

Η επιδημία των καισαρικών στην Ελλάδα

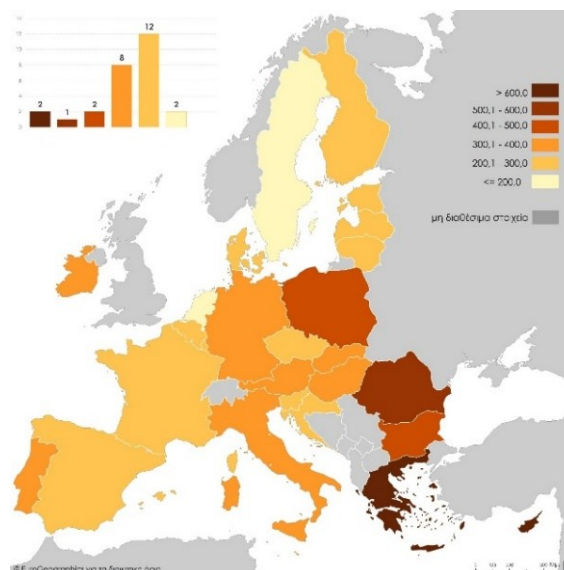
Βύρων Κοτζαμάνης*

Οι γεννήσεις με καισαρικές αυξάνονται τις τελευταίες δεκαετίες σε όλο τον κόσμο. Τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) δείχνουν ότι ο αριθμός τοκετών με καισαρική ανά 1000 γεννήσεις έχει υπερ-τριπλασιαστεί ανάμεσα στο 1990 και το 2023 (από το 6,7% στο 22%), με το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης να καταγράφεται στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας.

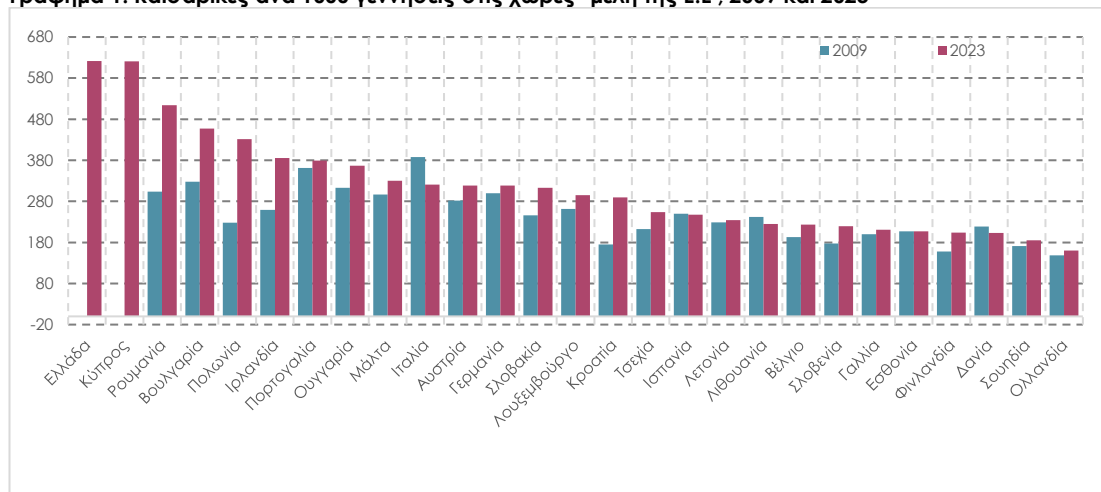
Με δεδομένο ότι, στις χώρες αυτές όπου η μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα είναι ακόμη εξαιρετικά υψηλή και η χρήση της καισαρικής οδηγεί στη μείωση τους, η τάση αυτή δεν μας εκπλήσσει. Έκπληξη αντιθέτως προκαλεί η αύξησή τους σε ανεπτυγμένες χώρες, και, ιδιαίτερα δε σε κάποιες χώρες της Ε.Ε στις οποίες η θνησιμότητα κατά τον τοκετό είναι εδώ και δεκαετίες εξαιρετικά χαμηλή. Η αύξηση αυτή εν μέρει μόνον δικαιολογείται από την αύξηση της μέσης ηλικίας στη γέννηση και των πολλαπλών γεννήσεων που προκύπτουν από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Όπως δε δεν έχει σχέση στις ανεπτυγμένες χώρες με τη βελτίωση της θνησιμότητας μητέρας και νεογνού, εκτιμάται ότι ένα μεγάλο τμήμα οι υπερβάουσες καισαρικές θωρούνται περιπτώσεις, ενέχουν κινδύνους, επιβαρύνουν σημαντικά χωρίς λόγο τα συστήματα υγείας και, ως εκ τούτου, εδώ και δυο δεκαετίες, προβληματίζουν όλο και περισσότερο τόσο τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)¹ όσο και τις διεθνείς ιατρικές ενώσεις (και, ιδιαίτερα την Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής) οι οποίες έχουν εδώ και χρόνια ενεργοποιηθεί διατυπώνοντας προτάσεις για τον περιορισμό της κατάχρησής τους.

