



ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ

Για πρώτη φορά το Δημόσιο θα αποζημιώνει τις συγκεκριμένες εξετάσεις, που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και θεραπεία συγκεκριμένων τύπων καρκίνου

ΗΤΑΝ ΑΠΑΓΟΡΕΥΤΙΚΕΣ

Μέχρι σήμερα, οι εξετάσεις αυτές ήταν εξαιρετικά δαπανηρές και συνήθως δεν καλύπτονταν από τα Ταμεία, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς να μην έχουν πρόσβαση σε αυτήν τη σύγχρονη τεχνολογία

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Με τη βοήθεια των βιοδεικτών, οι θεραπείες για τον καρκίνο, προσαρμόζονται στο γενετικό προφίλ κάθε ασθενούς, αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα και μειώνοντας τις άσκοπες παρεμβάσεις

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Με κάλυψη Δημοσίου

Επαναστατική μεταρρύθμιση, που ανοίγει τον δρόμο για εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση



Η απόφαση φέρει την υπογραφή του υπουργού Υγείας Αδωνη Γεωργιάδη.

➤ Μια σημαντική μεταρρύθμιση, που αναμένεται να αποτελέσει «τομή» στη θεραπευτική προσέγγιση των ογκολογικών ασθενών, εγκαινιάζει η νέα υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β' 5627/20.10.2025), με την οποία για πρώτη φορά το Ελληνικό Δημόσιο καλύπτει το κόστος για 39 βιοδείκτες, που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και θεραπεία συγκεκριμένων τύπων καρκίνου.

Η απόφαση, που φέρει την υπογραφή του υπουργού Υγείας Αδωνη Γεωργιάδη, φέρνει την Ελλάδα πιο κοντά στα ευρωπαϊκά πρότυπα εξατομικευμένης ιατρικής. Κι αυτό καθώς, με τη βοήθεια των βιοδεικτών, οι θεραπείες για τον καρκίνο, προσαρμόζονται στο γενετικό προφίλ κάθε ασθενούς, αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα και μειώνοντας τις άσκοπες παρεμβάσεις.

Οι βιοδείκτες είναι γονιδιακές εξε-



“ Η Ελλάδα ουσιαστικά υιοθετεί βασικές αρχές του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου, βελτιώνοντας την πρόσβαση στην καινοτομία και μειώνοντας τις ανισότητες

ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΟΚ

ΓΙΑΝΝΑ ΣΟΥΛΑΚΗ

gsoulaki@e-typos.com

τάσεις που αποκαλύπτουν κρίσιμες πληροφορίες για τη συμπεριφορά του καρκίνου και την ανταπόκριση του οργανισμού του ογκολογικού ασθενή στις θεραπείες.

Μέχρι σήμερα, οι εξετάσεις αυτές ήταν εξαιρετικά δαπανηρές και συνήθως δεν καλύπτονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς να

μην έχουν πρόσβαση σε αυτήν την σύγχρονη τεχνολογία.

Πλέον, το κράτος αναλαμβάνει την αποζημίωση των εξετάσεων αυτών, ανάλογα με το είδος του καρκίνου και τη μέθοδο ανάλυσης.

Οι τιμές αποζημίωσης κυμαίνονται από 70 έως 870 ευρώ, σύμφωνα με τον αναλυτικό πίνακα του ΦΕΚ.

Για παράδειγμα:

► Ο βιοδείκτης NTRK 1/2/3, που εξετάζεται με τη μέθοδο PCR (RNA),

1. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΟΝΤΑΙ 39...

Μέσο:ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ

Ημ. Έκδοσης: ...31/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...31/10/2025

Σελίδα: 13



ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οι βιοδείκτες είναι γονιδιακές εξετάσεις που αποκαλύπτουν κρίσιμες πληροφορίες για τη συμπεριφορά του καρκίνου και την ανταπόκριση του οργανισμού του ογκολογικού ασθενή στις θεραπείες

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το υπουργείο Υγείας προετοιμάζει και σχετικό νομοσχέδιο που θα θεσπίζει μόνιμη διαδικασία αξιολόγησης και έγκρισης βιοδεικτών, ώστε να διασφαλίζεται η ταχεία ενσωμάτωση νέων τεστ που εγκρίνονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο

ΕΠΙΛΟΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Περιορίζονται οι άσκοπες θεραπείες και προσφέρονται στους γιατρούς πολύτιμα εργαλεία, για να επιλέγουν το σωστό φάρμακο για τον σωστό ασθενή

ΤΑ ΠΟΣΑ

Οι τιμές αποζημίωσης θα κυμαίνονται από 70 έως 870 ευρώ, σύμφωνα με τον αναλυτικό πίνακα του ΦΕΚ

39 εξετάσεις των βιοδεικτών

αποζημιώνεται με 200 ευρώ και αφορά σειρά κακοηθειών, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα, το μελάνωμα, αλλά και ο καρκίνος του θυρεοειδούς σε μεταστατικά στάδια.

