

Επιστολή προς την Ελληνική Κυβέρνηση, το Υπουργείο Υγείας και τα Μέλη της Βουλής των Ελλήνων

Από: Καθηγητές Μαιευτικής, Μαιές/Μαιευτές, Εκπαιδευτικούς, Γυναίκες και Ερευνητές

Προς: Τα Αξιότιμα Μέλη της Βουλής των Ελλήνων, τον Αξιότιμο Υπουργό Υγείας, τους Αξιότιμους Υφυπουργούς Υγείας

Ημερομηνία: Δευτέρα 2^η Φεβρουαρίου 2026

Αξιότιμα Μέλη της Βουλής,
Αξιότιμε κύριε Υπουργέ Υγείας,
Αξιότιμη κυρία Υφυπουργέ,
Αξιότιμε κύριε Υφυπουργέ,

Σας απευθύνουμε την παρούσα επιστολή με βαθύ αίσθημα ευθύνης, όχι ως αποστασιοποιημένοι παρατηρητές, αλλά ως ακαδημαϊκοί στα τμήματα μαιευτικής, μαιές/μαιευτές, εκπαιδευτικοί, γυναίκες και ερευνητές που έχουμε αφιερώσει την επαγγελματική μας πορεία στη μητρική και νεογνική υγεία. Οι θέσεις και οι ανησυχίες μας εδράζονται στην επιστημονική τεκμηρίωση, την κλινική πράξη, την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού υγείας και σε πολυετή ερευνητική εμπειρία.

Εκφράζουμε τις σοβαρές μας ανησυχίες αναφορικά με το υπό διαμόρφωση Καθηκοντολόγιο (Κοινή Υπουργική Απόφαση), το οποίο, στη σημερινή του μορφή, φαίνεται να παραλείπει δύο θεμελιώδεις επαγγελματικές αρμοδιότητες, κρίσιμες για την ασφαλή, αποτελεσματική και νομικά συνεπή άσκηση της μαιευτικής:

- I. την αυτόνομη διενέργεια του φυσιολογικού τοκετού, και
- II. τη αυτοδύναμη συνταγογραφική αρμοδιότητα στο πλαίσιο του επαγγελματικού ρόλου της μαιάς, ιδίως για φαρμακευτικά σκευάσματα που σχετίζονται με τον τοκετό.

Οι παραλείψεις αυτές δεν αποτελούν απλές τεχνικές λεπτομέρειες. Δημιουργούν άμεση ασυνέπεια με το ισχύον ελληνικό, αλλά και διεθνή, νομοθετικό πλαίσιο και τις πρόσφατες κατευθύνσεις πολιτικής στον τομέα της μαιευτικής φροντίδας, ενέχουν κινδύνους για την ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού και αλλοιώνουν ουσιαστικά τον

επιστημονικό και επαγγελματικό ρόλο της μαιίας, σε μια χρονική συγκυρία κατά την οποία η Ελλάδα έχει νομοθετήσει την ενίσχυση κοινοτικών και μαιοκεντρικών μοντέλων φροντίδας.

Γενικά σχόλια

Η δομική αστοχία της προς υπογραφής ΚΥΑ είναι ο διαχωρισμός των μαιών και μαιευτών σε δημόσιου τομέα και ιδιωτικού τομέα. Το καθηκοντολόγιο δεν δύναται να περιορίσει τα επαγγελματικά δικαιώματα που ορίζονται από την υφιστάμενη νομοθεσία (ΠΔ 351/1989). Κατ' αυτή, το μαιευτικό επάγγελμα είναι *αυτοδύναμο* και ως εκ τούτου διέπεται από ομοιομορφία στα γενικά και θεμελιώδη επαγγελματικά δικαιώματα. Πέραν της κατηγοριοποίησης των αρμοδιοτήτων, σκοπός ενός Καθηκοντολογίου είθισται να είναι η εναρμόνιση της λειτουργίας του συνόλου των δομών της περίθαλψης .

Θα θέλαμε να σημειώσουμε ότι ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/ Μαιευτών Αθήνας (ΣΕΜΜΑ) έχει ολοκληρώσει και καταθέσει πλήρη και εξονυχιστική πρόταση για το Καθηκοντολόγιο, ενιαίο για τον κλάδο, από το οποίο η προς υπογραφή ΚΥΑ έχει δανειστεί σημαντικά μέρη.

Ειδικά σχόλια

Τα ζητήματα που προκύπτουν υποδεικνύουν ανεπαρκή μελέτη του αντικειμένου, θεσμικές ασυνέχειες και αντιφάσεις, αλλά και και λανθασμένη εκτίμηση των επιπτώσεων που η ΚΥΑ θα φέρει στον γυναικείο πληθυσμό της χώρας. Πιο συγκεκριμένα:

1. Το ισχύον ελληνικό νομικό πλαίσιο θεσμοθετεί ήδη τις εν λόγω αρμοδιότητες

A. Η αυτόνομη διενέργεια του φυσιολογικού τοκετού από μαιίες/ευτές στο ελληνικό δίκαιο

Η αυτόνομη υποστήριξη και διενέργεια του φυσιολογικού τοκετού από τις μαιίες προβλέπεται ρητά στο ελληνικό δίκαιο. Το Προεδρικό Διάταγμα 351/1989 (ΦΕΚ Α' 159), το οποίο καθορίζει το αντικείμενο άσκησης και τα επαγγελματικά δικαιώματα των μαιών/ μαιευτών, προβλέπει τη διενέργεια φυσιολογικού τοκετού σε όλες τις βαθμίδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), σε ιδιωτικά νοσοκομεία, στον τοκετό κατ' οίκον, σε καταστάσεις επείγοντος και σε περιόδους κρίσης, από τη μαιία.