Στο ερώτημα ειδικότερα «ποιο είναι το βέλτιστο ιατρικά ποσοστό γεννήσεων με καισαρική τομή», παρόλες τις αντιγνώμεις, η διεθνής επιστημονική κοινότητα κλείνει προς το ότι, σε ποσοστά κάτω του 10% και άνω του 20-25%, είτε υπάρχει θέμα δημοσίας υγείας (ελλιπής φροντίδα για τη μητέρα και το νεογνό), είτε αναπιολόγητη χρήση, καθώς η χρήση τους όχι μόνον δεν οδηγεί σε μείωση των ποσοστών μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας, αλλά ενέχει και κινδύνους.

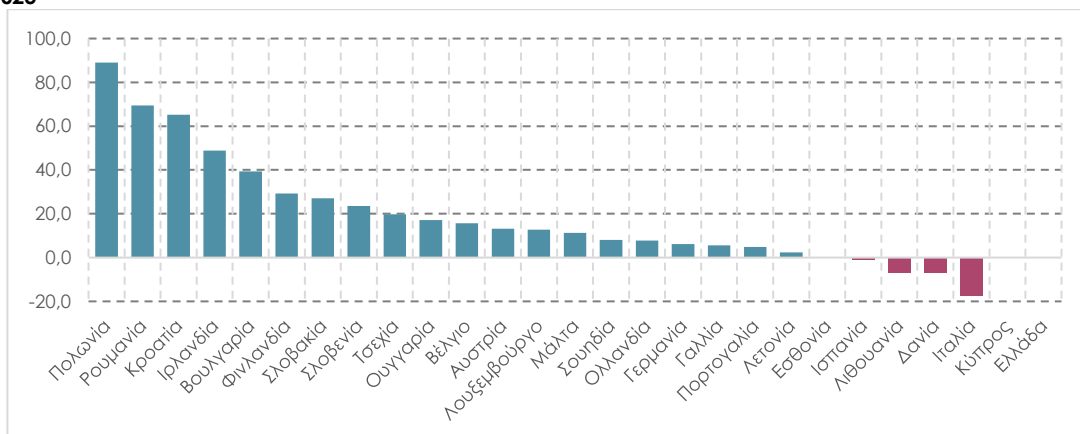
Στις 27 χώρες της ΕΕ για τις οποίες διαθέτουμε αξιόπιστα δεδομένα² που μας επιτρέπουν να υπολογίσουμε τον αριθμό των τοκετών με καισαρική ανά 1000 γεννήσεις, ο δείκτης αυτός το 2023 κυμαίνεται από 160 έως 621^{ο/οο} (ΕΕ27=360^{ο/οο}) -**Χάρτης και Γράφημα 1-**. Η μεταβολή του δε στις 25 από τις χώρες εκείνες για τις οποίες διαθέτουμε μετά το 2008 δεδομένα κυμαίνεται σε 17 εξ αυτών από +2% (Λετονία) έως +89% (Πολωνία) -**Γράφημα 2-** ενώ στην Εσθονία παρέμεινε σταθερός και σε τέσσερις άλλες (Ιταλία, Δανία, Λιθουανία, Ισπανία) μειώνεται, ενίοτε δε, σημαντικά όπως στην Ιταλία (-17%). Σε τέσσερις πρώην ανατολικές χώρες (Πολωνία, Ρουμανία, Κροατία και Βουλγαρία) καταγράφονται οι υψηλότερες αυξήσεις (>+39,0), σε αντίθεση με όλες σχεδόν τις χώρες της δυτικής, κεντρικής και βορείας Ευρώπης, όπου οι αυξήσεις αυτές είναι «ήπιες» (μικρότερες του 25%)³. Προς τούτο συγκλίνει πλήθος παραγόντων όπως η «άνεση» της μητέρας και η ελλιπής ενημέρωση των εγκύων⁴, η δυνατότητα «προγραμματισμού» του τοκετού τόσο για τους γυναικολόγους όσο και τις εγκυμονούσες, η ευκολία της επέμβασης (για το ιατρικό σώμα), ή ακόμη το διαφοροποιημένο κόστος, σημαντικό κίνητρο για τους γιατρούς και τις κλινικές καθώς στις περισσότερες χώρες η «τιμολόγηση» του τοκετού διαφοροποιείται (υψηλότερη στην περίπτωση του μη φυσιολογικού τοκετού).

