 Συγκριτικός πίνακας για φυσιολογικό τοκετό με ΕΟΠΥΥ (διανυκτερεύσεις). <https://www.genna.gr/pinakes-me-kostos-toketou-se-oles-tis-klinikes/>

	ΙΑΣΩ	ΡΕΑ	ΛΗΤΩ	ΓΑΙΑ	ΜΗΤΕΡΑ
Τρίκλινο	113 ευρώ	113 ευρώ	113 ευρώ	180 ευρώ	2013 ευρώ
Δίκλινο	170 ευρώ	170 ευρώ	282 ευρώ	260 ευρώ	339 ευρώ
Μονόκλινο	452 ευρώ	565 ευρώ	508 ευρώ	560 ευρώ	565 ευρώ
LUX	565 ευρώ	791 ευρώ	1526 ευρώ	-	1695 ευρώ
Σουίτα	904 ευρώ	1074 ευρώ	Άγνωστο	1000	-

Πίνακας 6.2 Συγκριτικός πίνακας για καισαρική τομή με ΕΟΠΥΥ (διανυκτερεύσεις). <https://www.genna.gr/pinakes-me-kostos-toketou-se-oles-tis-klinikes/>

	ΙΑΣΩ	ΡΕΑ	ΛΗΤΩ	ΓΑΙΑ	ΜΗΤΕΡΑ
Τρίκλινο	1187 ευρώ	1130 ευρώ	1085 ευρώ	1240 ευρώ	1412 ευρώ
Δίκλινο	1469 ευρώ	1865 ευρώ	2283 ευρώ	2280 ευρώ	2486 ευρώ
Μονόκλινο	4294 ευρώ	4181 ευρώ	4147 ευρώ	4650 ευρώ	4011 ευρώ
LUX	5650 ευρώ	5085 ευρώ	5673 ευρώ	8200 ευρώ	7910 ευρώ
Σουίτα	9040 ευρώ	8475 ευρώ	10170 ευρώ	10000 ευρώ	113000 ευρώ

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

6.2 Κοστολόγηση όλων των ειδών αναισθησίας που χρησιμοποιούνται στην καισαρική τομή.

Φυσιολογικός τοκετός:

Fleet κλύσμα (1) *1,99

φυσιολογικός amp (7) * 0,50

RL 1000cc (2)* 1,80

D/W 5% 1000cc (1) *1,66 = **12,255 €**

► Φυσιολογικός τοκετός με επισκληρίδιο:

Fleet κλύσμα (1) *1,99

φυσιολογικός amp (7) * 0,50

xylocaine fl (1) *17,73

Naropeine 7,5 fl (2) *24,24

Fentanyl lcc fl (5) *1,52

RL 1000cc (2) * 1,80

D/W 5% 1000cc (1) *1,66 = **84,59 €**

► Καισαρική τομή με μάσκα :

Fentanyl 1cc fl (10) * 1,52

Xefo (2)*3,02

Oxytocin (4)*2,03

Cryzafen amp (1)* 13,17

RL 1000cc (2) * 1,80

Normal 0,9% 1000cc (2)* 1,72

Normal twist 500cc (2)* 1,42

Amoxil (2)*2,80 = **58,01 €**

► Καισαρική τομή με επισκληρίδιο αναισθησία:

xylocaine fl (1) *17,73

Naropeine 7,5 fl (2) *24,24

Effotef fl (1) * 5,80
Fentanyl 1cc fl (1) * 1,52
Propofol (1) 23,25
Cryzafen (1) * 13,17
Zantac (1)*3,63
Nimbex (1)*24,40
Xefo (2)* 3,02
Apotel (1) 1,59
Vomiven (1) 12,73
Oxytocin (4) * 2,03
RL 1000cc (2) * 1,80
Normal 0,9% 1000cc (2)* 1,72
Normal twist 500cc (2)* 1,42
Rocephin (2) * 10,20 = **210,42 €**

► Καισαρική το mi με γενική αναισθησία:

Aminophylline (1)*3,83
Atropine (3) 0,19
Neostigmine (2) * 21,19
Fentanyl Ice fl (10) * 1,52
Propofol (1) 23,25
Cryzafen (1) * 13,17
Priperan (1) * 1,18
Nimbex (1) *24,40
Xefo (2)* 3,02
Apotel (1) 1,59
Vomiven (1) 12,73
Oxytocin (4) * 2,03
RL 1000cc (2)* 1,80

D/W 5% 500cc (1)* 1,44,

Normal 0,9% 1000cc (2)* 1,72

Normal twist 500cc (2)* 1,42

Mefoxil (2)*5,67 = **161,44€**

Κατά την είσοδο της επιτόκου στο μαιευτήριο κρίνεται αναγκαία και μια σειρά από εργαστηριακές εξετάσεις, με σκοπό την αξιολόγηση της κατάστασης όχι μόνο της εγκυμονούσας αλλά και του εμβρύου. Τα εργαστηριακά αποτελέσματα θα κρίνουν κατά πόσο η επίτοκος μπορεί να γεννήσει φυσιολογικά, χωρίς φαρμακευτικές ή άλλου είδους παρεμβάσεις. Η συνήθης σειρά εξετάσεων στην οποία επιβάλλεται η επίτοκος φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Σαφές είναι πως ανάλογα με τα εργαστηριακά αποτελέσματα ή κάποιο ιδιαίτερο ιστορικό της επιτόκου, π.χ. διαβητικής κύησης, μπορεί να προστεθούν και κάποιες πιο ειδικές εξετάσεις.⁷⁹

A	Περιγραφή εξέτασης	Ποσότητα	Τιμή σε €
1	Ομάδα αίματος	1	9,84
2	Rhesus αίματος	1	9,84
3	Ηλεκτροκαρδιοτοκογράφημα	1	20,50
4	Καρδιολογική εξέταση	1	21,32
5	Αυστραλιανό αντιγόνο Hbs Ag	1	18,86
6	Αντισώματα HIV	1	26,24
7	Ηπατίτιδα C	1	31,16
8	Κάλιο	1	10,66
9	Νάτριο	1	13,94
10	Ουρία	1	9,84
11	Γενική Αίματος	1	12,30
12	Γενική Ούρων	1	9,84
13	Ψευδοχολινεστάραση	1	13,94

⁷⁹ Αντιγόνη Γιανέλλου, «Φυσιολογικός Τοκετός – Καισαρική Τομή - Κοστολόγηση στα Μαιευτήρια Λητώ – Μητέρα.», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Μονάδων και Πρόνοιας, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Καλαμάτα 2013, σελ.39 – 41. <https://urlshortner.org/aeUpy>, (πρόσβαση: 22/4/2022).