Η διάταξη αυτή κατοχυρώνει τη μαιία και το μαιευτή ως επαγγελματία υγείας με αυτοτελή ευθύνη για τον φυσιολογικό τοκετό σε όλα τα πλαίσια παροχής φροντίδας. Η παράλειψη και υποβάθμιση της εν λόγω αρμοδιότητας γίνεται με δύο τρόπους στο προτεινόμενο Καθηκοντολόγιο: α) απουσία διενέργειας φυσιολογικού τοκετού από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και β) προσθήκη της “ιατρικής εποπτείας” στις Δευτεροβάθμιες και Τριτοβάθμιες Δομές. Επομένως, δημιουργείται κανονιστική ασυνέπεια μεταξύ των επαγγελματικών δικαιωμάτων σε διαφορετικές δομές και άρα και στα πρότυπα εκπαίδευσης, κατάρτισης και άσκησης του επαγγέλματος.

Ο επαγγελματικός ρόλος της μαιίας κατοχυρώνεται περαιτέρω και στο ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο, ιδίως μέσω της Οδηγίας 2005/36/ΕΚ περί αναγνώρισης επαγγελματικών προσόντων, όπως ισχύει, η οποία αναγνωρίζει τη μαιευτική ως αυτοτελές και ρυθμιζόμενο επάγγελμα με σαφώς καθορισμένες αρμοδιότητες κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία. Οποιαδήποτε εθνική μεταρρύθμιση που περιορίζει ουσιαδώς τις εν λόγω αρμοδιότητες ενέχει κινδύνους κανονιστικής απόκλισης και επιπτώσεων στην εκπαίδευση, την επαγγελματική κινητικότητα και την ισοδυναμία προσόντων.

Ο τοκετός σε Πρωτοβάθμιες Δομές Υγείας μπορεί να τελεστεί απρογραμμάτιστα και δίχως προειδοποίηση τόσο στις πρωτοτόκες ή πολυτόκες γυναίκες, στην προωρότητα, όσο και σε απομακρυσμένες περιοχές, επομένως η απουσία πιστοποιημένης μαιίας κατά τον φυσιολογικό τοκετό αποτελεί μέγιστο ζήτημα ασφάλειας για την υγεία του γυναικείου πληθυσμού.

B. Συνταγογραφική αρμοδιότητα και εναρμόνιση με το εθνικό πλαίσιο συνταγογράφησης

Η συνταγογραφική αρμοδιότητα των μαιών/ μαιευτών στο πλαίσιο του επαγγελματικού τους ρόλου προβλέπεται επίσης από το ισχύον εθνικό πλαίσιο για τη συνταγογράφηση επαγγελματιών υγείας. Ειδικότερα:

- ο Νόμος 4238/2014, ιδίως οι διατάξεις που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη συνταγογράφηση, και

- οι σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, οι οποίες εντάσσουν τη μαιευτική φροντίδα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας,

κατοχυρώνουν τη συνταγογράφηση ως μέρος των επαγγελματικών αρμοδιοτήτων των μαιών/ μαιευτών εντός συγκεκριμένων κλινικών πλαισίων.

Η αφαίρεση ή μη ρητή αναφορά της συνταγογραφικής αρμοδιότητας από το Καθηκοντολόγιο δημιουργεί κανονιστική αντίφαση και ενέχει κινδύνους για την ασφάλεια, την έγκαιρη παροχή και τη συνέχεια της μαιευτικής φροντίδας, ιδίως σε περιβάλλοντα όπου η άμεση πρόσβαση σε φαρμακευτική αγωγή είναι κλινικά κρίσιμη.

Γ. Κέντρα Φυσικού Τοκετού

Η Ελλάδα έχει θεσπίσει την η εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού από μαιές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με το Άρθρο 38 του ν.4999/2022 “Δημιουργία και λειτουργία Κέντρων Φυσικού Τοκετού”, αφού τα εν λόγω Κέντρα ανήκουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Περαιτέρω, η Υπουργική Απόφαση Γ2α/οικ. 36395/2024 (ΦΕΚ Β΄ 4109/15.07.2024) θέτει το κανονιστικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Κέντρων Φυσικού Τοκετού.