Χάρτης: Καισαρικές ανά 1000 γεννήσεις το 2023 στις χώρες της ΕΕ

Γράφημα 1: Καισαρικές ανά 1000 γεννήσεις στις χώρες- μέλη της Ε.Ε , 2009 και 2023



Γράφημα 2: Ποσοστιαία μεταβολή του δείκτη «καισαρικές ανά 1000 γεννήσεις» στις χώρες- μέλη της Ε.Ε ανάμεσα στο 2009 και το 2023



Οι διαφορές της έντασης των καισαρικών ανάμεσα στις εξεταζόμενες χώρες οφείλονται σε σειρά παραγόντων, όπως οι πολιτικές των φορέων κάλυψης του κόστους ενός τοκετού (στη χώρα μας του ΕΟΠΥ), τα διαφοροποιημένα οικονομικά κίνητρα και η διαφοροποιημένη αντιμετώπιση της αστικής ευθύνης των μαιευτήρων, οι διαφορές στον αριθμό και την εκπαίδευση των μαιών και των νοσηλευτών, η κατανομή των τοκετών ανάμεσα στα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία, το ειδικό βάρος των προερχομένων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή γεννήσεων κοκ...

Στη χώρα μας δεν διαθέταμε μέχρι και το 2018 δεδομένα και η επομένως η Ελλάδα μέχρι και την χρονιά αυτή ήταν απύσχα στις βάσεις δεδομένων του ΠΟΥ και του ΟΟΣΑ. Παρόλα αυτά, όπως υπήρχαν ισχυρές ενδείξεις για την αλματώδη αύξηση των καισαρικών, στις αρχές του 2016, το γραφείο του ΠΟΥ στην Ευρώπη στο πλαίσιο της συνεργασίας του με το ελληνικό Υπουργείο Υγείας (βλ. «Πρόγραμμα Ενίσχυσης Καθολικής Κάλυψης και Πρόσβασης στην Υγεία στην Ελλάδα») (Strengthening Capacity for Universal Coverage – SCUC)⁵ ενασχολήθηκε και με αυτές.