14	Ινωδογόνο	1	10,66
15	Χρόνος Προθρομβίνης	1	12,30
16	Θρομβοφάξ	1	12,30
17	Διασταύρωση αίματος 1 ^η	1	24,60
18	Διασταύρωση αίματος 2 ^η	1	12,30
Σύνολο		280,44	

Πίνακας 6.3 Πίνακας κοστολόγησης εξετάσεων που προηγούνται ελάχιστο χρονικό διάστημα πριν από την πραγματοποίηση μιας Καισαρικής Τομής. Αντιγόνη Γιανέλλου, «Φυσιολογικός Τοκετός – Καισαρική Τομή - Κοστολόγηση στα Μαιευτήρια Λητώ – Μητέρα.», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Μονάδων και Πρόνοιας, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Καλαμάτα 2013, σελ.42. <https://urlshortner.org/aeUpy>, (πρόσβαση: 22/4/2022).

Κεφάλαιο 7: Κόστος των αναγκαίων για την πραγματοποίηση μιας καισαρικής τομής μηχανημάτων

Τα κόστη σύμφωνα με τα γενικά βιομηχανικά έξοδα είναι τα εξής:

- βαμβάκι ρολό 1 κιλού : 0,80
- γάζες : 1,20
- τριών οδών : 0,40
- σετ επισκληριδίου : 9,80€
- ράμματα : 1,10€
- λαρυγγική μάσκα : 2,30 €
- Σύνολο υλικών : 15,6 € ΔΕΗ
- ετησίως: 72000C :6572= 10,95
- ΟΤΕ ετησίως:21.000€ : 6572=3,20
- ΕΥΔΑΠ ετησίως : 9.000C : 6572=1,37

Σε κάθε καισαρική τομή με επισκληρίδιο νάρκωση ή γενική νάρκωση απαιτούνται για την διεκπεραίωσή της τα παρακάτω εργαλεία και μηχανήματα. Αναφέρεται αναλυτικά στον πίνακα η ποσότητα εργαλείων και μηχανημάτων που χρησιμοποιείται για κάθε καισαρική τομή που πραγματοποιείται.⁸⁰

A	Περιγραφή Εργαλείων-Μηχανημάτων	Ποσότητα	Ημερ. Αγοράς	Τιμή Αγοράς €
1	Θυροδότες	9	Νοέμβριος 2007	269,73
2	Λαβίδα Μαχαιριδίου	1	Νοέμβριος 2007	5,72
3	Βελονοκατόχα	2	Νοέμβριος 2007	256,96
4	Ανατομική λαβίδα ισχυρή 18CM	1	Σεπτέμβριος 2007	10,7
5	Ανατομική λαβίδα ισχυρή 20CM	1	Σεπτέμβριος 2007	10,7
6	Χειρουργική λαβίδα ισχυρή 18CM	1	Απρίλιος 2007	12,27

⁸⁰ Αντιγόνη Γιανέλλου, «Φυσιολογικός Τοκετός – Καισαρική Τομή - Κοστολόγηση στα Μαιευτήρια Λητώ – Μητέρα.», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Μονάδων και Πρόνοιας, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Καλαμάτα 2013, σελ.43 - 44. <https://urlshortner.org/aeUpy>, (πρόσβαση: 22/4/2022).

7	Χειρουργική λαβίδα ισχυρή 20CM	1	Απρίλιος 2007	13,27
8	Κόχερ Ευθεία 18CM	2	Απρίλιος 2007	138
9	Κόχερ Ευθεία 22CM	5	Απρίλιος 2007	806,25
10	Πέαν Ευθεία 16CM	6	Φεβρουάριος 2006	1001,16
11	Ντουαγιέν	1	Μάιος 2006	117,97
12	Λαβίδες ρούχων	5	Απρίλιος 2007	560,75
13	Ψαλίδια Μετσεμπάουν 20CM	2	Απρίλιος 2007	117,28
14	Ψαλίδι ραμμάτων κυρτό	1	Απρίλιος 2007	23,15
15	Ψαλίδι κοπής ραμμάτων	1	Απρίλιος 2007	49,48
16	Βάλβα μαιευτική	2	Απρίλιος 2007	129,0
17	Βάλβα κυρτή	1	Απρίλιος 2007	31,04
Σύνολο				3553,43 €

Πίνακας 7.1 Κοστολόγηση εργαλείων καισαρικής τομής. Τμήμα Νοσηλευτικής Διεύθυνσης. Αντιγόνη Γιανέλλου, «Φυσιολογικός Τοκετός – Καισαρική Τομή - Κοστολόγηση στα Μαιευτήρια Λητώ – Μητέρα.», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Μονάδων και Πρόνοιας, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Καλαμάτα 2013, σελ.44. <https://urlshortner.org/aeUpy>, (πρόσβαση: 22/4/2022).