Τα Κέντρα Φυσικού Τοκετού, εκ της φύσεώς τους, βασίζονται στη φυσιολογία του τοκετού, στη συνεχιζόμενη παροχή φροντίδας και στη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γυναίκας και μαιάς, με σαφώς καθορισμένες διαδικασίες παραπομπής και κλιμάκωσης. Ένα πλαίσιο προτύπων επαγγελματικής επάρκειας που δεν κατοχυρώνει ρητά την αυτοδύναμη διενέργεια του φυσιολογικού τοκετού δημιουργεί κανονιστική αντίφαση: η λειτουργία των δομών προβλέπεται από τον νόμο, ενώ οι απαιτούμενες επαγγελματικές αρμοδιότητες αποδυναμώνονται.

Δ. Κοινωνική και κατ’ οίκον μαιευτική φροντίδα («Μαίες στο σπίτι»)

Με τον Νόμο 4999/2022 προβλέπεται η ανάπτυξη υπηρεσιών κατ’ οίκον και κοινοτικής μαιευτικής φροντίδας για εγκύους, λεχιάδες και νεογνά, συμπεριλαμβανομένης της περιγεννητικής φροντίδας, της υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και του οικογενειακού προγραμματισμού.

Η ασφαλής και συνεκτική εφαρμογή των υπηρεσιών αυτών προϋποθέτει πρότυπα επαγγελματικής επάρκειας που επιτρέπουν στις μαιές να ασκούν το επάγγελμα στο πλήρες και νόμιμο φάσμα των αρμοδιοτήτων τους. Η μη ρητή κατοχύρωση βασικών δεξιοτήτων, όπως η αυτόνομη διενέργεια του φυσιολογικού τοκετού και η έγκαιρη πρόσβαση σε φαρμακευτική αγωγή, καθιστά τις σχετικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις επιχειρησιακά δυσλειτουργικές.

Οι παραλείψεις αυτές αλλοιώνουν τον επιστημονικό και επαγγελματικό ρόλο της μαιάς και θέτουν τις επίτοκες σε κίνδυνο

Η αφαίρεση ή μη ρητή αναφορά της αυτόνομης φροντίδας του φυσιολογικού τοκετού και της συνταγογραφικής αρμοδιότητας δεν συνεπάγεται απλώς ανακατανομή καθηκόντων. Επιφέρει προβλέψιμες και ουσιώδεις επιπτώσεις:

- Θολώνει η κλινική ευθύνη, με αύξηση του κατακερματισμού και της νομικής αβεβαιότητας.
- Αποδυναμώνεται η συνέχεια και η ανταπόκριση της φροντίδας, ιδίως σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση κλινική παρέμβαση.
- Η μαιευτική φροντίδα από μαιές υποβαθμίζεται στην πράξη σε εξαρτημένο ρόλο, αντί για αυτοτελές επιστημονικό επάγγελμα, παρά τη νομοθετική κατεύθυνση προς μαιοκεντρικά και κοινοτικά μοντέλα.
- Υπονομεύονται η εκπαίδευση και η βιωσιμότητα του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς η ασάφεια ή η συρρίκνωση του ρόλου λειτουργεί αποτρεπτικά για νέες και νέους επαγγελματίες.
- Τίθενται σε κίνδυνο οι γυναίκες απομακρυσμένων ορεινών περιοχών και νησιών, οι επίτοκες που γεννούν πρόωρα, οι οποίες εφόσον έχουν μόνο την επείγουσα επιλογή της Πρωτοβάθμιας Δομής, δεν μπορούν να λάβουν καμία κλινική παροχή εν τη απουσία γιατρού.

Για τις γυναίκες και τις οικογένειες, οι συνέπειες αυτές μεταφράζονται σε μειωμένες επιλογές τόπου και τρόπου τοκετού, περιορισμένη πρόσβαση σε μοντέλα συνέχειας φροντίδας, καθυστερήσεις σε κρίσιμες χρονικές στιγμές και αύξηση παρεμβάσεων που υπαγορεύονται από τη δομή του συστήματος και όχι από κλινική ανάγκη.

3. Διεθνή πρότυπα και επιστημονική τεκμηρίωση: θεμελιώδεις και όχι προαιρετικές αρμοδιότητες

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών/ Μαιευτών (ICM) (2025b; 2024b) ορίζει τη μαία ως επαγγελματία υγείας εκπαιδευμένο σύμφωνα με διεθνή πρότυπα, ικανό να ασκεί το πλήρες φάσμα της μαιευτικής πρακτικής. Οι Βασικές Επαγγελματικές Ικανότητες της ICM (2024a) κατοχυρώνουν τη μαιευτική ως αυτοτελές και υπεύθυνο επάγγελμα. Η αυτονομία των μαιών/ μαιευτών ως επιστημονικών επαγγελματιών υγείας μπορεί να διασφαλιστεί μόνο εντός ενός υποστηρικτικού θεσμικού πλαισίου που επιτρέπει την παροχή επαγγελματικής και αυτόνομης μαιευτικής φροντίδας προς όφελος των γυναικών και των ατόμων με διαφορετικές ταυτότητες φύλου (ICM, 2024b; 2023b; Vermeulen et al., 2023).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (2025; 2024) έχει επανειλημμένα καλέσει για την ενίσχυση μαιευτοκεντρικών μοντέλων φροντίδας, τεκμηριώνοντας βελτιωμένα αποτελέσματα, αυξημένη πιθανότητα φυσιολογικού κολπικού τοκετού και υψηλότερη ικανοποίηση των γυναικών.