Ειδικότερα, στη δεύτερη φάση του προγράμματος (SCUC2) ένα από τα θέματα για τα οποία που εκτιμήθηκε ότι θα έπρεπε να ληφθούν άμεσα μέτρα ήταν και η ταχύτατη αύξηση του αριθμού των καισαρικών. Η διεπιστημονική επιτροπή των εμπειρογνομόνων εκτιμώντας περίπου στο 50%, το ποσοστό τους επί του συνολικού αριθμού των γεννήσεων στη χώρα μας, στην έκθεση που κατέθεσε τον Μάιο του 2015 ανέφερε ειδικότερα ότι «ο δείκτης καισαρικές ανά 1000 γεννήσεις είναι μεταξύ των υψηλότερων στην Ευρώπη, με δυνητικά αρνητικές επιπτώσεις για την ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα της φροντίδας, την οικονομική προστασία των νοικοκυριών και την αποτελεσματικότητα στη χρήση των πόρων του συστήματος υγείας». Στο ίδιο δε κείμενο⁶ αναφέρεται ότι «η ελληνική κυβέρνηση δηλώνει τη δέσμευσή της για τη δημιουργία ενός κανονιστικού πλαισίου με σκοπό τον περιορισμό του αριθμού των περιπτώσεων καισαρικών τομών» και την αντιμετώπιση «των παραγόντων που σχετίζονται με τον υπερβολικά μεγάλο αριθμό τοκετών με καισαρική τομή». Το πλαίσιο αυτό που θα πρέπει να είναι κατά τους συντάκτες της έκθεσης «βασισμένο στην τεκμηριωμένη ιατρική πρακτική, χρησιμοποιώντας τα εργαλεία που συνιστά ο ΠΟΥ για την προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα, χρήζει σχετικών συμβουλών και συστάσεων πολιτικής, με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία και τις ορθές πρακτικές σε άλλες χώρες της ΕΕ».

Στην έκθεση, στην οποία παρατίθενται και συγκριτικά στοιχεία για το κόστος της γέννησης με και χωρίς καισαρική τομή το 2016⁷, αναφέρονται συνοπτικά οι παρόντες εκείνοι που οδηγούν στην υπερβάλλουσα χρήση της μεθόδου αυτής καθώς και κάποιες προτάσεις-μέτρα πολιτικής με στόχο την αναστροφή των υφισταμένων αυξητικών τάσεων. Τρία δε χρόνια μετά την δημοσιοποίησή της η ΕΛΣΤΑΤ αρχίζει να παρέχει στοιχεία για τις

γεννήσεις με καισαρική. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει η συνεχιζόμενη αύξησή τους καθώς ενώ αποτελούσαν το 2019 το 57,8% ανήλθαν στο 62,2% των γεννήσεων το 2023 θέτοντας τη χώρα μας στην πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ και πιθανότατα στις 10 υψηλότερες θέσεις παγκοσμίως. Είναι προφανές ότι οι συστάσεις της έκθεσης του ΠΟΥ δεν ελήφθησαν υπόψη, με αποτέλεσμα τα ήδη υψηλά ποσοστά των καισαρικών κατά τη σύνταξη της αντί να μειωθούν να αυξηθούν.

Τα ποσοστά αυτά (υπερ-τριπλάσια το 2023 από τα αντίστοιχα άλλων χωρών όπως η Ολλανδία, η Σουηδία, η Σλοβενία, η Εσθονία, το Βέλγιο και η Γαλλία όπου οι καισαρικές δεν υπερβαίνουν τις 200 ανά 1000 γεννήσεις (**Γράφημα 1**), είναι υπερβολικά υψηλά, πόσο μάλλον που στην Ελλάδα, τόσο η μέση ηλικία στη γέννηση όσο και το ποσοστό των προερχόμενων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή γεννήσεων δεν είναι πολύ υψηλότερο από άλλες χώρες, όπως δεν είναι πολύ υψηλότερο και το ποσοστό των γυναικών που τεκνοποιεί σε ηλικία 40 ετών και άνω (το ποσοστό αυτό το 2023 δεν διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στην Ελλάδα, την Ισπανία και την Ιρλανδία - 10,65%, 10,79% και 11,27 % αντίστοιχα-), ενώ στη χώρα μας έχουμε 622 καισαρικές ανά 1000 γεννήσεις, στην Ισπανία μόλις 247 και στην Ιρλανδία 386).