7.2 Οι ανεπίσημες πληρωμές στις δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες

Το ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Η δημόσια δαπάνη, ανέρχεται σε ποσοστό 66% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2010. Κατά 35% χρηματοδοτείται από τη γενική κυβέρνηση και κατά 65% από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Τα φορολογικά έσοδα προέρχονται τόσο από την άμεση φορολογία εισοδήματος όσο και από τους έμμεσους φόρους για αγαθά και υπηρεσίες. Οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία, καθιστώντας το ελληνικό σύστημα υγείας ένα από τα πιο «ιδιωτικοποιημένα» μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.⁸¹

Σύμφωνα με τα στοιχεία, το υψηλό επίπεδο των ανεπίσημων πληρωμών για την υγειονομική περίθαλψη συνεπάγεται σημαντική οικονομική επιβάρυνση για τους Έλληνες πολίτες. Σύμφωνα με τους Balabanova και McKee, ως «άτυπες πληρωμές ορίζονται η νομισματική ή κάθε είδους συναλλαγή μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας που προκαλούνται από ανεπάρκειες του συστήματος υγείας». Ο πιο κοινός τύπος της άτυπης πληρωμής είναι οι περιπτώσεις όπου οι πάροχοι υγείας εκμεταλλεύονται την ισχύ τους στην αγορά, προκειμένου να συλλέξουν την πληρωμή τους από τους ασθενείς και ένας από τους πιο κοινούς τρόπους για να το κάνουν αυτό είναι η καθυστέρηση στην θεραπείας μέχρι την πληρωμή τους.

Με βάση τα δεδομένα μιας ελληνικής μελέτης που δημοσιεύθηκε το 2008 το 36% των ασθενών που νοσηλεύονταν ανέφεραν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή σε ιατρό. Οι πληρωμές αυτές, που αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 20% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών των νοικοκυριών, δεν είναι ένα πολιτιστικό χαρακτηριστικό ή μια συνειδητή επιλογή πολυτέλειας, αλλά μια αναγκαστική κοινωνική συμπεριφορά που απαιτείται για όσους αναζητούν εύκολη πρόσβαση σε ποιοτική θεραπεία.⁸²

Ένα κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα στις δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, είναι οι πληρωμές χωρίς διαφάνεια και η επιλογή της μεθόδου τοκετού (καισαρική τομή ή φυσιολογικός τοκετός) από τους μαιευτήρες-γυναικολόγους.

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

Η πιο συχνή αιτία για την ανεπίσημη πληρωμή ήταν η απαίτηση του ίδιου του ίδιου του μαιευτήρα, σε ποσοστό 56.3%, όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί. Στο φυσιολογικό τοκετό, οι πληρωμές των γιατρών ήταν κατά μέσο όρο 878€ ενώ αντίστοιχα στην καισαρική τομή 983€. Η μέση συνολική ιδιωτική πληρωμή ήταν

⁸¹ Δημήτριος Ανεστίδης, «Αξιολόγηση συστημάτων Υγείας και κατασκευή Βάσης Δεδομένων δεικτών απόδοσης του ΓΝ Λαμίας», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στην Βιοιατρική, Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας, Λαμία Οκτώβριος 2011, σελ. 34. <https://core.ac.uk/download/pdf/132817676.pdf>, (πρόσβαση: 22/04/2022).

⁸² Ζωή Μπιτσώρη, Δήμητρα Μπαλάσκα, Αθανασία Κωνσταντινοπούλου, Ανταγωνιστική Αγορά και Υπηρεσίες Υγείας, Perioperative Nursing 6. No.3. σελ. 174 – 178. DOI: [10.5281/zenodo.1165429](https://doi.org/10.5281/zenodo.1165429) (πρόσβαση: 22/04/2022).

1549€. Περιελάμβανε μια μέση άτυπη πληρωμή που υπολογίζεται σε 848€ και η επίσημη πληρωμή σε 710€.

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

Ανεπίσημες πληρωμές σε γιατρούς	Ποσοστό (%)
Ναι	119 (74,4 %)
Όχι	34 (21.2)
Ανεπίσημες πληρωμές για καισαρική τομή	
Ναι	71(78%)
Όχι	17 (18.7%)
Ανεπίσημες πληρωμές για φυσιολογικό τοκετό	
Ναι	48 (69,6%)
Όχι	18 (26.1%)
Λόγοι που οδήγησαν σε ανεπίσημη πληρωμή	
Ο γιατρός ζήτησε την πληρωμή	67 (56.3%)
Θεώρησα ότι ο γιατρός θα μου έδινε μεγαλύτερη σημασία	4 (3.4%)
Πλήρωσα μετά την ιατρική πράξη σαν έκφραση ευγνωμοσύνης	48 (40.3%)

7.2. Πίνακας Ανεπίσημες πληρωμές στη καισαρική τομή και το φυσιολογικό τοκετό. (Καιτελίδου, Τσιρώνα, Γαλάνης, Σίσκου, Mladovsky, & Κούλη, 2013).

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

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

Τόπος τοκετού

Αθήνα	989
Επαρχία	332
Εθνικότητα	
Ελληνική	1031
Μη ελληνική	385
Εργασιακή κατάσταση	
Εργαζόμενοι	1044
Μη εργαζόμενοι	534
Μορφωτικό επίπεδο	
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	488
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	867
Ανώτερη εκπαίδευση	1121
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	
<3000€	811
>3000€	1177
Τύπος τοκετού	
Καισαρική τομή	921
Φυσιολογικός τοκετός	755
Ιατρική εκτέλεση της εργασίας	
Με ευθύνη του γιατρού	261
Προσωπική επιλογή	953
Τύπος δωματίου	
Μονόκλινο	1121
Δίκλινο	897
Τρίκλινο	229

7.3 Πίνακας Σχέση μεταξύ ανεπίσημων πληρωμών σε € και δημογραφικών χαρακτηριστικών. (Καιτελίδου, Τσιρώνα, Γαλάνης, Σίσκου, Mladovsky, & Κούλη, 2013).