► Οι εξετάσεις για τις μεταλλάξεις BRCA1 και BRCA2, οι οποίες συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού, των ωοθηκών, του παγκρέατος και του προστάτη, αποζημιώνονται με 400 ευρώ η καθεμία.

► Για τον καρκίνο των ωοθηκών, ο βιοδείκτης HRD, που εντοπίζεται με τη μέθοδο SNP-arrays, αποζημιώνεται με 870 ευρώ, καθώς πρόκειται για πιο πολύπλοκη και εξειδικευμένη εξέταση.

► Στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, οι δείκτες EGFR και PD-L1 αποζημιώνονται με 200 έως 235 ευρώ, ανάλογα με τη μέθοδο (PCR ή IHC), και αφορούν τόσο

πρώιμα όσο και μεταστατικά στάδια της νόσου.

Αποφασιστικό βήμα

Όπως επισημαίνει ο πρόεδρος της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ), Γιώργος Καπετανάκης, «με αυτή την απόφαση, η Ελλάδα ουσιαστικά υιοθετεί βασικές αρχές του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου, βελτιώνοντας την πρόσβαση στην καινοτομία και μειώνοντας τις ανισότητες». Ο ίδιος σημειώνει ότι «χωρίς αυτό το αποφασιστικό βήμα, θα μιλούσαμε ακόμα θεωρητικά για εξατομικευμένη ιατρική».

Ο ίδιος ευχαρίστησε σε ανάρτησή του για τη συμβολή τους: τον υπουργό Υγείας, Αδωνι Γεωργιάδη, τον γενικό γραμματέα Στρατηγικού Σχεδιασμού του υπουργείου Υγείας, Αρνη Αγγελή, και τον Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελ-

λάδος (ΣΦΕΕ), υπογραμμίζοντας ότι πρόκειται για συλλογικό αποτέλεσμα της ογκολογικής κοινότητας.

Το υπουργείο Υγείας προετοιμάζει και σχετικό νομοσχέδιο που θα θεσπίζει μόνιμη διαδικασία αξιολόγησης και έγκρισης βιοδεικτών, ώστε να διασφαλίζεται η ταχεία ενσωμάτωση νέων τεστ που εγκρίνονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η εφαρμογή της απόφασης θεωρείται κρίσιμη για την ισότητα στην ογκολογική φροντίδα όλων των ασθενών, κι αυτό καθώς εξασφαλίζει πρόσβαση σε εξετάσεις που μέχρι πρότινος θεωρούνταν «πολυτέλεια» για τους περισσότερους πολίτες, ενώ περιορίζει τις άσκοπες θεραπείες και προσφέρει στους γιατρούς πολύτιμα εργαλεία για να επιλέγουν το σωστό φάρμακο για τον σωστό ασθενή.

Η νέα λίστα βιοδεικτών είναι ένα ουσιαστικό βήμα προς το μέλλον της ιατρικής ακριβείας στην Ελλάδα. ■



Οι θεραπείες για τον καρκίνο θα προσαρμόζονται στο γενετικό προφίλ κάθε ασθενούς.



Μια αμφίσημη «πρωτιά» για την Ελλάδα

Τα χαμηλότερα ποσοστά από όλα τα κράτη του ΟΟΣΑ καταγράφονται στη χώρα μας ως προς την ήπια και μέτρια κατάθλιψη • Οι μετρήσεις –που αφορούν το 2019– συντείνουν περισσότερο στο συμπέρασμα πως η κατάθλιψη στη χώρα μας υποδιαγιγνώσκεται παρά στο ότι δεν μας επηρεάζει

► Της **ΧΡΙΣΤΙΝΑΣ ΚΟΥΝΗ**

Στις χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ένας στους πέντε ενήλικες βιώνει ήπια έως και μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα. Η Ελλάδα κάθε άλλο παρά είναι στη χειρότερη θέση. Με βάση τα στοιχεία που έδωσε χθες στη δημοσιότητα ο διεθνής οργανισμός, η χώρα κατατάσσεται στην τελευταία θέση, με ποσοστό 6%, δηλαδή πολύ πιο κάτω από τον μέσο όρο που είναι στο 19,3%.