Η «επιδημία» των καισαρικών προφανώς δεν οφείλεται σε ιατρικούς λόγους, εκτός και αν αποδειχθεί ότι η φυσιολογία των Ελληνίδων διαφοροποιείται σημαντικά αυτής των γυναικών άλλων ευρωπαϊκών χωρών όπως των Ισπανίδων ή των Ιρλανδέζων (ποσό μάλλον δε των Ισλανδέζων και των Ισραηλιτισσών καθώς στις δυο αυτές χώρες το ποσοστό των γυναικών που γεννούν με καισαρική είναι πολύ μικρότερο ακόμη και του 20%). Ένα μεγάλο τμήμα τους στη χώρα μας είναι περιπτές και αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη ενημέρωσης των γυναικών και στις πρακτικές των γυναικολόγων-μαιευτήρων (παρόλο που αυτοί γνωρίζουν εδώ και δεκαετίες τα προβλήματα που μπορούν να προκληθούν από τις μη αναγκαίες καισαρικές⁸), δευτερευόντως δε τις στάσεις των ίδιων των γυναικών, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό διαμορφώνονται από τους πρώτους.

Τα εξαιρετικά αυτά υψηλά ποσοστά, από τα υψηλότερα στον πλανήτη, επιβαρύνουν το κόστος του τοκετού - τόσο της οικογένειας όσο και του ΕΟΠΙ- καθώς είναι υψηλότερο από αυτό ενός φυσιολογικού τοκετού⁹. Εκτός όμως αυτού, οι υπερβάλλουσες καισαρικές συνιστούν κατά την γνώμη μου και ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας και καθιστούν επείγουσα την ανάγκη παρεμβάσεων που θα πρέπει να στοχεύουν τους επαγγελματίες της υγείας, τις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Το Υπουργείο Υγείας δεν είναι δυνατόν να καλύπτει τις πρακτικές αυτές και οι γυναικολόγοι-μαιευτήρες να συνεχίζουν να τις αναπαράγουν στο διηνεκές. Απαιτούνται άμεσα μέτρα για τον δραστικό περιορισμό των μη αναγκαίων καισαρικών, μέτρα όπως αυτά που ελήφθησαν σε μια σειρά χωρών όταν τα ποσοστά των γεννήσεων με την μέθοδο αυτή, χωρίς να έχουν φθάσει ποτέ τα καταγεγραμμένα σήμερα επίπεδα στην Ελλάδα, ήταν πολύ υψηλά. Ενδεικτικά και μόνον θα αναφέρουμε κάποια από τα αυτά: μείωση της διαφοράς του κόστους κάλυψης των δυο τύπων τοκετού, υιοθέτηση σαφέστατων κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, ίδρυση περιγεννητικών κέντρων, βελτίωση της εκπαίδευσης και επανεκπαίδευση των μαιευτήρων και των μαιών, επαρκής στελέχωση του δημοσίου συστήματος υγείας (αναισθησιολόγοι, μαιές, παραϊατρικό προσωπικό), ευρύτατες δημόσιες καμπάνιες ενημέρωσης και, προφανώς, ενεργοποίηση των ιατρικών ενώσεων (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, Ένωση Μαιευτήρων-Γυναικολόγων Ελλάδας) καθώς χωρίς τη συνεργασία και την ενεργή συμμετοχή τους δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί η «επιδημία» των καισαρικών στη χώρα μας.