Συζήτηση

Όλη η βιβλιογραφία που μελετήθηκε, ανεξαρτήτως αν επικεντρώνεται στις ιστορικές και ετυμολογικές προεκτάσεις της καισαρικής τομής συμφωνεί πως η πρόοδος της διαδικασίας είναι εξαιρετικά αλματώδης και οι αλλαγές που έχει υποστεί σαρωτικές. Πλέον το διαδικαστικό κομμάτι έχει γίνει ζητούμενο και καθημερινότητα για τον ιατρικό κλάδο. Για την μέλλουσα μητέρα όμως, συνεχίζει να είναι πηγή ανησυχίας όσο αναφορά τις συνέπειες, που η ίδια και το μωρό της καλούνται να αντιμετωπίσουν μετά το πέρας της εγχείρησης. Απόλυτη όμως, ήταν και η συμφωνία των συγγραφέων ως προς την δεινή κατάσταση του ελληνικού συστήματος υγείας, της ισχνής ασφαλιστικής κάλυψης που προσφέρει και το δυσμενές του μέλλον.

Σημαντική επίσης, ήταν και η έλλειψη μεγάλων αποκλίσεων στις τιμές των απαραίτητων για την εκτέλεση της καισαρικής εργαλείων και στις βραδιές νοσηλείας. Αποδεικνύοντας πως μέχρι και οι υπηρεσίες υγείας εφαρμόζουν, τις αρχές των επιχειρήσεων. Έτσι, οι προβλέψεις που παρουσιάζουν τον τοκετό ως μία κερδοφόρα επιχείρηση με στοιχεία παραοικονομίας, επαληθεύονται. Οι ερευνητές λοιπόν, εκτός από την εξαντλητική έρευνα που τους περιμένει πρέπει να είναι προετοιμασμένοι και για την ξεκάθαρη παραδοχή μη εύρεσης δεδομένων που αποδίδουν ακριβώς το κόστος μιας καισαρικής τομής χωρίς περιθώριο λάθους. Ενώ, θα ήταν ευεργετικό η εύρεση λύσεων να είναι υποχρεωτικό κομμάτι κάθε έρευνας.

Γι' αυτό προτείνεται η κοστολόγηση της πρώτης νύχτας σε ένα αρχικό στάδιο να παραμένει ως έχει αλλά από την δεύτερη νύχτα και μετά το οφειλόμενο ποσό ανά νύχτα να επιδέχεται μείωση της τάξεως του 30%. Με αυτό τον τρόπο το οικονομικό φορτίο της οικογένειας θα μειώνεται και κλινικές και μαιευτήρες θα ξανασκέφτονται την πραγματοποίηση μιας μη απαραίτητης καισαρικής τομής ή την επιβολή μακροσκελών διαμονών. Σε ένα μελλοντικό στάδιο, αν η τακτική αυτή στεφθεί με επιτυχία θα μπορούσε να εφαρμοστεί και η τακτική μιας τιμής πλαφόν στα 600^E ανά νύχτα που η εκάστοτε κλινική έχει το δικαίωμα να αυξήσει έως 200^E και αντί για άτυπες πληρωμές ο ασθενής να μπορεί να κάνει μία επίσημη δωρεά από 100^E και άνω στην κλινική μονάδα. Με αυτό τον τρόπο, το κράτος θα είναι σε θέση να καταγράψει επίσημα τα ποσά που άλλοτε θα πήγαιναν απευθείας χωρίς κανένα έλεγχο στην τσέπη ιδιωτών και να έχει αξιώσεις. Επομένως, η παραπάνω εργασία προσφέρει στην ακαδημαϊκή κοινότητα, μία έρευνα με πλήρη αρμονία μεταξύ θεωρητικού και πρακτικού μέρους, δηλαδή να μην γίνεται εξαντλητικά περιγραφική ή ακατανόητη. Άρα, μπορεί να γίνει κατανοητή και από άτομα που δεν ανήκουν σε μία ανάλογη κοινότητα παρακινώντας τα να ξεκινήσουν ανάλογες έρευνες ή να βρουν και να εφαρμόσουν ανάλογες λύσεις.

Συμπεράσματα

Ο ακριβής υπολογισμός του κόστους της Καισαρικής τομής είναι αδύνατος. Καθώς, υπάρχουν υπερβολικά πολλοί αστάθμητοι παράγοντες που μπορεί να αλλάζουν καθημερινά, καθιστώντας μη έγκυρα τα δεδομένα οποιαδήποτε έρευνας υπόσχεται απόλυτη ακρίβεια. Οι βασικότεροι εξ ' αυτών είναι η κοστολόγηση των υπηρεσιών του μαιευτήρα που διαφοροποιείται ανάλογα την περίπτωση και είναι αδύνατο να προβλεφθεί, καθώς και οι ανεπίσημες πληρωμές που η εύρεση αξιόπιστων δεδομένων είναι εξαιρετικά δύσκολη.

Η εξαντλητική καταγραφή των υλικών απαιτήσεων της επέμβασης, κατέδειξε πως εκείνες δεν είναι υπεύθυνες για την εκτόξευση του κόστους, διότι σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να ξαναχρησιμοποιηθούν. Το σημείο που ο οικογενειακός προϋπολογισμός επιβαρύνεται απίστευτα είναι η περίοδος νοσηλείας της μητέρας και του νεογνού καθώς κάθε παραπάνω μέρα είναι πολλές χιλιάδες ευρώ. Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως αν υπάρχει κάποια προοπτική η Καισαρική τομή να μετατραπεί σε μία βαριά βιομηχανία βρίσκεται στο κομμάτι της μετέπειτα φροντίδας της μητέρας και του νεογνού και όχι στην ίδια την επέμβαση.

Επίσης, σημαντικός είναι ο ρόλος της κατάστασης του συστήματος υγείας, καθώς κάθε προσπάθεια κρατικής περικοπής μεταφέρεται στους γονείς. Οι οποίοι μέσα σε μία κατάσταση συναισθηματικής φόρτισης προσπαθούν να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα για το καινούργιο μέλος της οικογένειας και την μητέρα. Δυστυχώς, όμως όσο οι οικονομικές συνθήκες δυσχεραίνονται αυτό γίνεται ακόμα πιο δύσκολο. Τα ποσά που έχουν δοθεί μπορεί να είναι υπέρογκα, η τεχνογνωσία εξαιρετική όμως, η κακή φροντίδα νεογνού και μητέρας να προκαλέσει ψυχολογικά και σωματικά ζητήματα. Επομένως, όσο προετοιμασμένοι και να είναι οι μέλλοντες γονείς στις οικονομικές απαιτήσεις της Καισαρικής πάντα θα υπάρχουν αστάθμητοι μη υπολογισμένοι παράγοντες.