Η επικαιροποιημένη ανασκόπηση Cochrane των Sandall et al. (2024) σχετικά με τα μαιοκεντρικά μοντέλα συνεχιζόμενης φροντίδας αναφέρει ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν φροντίδα βάσει των εν λόγω μοντέλων έχουν μικρότερη πιθανότητα να υποβληθούν σε καισαρική τομή ή παρεμβατικό τοκετό, μεγαλύτερη πιθανότητα αυτόματου κολπικού τοκετού και αναφέρουν θετικότερες εμπειρίες φροντίδας. Τα μοντέλα αυτά προϋποθέτουν την άσκηση της μαιευτικής (από μαιές/ευτές) στο πλήρες επαγγελματικό της εύρος, συμπεριλαμβανομένης της ηγετικής παροχής φροντίδας στον φυσιολογικό τοκετό και της διάθεσης των αναγκαίων κλινικών εργαλείων (συμπεριλαμβανομένης, όπου ενδείκνυται, της πρόσβασης σε φαρμακευτική αγωγή), ώστε να διασφαλίζεται η παροχή ασφαλούς και έγκαιρης φροντίδας (ICM, 2025c). Τα ανωτέρω υποστηρίζονται ισχυρά και αναλύονται περαιτέρω στη Διεθνή Διακήρυξη «Midwifery Accelerator» του 2025 των UNFPA/WHO/ICM.

4. Συστημικές επιπτώσεις στη μαιευτική φροντίδα, το ανθρώπινο δυναμικό και την υγεία της μητρότητας στην Ελλάδα

Η διεθνής και εγχώρια επιστημονική τεκμηρίωση καταδεικνύει ότι η μαιευτική φροντίδα στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ήδη από υψηλά επίπεδα ιατροκοποίησης του τοκετού, έντονο κατακερματισμό των μαιευτικών μοντέλων φροντίδας και εξαιρετικά αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών, τα οποία υπερβαίνουν κατά πολύ τα διεθνώς αποδεκτά όρια και τις συστάσεις διεθνών οργανισμών (Tonakanian et al, 2024; Ioannidou et al., 2022; Antoniou et al, 2021a; 2020). Σύγχρονες μελέτες αναφέρουν ότι τα ποσοστά καισαρικής τομής στη χώρα υπερβαίνουν σταθερά το 50%, συγκρατώντας την Ελλάδα στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη, με σημαντικό ποσοστό επεμβάσεων να πραγματοποιείται χωρίς σαφή ιατρική ένδειξη (Tonakanian et al, 2024; Kontorpanos et al., 2023; Ioannidou et al., 2022; Antoniou et al, 2021a; 2021b; 2020). Τέτοια πρότυπα συνδέονται στενά με την αυξημένη ιατροκοποίηση του τοκετού, τη μειωμένη δυνατότητα αυτόματου φυσιολογικού τοκετού και την αποδυνάμωση της συνέχειας της φροντίδας (Doherty et al., 2025; Sandall et al., 2024; Tonakanian et al, 2024).

Το προτεινόμενο Καθηκοντολόγιο συνδέεται άμεσα με την υπερβολική ιατροκοποίηση του τοκετού, τη συστηματική απομάκρυνση από τη φυσιολογία του τοκετού και την απουσία συνεχιζόμενης μαιοκεντρικής φροντίδας. Σε τέτοια περιβάλλοντα, ο ρόλος της μαιέας περιορίζεται συχνά σε συμβουλευτικό, υποστηρικτικό ή εκτελεστικό ρόλο, αντί για αυτόνομη επιστημονική πρακτική με ευθύνη για τη φυσιολογική κύηση και τον τοκετό.

Εντός αυτού του ήδη επιβαρυσμένου πλαισίου, η περαιτέρω αποδυνάμωση του επαγγελματικού πεδίου της μαιέας, μέσω της παράλειψης της αυτόνομης διενέργειας φυσιολογικού τοκετού και της συνταγογραφικής αρμοδιότητας, ενέχει σοβαρό κίνδυνο παγίωσης και ενίσχυσης ενός συστήματος υπερπαραεμβατικής μαιευτικής φροντίδας. Η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι τα κατακερματισμένα και έντονα ιατροκοποιημένα μοντέλα φροντίδας σχετίζονται με μειωμένη εμπιστοσύνη των γυναικών στις σωματικές τους δυνατότητες, περιορισμένη αίσθηση ελέγχου και αυτενέργειας κατά τον τοκετό, καθώς και αρνητικότερες ψυχολογικές εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένου αυξημένου φόβου, άγχους και δυσαρέσκειας από την εμπειρία της γέννησης (Doherty et al., 2025; Bohren and Bradfield, 2024; Ioannidou et al., 2022; Negrini et al., 2021; Pratilas