1. Βλ. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02> και World Health Organisation, 2018, WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary Caesarean section, Geneva, WHO.
2. Τα % των καισαρικών για κάθε χώρα υπολογίστηκαν βάσει των δεδομένων της EUROSTAT αφενός για το σύνολο των γεννήσεων αφετέρου δε της ταξινόμησης τους βάσει της των ακολουθούμενων ιατρικών μεθόδων (International Classification of Diseases (medical\ procedures-> Caesarean section (74.0 to 74.2, 74.4 and 74.99)
3. Δεν διαθέτουμε δεδομένα για καισαρικές που θα επέτρεπαν τον υπολογισμό των δεικτών για το 2019 στην Ελλάδα και την Κύπρο καθώς και στην Μάλτα και την Ολλανδία για το 2023 (Για τις δυο τελευταίες χώρες τα ποσοστά είναι εκτιμώμενα)
4. Stoll, K., Hauck, Y., DHauck, Y. Payne, D., Hall, W. & International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team, 2017, Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education, *Reproductive Health* 14:116, DOI 10.1186/s12978-017-0354-x-; Schantz C., Loenzin M., Goyet S., Ravit M., Dancoisne A., Dumont A., 2019, How is women's demand for caesarean sector measured? A systematic literature review, *PLoS One*, 14(3), e0213352; Caroline Chautems, Irene Maffi et Ainhoa Sáenz Morales, La césarienne dans le monde, à l'intersection entre paysages médicaux globalisés et logiques locales, *Anthropologie et sante*, 30, 2025 , <https://doi.org/10.4000/1411d>.
5. Το πρόγραμμα αυτό είχε ως στόχο την παροχή της αναγκαίας τεχνικής βοήθειας για την εφαρμογή ενός πενταετούς σχεδίου μεταρρύθμισης του Υπ. Υγείας (βλ. ειδικότερα «Ο ελληνικός τομέας υγείας πέρα από τη λιτότητα: Τα 100 σημεία δράσης για την καθολική κάλυψη» και του μνημονίου συνεννόησης μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Δημοκρατίας).
6. Βλ. Υπ. Υγείας, ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, STRENGTHENING CAPACITY FOR UNIVERSAL COVERAGE - SCUC - GREECE/PHASE 2 | ΚΕΙΜΕΝΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ #10
7. « Η κανονική τιμή της καισαρικής τομής είναι 66% υψηλότερη από ό,τι για έναν φυσικό τοκετό. Η αμοιβή δε του ιδιώτη παρόχου συμπληρώνεται από πρόσθετες προσωπικές πληρωμές που είναι υψηλότερες για την καισαρική»
8. Βλ. ενδεικτικά Keag O. E., Norman J. E., Stock S. J., 2018, Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis, *PLoS Med*, 15(1), e1002494 και Jane Sandall, Rachel M Tribe, Lisa Avery, Glen Mola, Gerard HA Visser, Caroline SE Homer, Deena Gibbons, Niamh M Kelly, Holly Powell Kennedy, *Hussein Kidanto, Paul Taylor, Marleen Temmerman* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children, *Lancet* 2018; 392: 1349-57
9. Βλ. πχ συγκριτικούς πίνακες για το 2023 στο <https://www.genna.gr/pinakes-me-kostos-tokeou-se-oles-tis-kinikes/>. Βλέπε επίσης την πρόσφατη έκθεση του του International Federation of Health Plans και του ανεξάρτητου οργανισμού Health Care Cost Institute, για το κόστος των καισαρικών σε διάφορες χώρες (IFHP Cost Comparison Report final 160125.pdf). Το κόστος αυτό, με βάση τα στοιχεία του προαναφεθέντος Οργανισμού στη χώρα μας (5479\$) είναι κατά 2,25 φορές υψηλότερο του αντίστοιχου στη Γερμανία (2419\$) και κατά 1,95 φορές στην Ισπανία (2807\$)