Βιβλιογραφία

Adamakidou Theodoula, Kalokerinou Athena, “New health policies on Primary Health Care in Greece”, Health Science Journal 4, No.1, 2010. <https://www.itmedicalteam.pl/articles/new-health-policies-on-primary-health-care-in-greece-105674.html>, (πρόσβαση: 17/04/2022)

Αθανασάκης Κωνσταντίνος, Βαφειάδης Γιάννης, Γαρυφάλλος Αλέξανδρος, Γιαννίρη Σοφία, Δολγέρας Απόστολος, Καλύβας Δημήτρης, Κατσιμεντέ Κυριακή, Κοντός Δημήτρης, Κυριόπουλος Γιάννης, Μοσχονάς Άγγελος, Μπραβάκος Νικόλαος, Μυλωνά Κατερίνα, Πολίτη Αναστασία, Ρηγάτος Θεοφάνης, Σκρουμπέλος Αναστάσιος, Χροναίος Κωνσταντίνος. «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ: 4 βήματα για την μεταρρύθμιση», Οκτώβριος 2013. <https://www.moh.gov.gr/articles/news/1967-protash-proedroy-eopyy-gia-th-metarrythmish-sthn-prwtobathmia-frontida-ygeias?fdl=6114>, (πρόσβαση: 21/04/2022).

Ανεστίδης Δημήτριος, «Αξιολόγηση συστημάτων Υγείας και κατασκευή Βάσης Δεδομένων δεικτών απόδοσης του ΓΝ Λαμίας», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στην Βιοιατρική, Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας, Λαμία Οκτώβριος 2011. <https://core.ac.uk/download/pdf/132817676.pdf>, (πρόσβαση: 22/04/2022).

Agrawal Rinky, Sahoo Gangadhar, “Evolution of Cesarean Section”, Journal of Medical Science and Clinical Research 7, No.4, 2019, <https://dx.doi.org/10.18535/jmscr/v7i4.35>, (πρόσβαση: 14/03/2022).

Barber L. Emma, Lundsberg Lisbet, Belanger Kathleen, Pettker M. Christian, Funai F. Edmund and Illuzzi Jessica L, “Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate”, Obstet Gynecol, 118, No.1, 2011. [10.1097/AOG.0b013e31821e5f65](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821e5f65), (πρόσβαση: 28/03/2022).

Bayrampour Hamideh, Heaman Maureen, “Advanced Maternal Age and the Risk of Cesarean Birth: A Systemic Review”, Birth Issues in Perinatal Care 37, No.3, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00409.x>, (πρόσβαση: 31/3/2022).

Boley J.P., “The history of caesarean section. 1935.” Canadian Medical Association Journal 145, No.4, 1991, [PMC1335636](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1335636/), (πρόσβαση: 12/03/2022).

Brown James, “Recent Developments in Anaesthesia for Caesarean Section”, Update in Anaesthesia 23, 2007. https://e-safe-anaesthesia.org/e_library/07/Recent_developments_in_anaesthesia_for_caesarian_section_Up.pdf, (πρόσβαση: 27/03/2022).

Γιανέλλου Αντιγόνη, «Φυσιολογικός Τοκετός – Καισαρική Τομή - Κοστολόγηση στα Μαιευτήρια Λητώ – Μητέρα.», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Μονάδων και Πρόνοιας, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Καλαμάτα 2013. <https://urlshortner.org/aeUpγ>, (πρόσβαση: 22/4/2022).

Cardwell C.R., Stene L.C, Joner G, O Cinek, Svensson J, Goldacre MJ, Parslow RC, Pozzilli P, Brigis G, Stoyanov D, Urbonaite B., Sipetić S., Schober E., Ionescu -

Tirgoviste C., Devoti G., De Beaufort C.E., Buschard K., Patterson C.C, “Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies”, *Diabetologia* 51, No.5, May 2008. [10.1007/s00125-008-0941-z](https://doi.org/10.1007/s00125-008-0941-z), (πρόσβαση: 07/04/2022).

CEMACH,” Why mothers die 2000 – 2002”, The sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press, 2004. https://elearning.rcog.org.uk/sites/default/files/Gynaecological%20emergencies/CEMACH_Why_Mothers_Die_00-02_2004.pdf, (πρόσβαση: 05/04/2022).

Christensson K., Siles C., Cabrera T., Belaustequi A., De La Fuente P, Lagercrantz H., Puyol P. and Winberg J., “Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants”, *Acta Paediatr* 82, 1993. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1993.tb12622.x>, (πρόσβαση: 13/04/2022).

Clapp M. A., Robinson J.N & Little S.E, “The relationship between the rising cesarean delivery and postpartum readmission rates”, *Journal of Perinatology* 37, 2017. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.252>, (πρόσβαση: 05/04/2022).

Clarel Antoine, Young Bruce K., "Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly" *Journal of Perinatal Medicine*, vol. 49, no. 1, 2021. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305> (πρόσβαση: 09/03/2022).

Cragin Edwin B., “Conservatism in Obstetrics”, *New York Medical Journal* 104, 1916.

Digenis Christianna, Salter Amy, Cusack Lynette, Koch Ashlee, Turnbull Deborah, “Reduced length of hospital stay after caesarean section: A systematic review examining women’s experiences and psychosocial outcomes”, *Midwifery* 91, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102855>, (πρόσβαση: 13/4/2022).

Διονυσοπούλου Γεωργία, «Το ζήτημα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα», Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Πειραιάς, 2014. <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/5915/Dionisopoulou.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, (πρόσβαση: 21/04/2022).