et al., 2019). Όταν οι μαιές εμποδίζονται να έχουν τον ηγετικό ρόλο στη φροντίδα του φυσιολογικού τοκετού, ο τοκετός είναι πιθανότερο να βιώνεται από τις γυναίκες ως μία διαδικασία που τους συμβαίνει, παρά ως μία διαδικασία που υποστηρίζεται ενεργά σύμφωνα με τις ανάγκες, τις επιλογές και τη φυσιολογία τους. Οι επιπτώσεις αυτές δεν περιορίζονται στην άμεση περιγεννητική περίοδο, αλλά εκτείνονται στη μακροπρόθεσμη ψυχολογική ευημερία, στη σχέση μητέρας–βρέφους και στη συνολική εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας (Doherty et al., 2025; Sandall et al, 2024; Doblin et al., 2023; Hague, 2022; Ioannidou et al., 2022; Betran et al., 2016; 2015).

Παράλληλα, οι εξελίξεις αυτές εγείρουν ζητήματα προστασίας θεμελιωδών ανθρωπίνων και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων. Ο περιορισμός της δυνατότητας των μαιών/ μαιευτών να υποστηρίζουν αυτόνομα τον φυσιολογικό τοκετό μειώνει ουσιαστικά τις διαθέσιμες επιλογές φροντίδας και περιορίζει στην πράξη το δικαίωμα των γυναικών να επιλέγουν τον τόπο και τον τρόπο του τοκετού τους, δικαίωμα το οποίο κατοχυρώνεται στο διεθνές (άρθρο 12 ΔΣΟΚΠΔ, Γενικό Σχόλιο αρ. 22 της Επιτροπής ΟΗΕ), ευρωπαϊκό (άρθρο 8 ΕΣΔΑ) και εθνικό νομικό πλαίσιο (άρθρα 2 παρ. 1, 5 και παρ. 1 και 5, του Συντάγματος). Η πρόσβαση σε μαιοκεντρικά μοντέλα φροντίδας, όπως τα Κέντρα Φυσικού Τοκετού και η κοινοτική μαιευτική, αλλά και εντός του νοσοκομείου, ο τοκετός κατ' οίκον, αποτελεί ουσιώδες στοιχείο της αναπαραγωγικής αυτονομίας και της ελεύθερης, ενημερωμένης επιλογής των γυναικών.

Στο ελληνικό συνταγματικό πλαίσιο, η προστασία της μητρικής και αναπαραγωγικής υγείας απορρέει από θεμελιώδεις αρχές, όπως ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου (άρθρο 2 παρ. 1), η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και η σωματική αυτονομία (άρθρο 5 παρ. 1), καθώς και το δικαίωμα στην υγεία (άρθρο 5 παρ. 5). Η ουσιαστική άσκηση των δικαιωμάτων αυτών προϋποθέτει όχι μόνο τη θεσμική πρόβλεψη επιλογών, αλλά και τη λειτουργική δυνατότητα πρόσβασης σε διαφορετικά, νόμιμα και επιστημονικά τεκμηριωμένα μοντέλα μαιοκεντρικής φροντίδας. Υπό το πρίσμα αυτό, η συρρίκνωση των επαγγελματικών αρμοδιοτήτων της μαιίας ενδέχεται να οδηγήσει σε έμμεσο περιορισμό συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων.

Οι συνέπειες δεν περιορίζονται στους χρήστες των υπηρεσιών, αλλά επεκτείνονται και στο ίδιο το μαιευτικό δυναμικό και στη μελλοντική του επάρκεια. Καθώς μειώνονται οι ευκαιρίες των μαιών/ μαιευτών να υποστηρίζουν και να διενεργούν φυσιολογικούς τοκετούς, υπονομεύεται αντίστοιχα η διατήρηση και η μεταβίβαση των βασικών μαιευτικών δεξιοτήτων (Feeley et al., 2025; Byrom et al., 2025). Το ζήτημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τη μαιευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα, όπου οι φοιτήτριες και οι φοιτητές ήδη αναφέρουν δυσκολίες στην επαρκή έκθεση σε φυσιολογικό τοκετό και τοκετό χαμηλού κινδύνου κατά τη διάρκεια των κλινικών τους ασκήσεων. Σε ένα σύστημα που κυριαρχείται από επεμβατικούς τοκετούς και τοκετούς με φαρμακολογική διαχείριση, οι εκπαιδευόμενες/οι φοιτήτριες/ές μαιευτικής αντιμετωπίζουν ολοένα και μεγαλύτερες προκλήσεις στην επίτευξη του απαιτούμενου αριθμού φυσιολογικών τοκετών για την κάλυψη των εκπαιδευτικών και κανονιστικών προτύπων.