Earhart MD Angela D., “The Porro procedure: steps toward decreasing post – cesarean mortality”, *Primary Care Update for OB/GYNS* 10, No. 3, 2003, [https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(03\)00005-2](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(03)00005-2), (πρόσβαση: 14/03/2022).

Economou Charalampos, Kaitelidou Daphne, Kentikelenis Alexander, Sissouras Aris, Maresso Anna, “The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece”, *World Health Organization* 2014. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf, (πρόσβαση: 17/04/2022).

El-Mazny Akmal, El-Sharkawy Mohamed, Hassan Amr, “A prospective randomized clinical trial comparing immediate versus delayed removal of urinary catheter following elective cesarean section” *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 181, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.07.034>, (πρόσβαση: 12/04/2022).

Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε), Κατευθυντήρια Οδηγία No 12 Καισαρική Τομή, Μάρτιος 2014, https://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/kaisariki_tomi.pdf, (πρόσβαση: 07/03/2022).

Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε), Κατευθυντήρια Οδηγία No.55, Καισαρική Τομή, Απρίλιος 2021. <https://hsog.gr/wp-content/uploads/2021/04/55.pdf>, (πρόσβαση: 12/04/2022).

Feldman R. Klara, Tieu S. Ryan and Yasumura Lyn, “Gestational Diabetes Screening The International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups Compared With Carpenter – Coustan Screening”, *Obstetrics & Gynecology* 127, No.1, 2016. [doi: 10.1097/AOG.0000000000001132](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001132), (πρόσβαση: 08/04/2022).

Fuchs Florent, Bouyer Jean, Rozenberg Patrick and Senat Marie-Victoire, “Adverse maternal outcomes associated with fetal macrosomia: what are the risk factors beyond birthweight?”, *BMC Pregnancy and Childbirth* 13, 2013, <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/90> (πρόσβαση: 31.03.2022).

Gao Yanyun, Xue Qinqin, Chen Gang, Stone Peter, Zhao Min, Chen Qi “An analysis of the indications for cesarean section in a teaching hospital in China”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 170, 2013, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.08.009>, (πρόσβαση: 29/03/2022).

Ghoreishi J., “Indwelling urinary catheters in cesarean delivery”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 83, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00144-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00144-9), (πρόσβαση: 08/04/2022).

Guo Jin, Long Shuyu, Li Huafeng, Luo Jinfeng, Han Dongmei, He Teng, “Early versus delayed oral feeding for patients after cesarean”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 128, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.07.039>, (πρόσβαση: 12/04/2022).

Hankins D. V Gary, Clark Shannon M., and Munn Mary B., “Cesarean Section on Request at 39 Weeks: Impact on Shoulder Dystocia, Fetal Trauma, Neonatal Encephalopathy, and Intrauterine Fetal Demise”, *Seminars in Perinatology* 30, No.5, 2006. [10.1053/j.semperi.2006.07.009](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.07.009), (πρόσβαση: 03/04/2022).

Hofberg Kristina, Brockington Ian, “Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases.”, *British Journal of Psychiatry*, 176, No.1, 2000, [10.1192/bjp.176.1.83](https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83), (πρόσβαση: 30/03/2021).

Iddrisu Mahadi, Khan Hussain Zahid, “Anesthesia for cesarean delivery: general or regional anesthesia—a systematic review”, *Ain-Shams Journal of Anesthesiology* 13, No.1, 2021. <https://doi.org/10.1186/s42077-020-00121-7>, (πρόσβαση: 11/4/2022).

Karakolias E. Stefanos, Polyzos Nikolas M., “The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece”, Health 6, No.9, 2014. [10.4236/health.2014.69103](https://doi.org/10.4236/health.2014.69103), (πρόσβαση: 21/04/2022).

Keag E. Oonagh, Norman E. Jane, Stock J. Sarah, “Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis”, PLOS Medicine 15, No.1, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>, (πρόσβαση: 05/04/2022).

Kim W.H., Hur M., Park S.-K., Yoo S., Lim T., Yoon H.K., Kim J.-T., Bahk J.-H., “Comparison between general, spinal, epidural, and combined spinal-epidural anesthesia for cesarean delivery: a network meta-analysis”, International Journal of Obstetric Anesthesia 37, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2018.09.012> (πρόσβαση: 11/04/2022).

Koplin Jennifer, Allen Katie, Gurrin Lyle, Osborne Nickolas, Tang Mimi L.K., Dharmage Shyamali “Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and IgE - mediated food allergy: A systematic review” Pediatr. Allergy Immunol 19, 2008. [10.1111/j.1399-3038.2008.00731.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2008.00731.x), (πρόσβαση: 07/04/2022).

Λαγού Ελένη, «Η πολιτική της Υγείας στην Ελλάδα: Το Θεσμικό Πλαίσιο της Υγείας από την Ίδρυση του Ελληνικού Κράτους έως Σήμερα», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών και Διοίκησης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ιούνιος 2018, <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2778750/theFile>, (πρόσβαση: 21/04/2022).

Li Yi, Su Danchen, Sun Yijuan, Hu Zurong, Wei Zaomei and Jia Jie, “Influence of different preoperative fasting times on women and neonates in cesarean section: a retrospective analysis”, BMC Pregnancy Childbirth 19, No.104, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2254-2>, (πρόσβαση: 08/04/2022).

Mahlmeister R. Laura, «Couplet Care After Cesarean Delivery, The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 19, No.3, July 2005, https://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/2005/07000/Couplet_Care_After_Cesarean_Delivery_Creating_a.5.aspx, (πρόσβαση: 13/04/2022).

Merriam – Webster, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/birth%20canal>. (πρόσβαση: 03/04/2022).

Minkoff Howard and Chervenak A. Frank, “Elective Primary Cesarean Delivery”, The New England Journal of Medicine 348, No.10, 2003. https://www.kofinasperinatal.org/wp-content/uploads/2015/03/elective_cs.pdf, (πρόσβαση: 03/04/2022).