Μακροπρόθεσμα, η κατάσταση αυτή ενέχει τον κίνδυνο διαμόρφωσης ενός μαιευτικού δυναμικού με μειωμένη αυτοπεποίθηση και περιορισμένη κλινική ικανότητα υποστήριξης του φυσιολογικού τοκετού, γεγονός που ενισχύει περαιτέρω την εξάρτηση από ιατροκοιτημένες διαδρομές φροντίδας (Byrom et al, 2025; Harrak, 2025; Feeley et al., 2025; Darling et al, 2021). Επιπλέον, μία δευτερογενής αλλά ιδιαίτερα κρίσιμη συνέπεια για το ελληνικό σύστημα υγείας αναμένεται να είναι η αύξηση της μετανάστευσης μαιών/ μαιευτών προς χώρες με υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής αυτονομίας και πιο σεβαστή μαιευτική φροντίδα, επιτείνοντας το φαινόμενο της διαρροής εγκεφάλων και αντιστρατευόμενη τις τρέχουσες κυβερνητικές προσπάθειες για την ενίσχυση του φαινομένου του Brain Re-gain.

Δημιουργείται έτσι ένας αυτοτροφοδοτούμενος φαύλος κύκλος: η μείωση των φυσιολογικών τοκετών οδηγεί σε απώλεια δεξιοτήτων και επαγγελματικής αυτονομίας, η οποία με τη σειρά της νομιμοποιεί περαιτέρω περιορισμούς στο πεδίο άσκησης της μαιευτικής και αυξημένη εξάρτηση από επεμβατικά ιατροκοιτημένα μαιευτικά μοντέλα. Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι τέτοιοι κύκλοι συνδέονται με διαχρονικά υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών, αυξημένο κατακερματισμό της φροντίδας και αυξανόμενο κόστος για το σύστημα υγείας, χωρίς αντίστοιχη βελτίωση των αποτελεσμάτων (Doherty et al., 2025;

Sandal et al., 2024; Tonakanian et al, 2024; Kontopanos et al., 2023; Ioannidou et al., 2022; Antoniou et al, 2021a; 2020).

Αντιθέτως, τα μοντέλα συνεχιζόμενης μαιοκεντρικής φροντίδας, όταν υποστηρίζονται από πλήρες και σαφές επαγγελματικό πλαίσιο, συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά παρεμβάσεων, βελτιωμένη ικανοποίηση των γυναικών και αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Συνεπώς, η παράλειψη της αυτόνομης φροντίδας του φυσιολογικού τοκετού και της συνταγογραφικής αρμοδιότητας από το Καθηκοντολόγιο των μαιών/ μαιευτών, δεν αποτελεί ουδέτερη ρυθμιστική επιλογή. Αντιθέτως, ενέχει τον κίνδυνο επιδείνωσης υπάρχουσών δομικών αδυναμιών της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα, με προβλέψιμες αρνητικές συνέπειες για τη μητρική υγεία, τα ανθρώπινα και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών, την εκπαίδευση και διατήρηση δεξιοτήτων των μαιών/ μαιευτών και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του επαγγέλματος.

5. Αιτήματα προς τα Σχετικά Υπουργεία, την Κυβέρνηση και τη Βουλή

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, και ιδίως:

- τη ρητή πρόβλεψη της αυτόνομης διενέργειας φυσιολογικού τοκετού σε όλα τα επίπεδα του ΕΣΥ,
- τη νομοθετημένη ανάπτυξη κοινοτικών και κατ' οίκον μαιευτικών υπηρεσιών, και
- τη θεσμοθέτηση Κέντρων Φυσικού Τοκετού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα,

ζητούμε με σεβασμό από το Υπουργείο Υγείας και τη Βουλή των Ελλήνων:

1. Την απόσυρση του προς υπογραφή Καθηκοντολογίου και την εκ νέου συγγραφή νέου ενιαίου Καθηκοντολογίου για όλο τον κλάδο, ώστε να κατοχυρώνεται ρητά η αρμοδιότητα της μαίας για την αυτόνομη διενέργεια του φυσιολογικού τοκετού, σύμφωνα με το Π.Δ. 351/1989 (ΦΕΚ Α' 159). Το προτεινόμενο από τον ΣΕΜΜΑ Καθηκοντολόγιο είναι πλήρες ως προς αυτή την κατεύθυνση.

2. Τη διασφάλιση ότι οι αρμοδιότητες εξασφαλίζουν τη νόμιμη συνταγογραφική αρμοδιότητα των μαιών/ μαιευτών, συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης όπου προβλέπεται.
3. Την πλήρη εναρμόνιση των προτύπων με τα πρόσφατα θεσπισμένα μοντέλα παροχής φροντίδας, ιδίως την κοινοτική μαιευτική και τα Κέντρα Φυσικού Τοκετού.
4. Τη διεξαγωγή διαφανούς και τεκμηριωμένης διαβούλευσης, να δρομολογηθεί διαδικασία ουσιαστικής, διαφανούς και τεκμηριωμένης διαβούλευσης, σε συνεργασία με μαίες και μαιευτές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, επιστημονικούς και επαγγελματικούς φορείς, επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, επαγγελματίες του ελεύθερου επαγγέλματος, νομικούς και χρήστες υπηρεσιών υγείας.

Είμαστε στη διάθεσή σας για την παροχή επιστημονικών τεκμηριώσεων και τη συμμετοχή σε δομημένο διάλογο, με στόχο τη διαμόρφωση ενός πλαισίου επαγγελματικής επάρκειας που θα είναι νομικά συνεπές, επιστημονικά τεκμηριωμένο και εναρμονισμένο με τον σύγχρονο προσανατολισμό της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα.

Με εκτίμηση,

*Ελληνοβρετανικός Σύλλογος
Μαιών/ Μαιευτών*

*Ζωή Βαρδαβάκη
Ειρήνη Βουνάτσου
Κλειώ Βούρου*

*Ελένη Κακούρη
Γεωργία Κοντοσώρου
Ζένη Κουτσή
Θεοδώρα Λουμουσιώτη*

*Ένωση Ανεξάρτητων
Μαιών/Μαιευτών Ελλάδος*

*Ειρήνη Αθηνά Αβραμίδου
Ιωάννα Βαλιώτου
Ιωάννα Βασιλάκη
Μαλαμώ Κορμπέτη
Ουρανία Κωνσταντάτου
Μιρέλλα Μάνεση
Άννα Μιχαλάκη*

Ειρήνη Πλατσά

Χριστίνα Πρίφτη

Γεωργία Σείτη

Έλενα Τριανταφύλλου

Ίρις Τσικιμή

Βιβλιογραφία

- Antoniou, E., Orovou, E., Sarella, A., Iliadou, M., Palaska, E., Sarantaki, A., Iatrakis, G., & Dagla, M. (2020). Is Primary Cesarean Section a Cause of Increasing Cesarean Section Rates in Greece? *Materia Socio-Medica*, 32(4), 287–293. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.287-293>
- Antoniou, E., Orovou, E., & Iliadou, M. (2021a). Cesarean sections in Greece. How can we stop the vicious cycle? *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 12(1), 375–377. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.12.1.0502>
- Antoniou, E., Orovou, E., Iliadou, M., Sarella, A., Palaska, E., Sarantaki, A., Iatrakis, G., & Dagla, M. (2021b). Factors Associated with the Type of Cesarean Section in Greece and Their Correlation with International Guidelines. *Acta Informatica Medica*, 29(1), 38–44. <https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.38-44>
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharaux, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*, 12(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0043-6>
- Betran, A., Torloni, M., Zhang, J., Gülmezoglu, A., & the WHO Working Group on Caesarean Section. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 667–670. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
- BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Conference: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists World Congress, RCOG 2022. London United Kingdom. 129(Supplement 1) (pp 220-221), 2022. Date of Publication: June 2022. https://www.library.sath.nhs.uk/research/2022/10/27/womens-labour-and-birth-experiences-in-greece-a-cross-sectional-study-2022/?utm_source=chatgpt.com
- Bohren, M., & Bradfield, Z. (2024). We urgently need humanised, respectful maternity care for all. *BMJ*, q1594. <https://doi.org/10.1136/bmj.q1594>

- Byrom, S., Madeley, A., & Burke, E. (2025). Addressing the Crisis in Maternity Care: The Impact on Future Midwives and the Midwifery Profession. *All4Maternity*. <https://www.all4maternity.com/addressing-the-crisis-in-maternity-care-the-impact-on-future-midwives-and-the-midwifery-profession/>
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2016). *General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* (E/C.12/GC/22). United Nations. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-recommendation-no-24-article-12-convention>
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (1999). *General recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and health)*. United Nations. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-recommendations/general-recommendation-no-24-article-12-convention>
- Council of Europe. (1950). *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (European Convention on Human Rights)*. https://www.echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf
- Darling, F., McCourt, P. C., & Cartwright, D. M. (2021). Facilitators and barriers to the implementation of a physiological approach during labour and birth: A systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, 92, 102861. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102861>
- Döblin, S., Seefeld, L., Weise, V., Kopp, M., Knappe, S., Asselmann, E., Martini, J., & Garthus-Niegel, S. (2023). The impact of mode of delivery on parent-infant bonding and the mediating role of birth experience: A comparison of mothers and fathers within the longitudinal cohort study DREAM. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05611-8>
- Doherty, T., Clow, S., Wibbelink, M., Yazbek, M., & Downe, S. (2025). Midwifery models of care in the context of increasing caesarean delivery rates. *Bulletin of the World Health Organization*, 103(6), 410–412. <https://doi.org/10.2471/BLT.24.293035>

European Commission. (n.d.). *Recognition of professional qualifications in practice: Directive 2005/36/EC*. European Single Market.

https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/services/free-movement-professionals/recognition-professional-qualifications-practice_en

European Parliament & Council. (2005). *Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications* (Text with EEA relevance) (OJ L 255/22). *Official Journal of the European Union*.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32005L0036>

Feeley, C., Daley, R., Mungeam, C., & Stacey, T. (2025). Student midwives' exposure to physiological birth practices: A cross-sectional study of 3055 births during 2020–23 in England. *Women and Birth*, 38(4), 101937.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.101937>

Hague, A. (2022). *Impact of Mode of Delivery on the Birth Experience in First-Time Mothers: A Qualitative Study* | *Journal of Labor and Childbirth*, 5(7), 118–119. DOI: 10.37532/jlcb.2022.5(7).118-119.