Mitlera K. Lloyd, Rizzo A. John, Horwitz M. Sarah, “Physician gender and cesarean sections”, Journal of Clinical Epidemiology 53, 2000. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00221-3), (πρόσβαση: 03/04/2022).

Δημήτριος Μπατάκης, «Σύγκριση Πολιτικών Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση», Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Πειραιάς, 2016. https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9860/Batakis_Dimitrios.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (πρόσβαση: 21/04/2022).

Mylonas Ioannis, Friese Klaus: The indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int 112, 2015, 490, [DOI: 10.3238/arztebl.2015.0489](https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489), (πρόσβαση: 28/03/2022).

NIH U.S National Library of Medicine, Cesarean Section – A Brief History, <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html>, (πρόσβαση: 11/03/2022).

Northern Devon Healthcare, “Caesarean Section Guideline V.9.0, Final March 18, NHS Trust, 2018. shorturl.at/krAHN, (πρόσβαση: 27/03/2022).

Οικονόμου Χαράλαμπος, «Το θεσμικό πλαίσιο παρόχων ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Μάρτιος 2012. https://www.researchgate.net/publication/279291154_To_thesmiko_plaisio_parochon_astheneias_sten_Ellada_E_leitourgia_kai_o_rolos_tou_Ethnikou_Systematos_Ygeias, (πρόσβαση: 19/04/2022).

Panagiotopoulos Panos, Maniadakis Nikos, Papatheodoridis George & Pektasidis Dimitris, “An Evaluation of Diagnosis-Related Group (DRG) Implementation Focused on Cancer DRGs in Greek Public Hospitals”, PharmaEconomics – Open 4, 2020. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41669-019-0146-z>, (πρόσβαση: 17/04/2022).

Pandey Shilpi, Shetty Ashalatha, Hamilton Mark, Bhattacharya Siladitya, and Maheshwari Abha, “Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis”, Human Reproduction Update 18, No.5, 2012. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms018>, (πρόσβαση: 30/03/2022).

Pandit N. Suchitra, Khan J. Rana, “Surgical techniques for performing caesarean section including CS at full dilatation”, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 27, No.2, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.12.006>, (πρόσβαση: 11/03/2022).

Parveen Rashida, Khakwani Mehnaz, Naz Anum, Bhatti Rabia, “Analysis of Cesarean Sections using Robson’s Ten Group Classification System”, Pak J Med Sci 37, No.2, Mar-Apr 2021. [10.12669/pjms.37.2.3823](https://doi.org/10.12669/pjms.37.2.3823), (πρόσβαση: 29/03/2022).

Patel A. Divya, Xu Xiao, Thomason D. Angela, Ransom B. Scott, Ivy S. Julie, and DeLancey O. L. John, “Childbirth and pelvic floor dysfunction: An epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery” Am J Obstet Gynecol 195, No.1, 2006, [10.1016/j.ajog.2006.01.042](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.01.042), (πρόσβαση: 03/04/2022).

Penn Zoe and Ghaem – Maghami Sadaf, “Indications for caesarean section”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 15, No.1, 2001. <https://doi.org/10.1053/beog.2000.0146>, (πρόσβαση: 28/03/2022).

Phaneuf Louis E., “Cesarean section: Indications and technique”, *The American Journal of Surgery* 35, No. 2, 1937, [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(37\)90124-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(37)90124-7), (πρόσβαση: 14/03/2022).

Placek J. Paul, Taffel M. Selma, “Trends in cesarean section rates for the United States”, 1970 – 78. *Public health reports* (Washington, D.C.: 1974) 95, 6, 1980. [7433601](https://doi.org/10.1093/phr/95.6.7433601), (πρόσβαση: 22/03/2022).

Polyzos Nikos, Karakolias Stefanos, Dikeos Costas, Theodorou Mamas, Kastanioti Catherine, Mama Kalomira, Polizoidis Periklis, Skamnakis Christoforos, Tsairidis Charalampos and Thireos Eleutherios, “The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed?”, *BMC Health Services Research* 14, 2014. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/583>, (πρόσβαση: 16/04/2022).

Ramanathan G., Yu C., Osei E., Nicolaides K.H., “Ultrasound examination at 37 weeks’ gestation in the prediction of pregnancy outcome: the value of cervical assessment”, *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 22, No.6, 2003. <https://doi.org/10.1002/uog.913>, (πρόσβαση: 08/04/2022).

Rosenberg R Karen., Wenda R. Trevathan., “Evolutionary perspectives on cesarean section”, *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2018. <https://doi.org/10.1093/emph/eoy006>, (πρόσβαση: 07/03/2022).

Roumeliotis Gregory, Chronis Stefanos, “The Greece Healthcare System”, *HealthManagement, ICU Volume* 8, No.2, Summer 2008, <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/the-greece-healthcare-system>, (πρόσβαση: 16/04/2022).

Rousseau A., Sadoun M., Aime I., Leguen M., Carbonnel M., Ayoubi J.M, “Étude comparative sur la réhabilitation améliorée postcésarienne: quels bénéfices, quels risques? (Comparative study about enhanced recovery after cesarean section: What benefits, what risks?). *Gynecol Obstet Fertil Senol* 45, No. 7 – 8, 2017. [10.1016/j.gofs.2017.06.018](https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.06.018), (πρόσβαση: 03/04/2022).

Rowe – Murray J. Heather, Fisher R.W. Jane,” *Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding*”, *BIRTH* 29, No.2, June 2002. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x>, (πρόσβαση: 13/04/2022).

Rucker M. Pierce, Rucker M. Edwin, “A librarian looks at cesarean section”, *Bulletin of the History of Medicine* 25, No. 2, 1951. <https://www.jstor.org/stable/44443604>, (πρόσβαση: 10/03/2022).

Schuitmaker N, van Roosmalen J, G. Dekker, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. “Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands”. *Acta Obstet Gynecol Scand* 76, 1997. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.1997.tb07987.x>, (πρόσβαση: 06/04/2022).