<https://www.openaccessjournals.com/articles/impact-of-mode-of-delivery-on-the-birth-experience-in-firsttime-mothers-a-qualitative-study.pdf>

Harrak, F. (2025). *Integrating Evidence and Practice: Implementing Physiology-Informed Maternity Care in England* | AIMS. AIMS.

<https://www.aims.org.uk/journal/item/physiological-maternity-care-essential>

Hellenic Republic. (1989). *Προεδρικό Διάταγμα 351/1989: Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων Νοσηλευτικής, Μαιευτικής, Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας και του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας* [Presidential Decree No. 351/1989: Determination of professional rights of graduates in Nursing, Midwifery, Health Visitors and Administration of Health Units] (ΦΕΚ Α' 159/14-06-1989).

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

https://www.et.gr/api/DownloadFeksApi?fek_pdf=19890100159

Hellenic Republic. (2008). *The Constitution of Greece* (as revised).

<https://www.hellenicparliament.gr/en/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/>

Hellenic Republic. (2014). *Νόμος 4238/2014: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις* (ΦΕΚ Α' 38/17.02.2014). *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.

https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10453-n-4238-prwtobathmio-ethniko-diktyo-ygeias-p-e-d-y-allagh-skopoy-e-o-p-y-y-kai-loipes-diatakseis?utm_source=chatgpt.com

Hellenic Republic. (2022). *Νόμος 4999/2022: Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας* (ΦΕΚ Α' 225/07.12.2022), άρθρο 38 Προαγωγή του μη παρεμβατικού (φυσικού) τοκετού. *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4999-2022.html>

Hellenic Republic. (2022). *Νόμος 4999/2022: Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας* (ΦΕΚ Α' 225/07.12.2022), άρθρο 39 Υπηρεσίες κατ' οίκον μαιευτικής φροντίδας – «Μαίες στο σπίτι». *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4999-2022.html>

Hellenic Republic, Ministry of Health. (2014). *Υπουργική Απόφαση αριθμ. Υ9/οικ.70521/2014: Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μέτρα ελέγχου της συνταγογράφησης και εκτέλεσης εργαστηριακών εξετάσεων* (ΦΕΚ Β' 2243/18.08.2014). *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*. https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/perithalypse/upourgike-apophase-arith-u9-oik-70521-2014.html?utm_source=chatgpt.com

https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/perithalypse/upourgike-apophase-arith-u9-oik-70521-2014.html?utm_source=chatgpt.com

ICM. (2023). *Midwifery: An Autonomous Profession*. International Confederation of Midwives. <https://internationalmidwives.org/resources/midwifery-an-autonomous-profession/>

ICM. (2024a). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. International Confederation of Midwives. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>

- ICM. (2024b). *International Definition and Scope of Practice of the Midwife*. International Confederation of Midwives.
<https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>
- ICM. (2025a). *Global Standards for Midwifery Regulation*. International Confederation of Midwives. <https://internationalmidwives.org/resources/global-standards-for-midwifery-regulation/>
- ICM. (2025b). *Definition of Midwifery*. International Confederation of Midwives.
<https://internationalmidwives.org/resources/definition-of-midwifery/>
- ICM. (2025c). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. International Confederation of Midwives. <https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/>
- Kontopanos, A., Tsakiridis, I., Dagklis, T., Boureka, E., Mamopoulos, A., & Athanasiadis, A. (2023). Cesarean section rates in each region of Greece: A retrospective analysis. *Hellenic Journal of Obstetrics and Gynecology*, 22(1), 35–44. <https://doi.org/10.33574/hjog.0522>
- Negrini, R., da Silva Ferreira, R. D., & Guimarães, D. Z. (2021). Value-based care in obstetrics: Comparison between vaginal birth and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03798-2>
- Pratilas, G. C., Sotiriadis, A., & Dinas, K. (2019). Is high use of caesarean section sometimes justified? *The Lancet*, 394(10192), 25–26.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30221-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30221-1)
- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Tonakanian, L., Petousis, S., Volteas, P., Karavida, A., Dinas, K., Theodoridis, T., Sotiriadis, A., & Athanasiadis, A. (2024). Obstetricians and midwives perspective of the alarming high cesarean section rates in Greece and

worldwide. *Heliyon*, 10(20), e39177.

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e39177>

UNFPA, WHO & ICM. (2025). *The Midwifery Accelerator: A global statement to strengthen midwifery care and midwifery education* (2nd ed.).

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20Midwifery%20Accelerator.pdf>

Vermeulen, J., Buyl, R., & Fobelets, M. (2023). Exploring and enhancing midwives' professional autonomy: Embarking on a journey of empowerment for midwives globally. *European Journal of Midwifery*, 7(October), 1–3.

<https://doi.org/10.18332/ejm/172426>

WHO. (2025). *Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>

WHO. (n.d). *Midwifery education and care*. WHO. WHO.

<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/midwifery>