Sentürk B Mehmet, Cakmak Yusuf, Yildiz Gazi, Yildiz Pinar, “Tranexamic acid for cesarean section: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial”, *Arch Gynecol Obstet* 287, No.4, 2013. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2624-8>, (πρόσβαση: 07/04/2022).

Shearer L. Elizabeth, “Cesarean Section: Medical Benefits and Costs”, *Social Science and Medicine* 37, No.10, 1993. [10.1016/0277-9536\(93\)90334-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90334-z), (πρόσβαση: 03/04/2022).

Stanton K. Cynthia, Sara A. Holtz, “Levels and Trends in Cesarean Birth in the Developing World”, *Studies in Family Planning* 37, No.1, March 2006. <https://www.jstor.org/stable/20058402>, (πρόσβαση: 22/04/2022).

Steer J. Philip, Modi Neena, “Elective caesarean sections – risks to the infant”, *The Lancet* 374, No.9691, 2009. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61544-0), (πρόσβαση: 07/04/2022).

Straface Gianluca, Selmin Alessia, Zanardo Vincenzo, Santis De Marco, Ercoli Alfredo and Scambia Giovanni, “Herpes Simplex Virus Infection in Pregnancy”, *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, Vol. 2012, 2012. [10.1155/2012/385697](https://doi.org/10.1155/2012/385697), (πρόσβαση: 03/04/2022).

Sung Sharon, Mahdy Heba, “Cesarean Section”. StatPearls Internet Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [Cesarean Section - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41111111/), (πρόσβαση: 07/03/2022).

Thavagnanam S., Fleming J., Bromley Shields A., Cardwell C.R., “A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma.” *Clin Exp Allergy* 38, No.4, April 2008. [10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x), (πρόσβαση: 07/04/2022).

Τζεβελέκης Φ., Παπαδόπουλος Αθ., Τσαλίκης Τρ., Σταματόπουλος Χ.Π., «Καισαρική τομή: νεότερα δεδομένα», *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία* 20, No.2, 2008. https://www.iatrikionline.gr/ELL_M_2_2008/5.pdf (πρόσβαση: 12/03/2022).

Todman Donald, “A history of caesarean section: From ancient world to the modern era”, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47, 2007. [10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x), (πρόσβαση: 11/03/2022).

Utz L. Rebecca, “Can Prenatal Care Prevent Childhood Obesity?”, *Policy Perspectives*, 28 April, 2008, <https://gardner.utah.edu/documents/publications/health/pp-prenatal-care-childhood-obesity.pdf>, (πρόσβαση: 07/04/2022).

Visco G. Anthony, “Possible Pathways for Planned Vaginal and Planned Cesarean in Deliveries” in NIH State-of-the-Science Conference, Cesarean Delivery on Maternal Request, William H. Natcher Conference Center National Institutes of Health Bethesda, Maryland, March 27–29, 2006, <https://consensus.nih.gov/2006/cesareanabstracts.pdf>, (πρόσβαση: 27/03/2022).

Vitale. S. G., Marilli I., Cignini P., Padula F., D'Emidio L., Mangiafico L., Rapisarda A. M., Gulino F. A., Cianci S., Biondi A., & Giorlandino C.) “Comparison between modified Misgav - Ladach and Pfannenstiel-Kerr techniques for Cesarean section: review of literature” *Journal of prenatal medicine* 8, 3-4, 2014, [26265999](https://doi.org/10.1007/s12225-014-9999-9), (πρόσβαση: 22/03/2022).

Waterfall Heather, Grivell M. Rosalie, Dodd M. Jodie, “Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section”, *Cochrane Database of Systematic* 1, 2016, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004944.pub3>, (πρόσβαση: 07/04/2022).

WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section. Geneva: World Health Organization; 2021, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341865/9789240028012-eng.pdf>, (πρόσβαση: 05/04/2022).

Wolf H. Jacqueline, *Cesarean Section: An American History of Risk, Technology and Consequence*, John Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 2018.

Xu Hui, Ding Yu, Ma Yue, Xin Xueling, Zhang Dongfeng, “Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis”, *Journal of Psychosomatic Research* 97, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016>, (πρόσβαση: 06/04/2022).

Βιβλιογραφία Πινάκων – Διαγραμμάτων – Εικόνων

Γιανέλλου Αντιγόνη, «Φυσιολογικός Τοκετός – Καισαρική Τομή - Κοστολόγηση στα Μαιευτήρια Λητώ – Μητέρα.», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Μονάδων και Πρόνοιας, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Καλαμάτα 2013. <https://urlshortner.org/aeUpy>, (πρόσβαση: 22/4/2022).

Elnakib Shatha, Abdel-Tawab Nahla, Orbay Doaa and Hassanein Nevine, “Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study”, *BMC Pregnancy and Childbirth* 19, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2558-2>.

Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας.

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2012.

Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2013.

<https://www.genna.gr/pinakes-me-kostos-toketou-se-oles-tis-klinikes/>

Κυριόπουλος Γ. Σκρουμπέλος Α., *Η Υπέρβαση της Κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης*, Αθήνα: Εθνική Σχολή Υγείας, 2012.

Liu Yajun, Li Guanghui, Chen Yi, Wang Xin, Ruan Yan, Zou Liying and Zhang Weiyuan, “A descriptive analysis of the indications for caesarean section in mainland China”, *BMC Pregnancy and Childbirth* 14, 2014, <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/410>

OSS Obstetrical Surgical Skills, <https://oss-online.ca/knowledge-base/cs101-abd-entry/>

Peleg David, Burke Z Yechiel, Solt Ido and Fisher Menachem, The History of the Low Transverse Cesarean Section: The Pivotal Role of Munro Kerr, *IMAJ* Vol. 20, May 2018. <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/286/143162.pdf>

Science Photo Library [Classical Caesarean Incision, Illustration - Stock Image - C043/6056 - Science Photo Library](#)