Στον αντίποδα της Ελλάδας, βόρειες χώρες, όπως η Εσθονία, η Ισλανδία καταγράφουν υψηλά ποσοστά (30% και 29% αντίστοιχα) σε ήπια και μέτρια κατάθλιψη, ποσοστά τα οποία

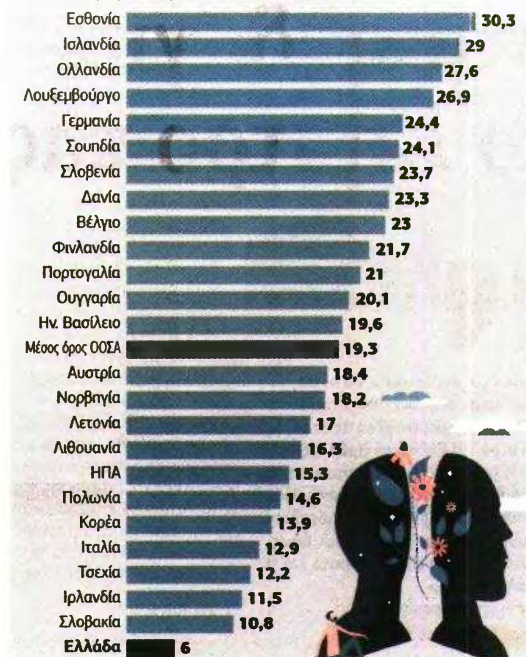
εύκολα μπορεί να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι το πρόβλημα είναι απλώς... γεωγραφικό. Τουλάχιστον αυτό κατέγραψε η μελέτη το 2019. Εκτοτε πολλά άλλαξαν. Μεσολάβησε μια εξαετία ανατροπών και πανδημίας που επηρέασαν τον ψυχισμό και τις ισορροπίες που έχει ο καθένας και η καθεμία, αλλά το στοιχείο του ΟΟΣΑ για το 6% παραμένει εντυπωσιακό.

Παράγοντες

Εάν όντως τα καταθλιπτικά φαινόμενα είναι μόνο σύμπτωμα καιρικών συνθηκών και έλλειψης φωτός, γιατί χώρες όπως η Ιρλανδία, η Τσεχία ή η σκοτεινή, τους περισσότερους μήνες, Πολωνία κατατάσσονται πολύ πιο κάτω από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο με ποσοστά 11,5%, 12,2%, 14,6% αντίστοιχως; Είναι άραγε

το μεσογειακό ταμπεραμέντο και ο ήλιος που προσφέρουν ασπίδα προστασίας στους Έλληνες και δεν εμφανίζουν σε ποσοστό τόσο μεγάλο συμπτώματα κατάθλιψης ή μήπως συντελούν και άλλοι παράγοντες, όπως η ελεύθερη και χωρίς την υποχρέωση συνταγογράφησης κατανάλωση ήπιων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, η απουσία συστηματικής καταγραφής των συμπτωμάτων, τα στερεότυπα που διατηρούν κρυφό το πρόβλημα και αποτρέπουν την εκδήλωσή του, πολύ περισσότερο την καταγραφή του; Μήπως το «θαύμα» εν μέρει οφείλεται και στην εξοικείωση της κοινωνίας με τους αποκαλούμενους επιλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που κυκλοφορούν με διάφορες πατέντες και αποτελούν μια παραλλαγή στο

Ενας στους πέντε ενήλικες αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας
Κατάταξη χωρών μελών του ΟΟΣΑ ως προς το ποσοστό ήπιων και μέτριων συμπτωμάτων κατάθλιψης



ονομαζόμενο και «χάπι της χαράς» που μπορεί να αγοράσει ο οποιοσδήποτε ενήλικας χωρίς συνταγή γιατρού;

Όμως πώς μπορεί να γίνει αξιόπιστη καταγραφή των συμπτωμάτων όταν οι δομές ψυχικής υγείας στις οποίες μπορεί ο πολίτης να προσφύγει για συμβουλευτική είναι ελάχιστες, η χρηματική αποζημίωση από τον ΕΦΚΑ για το κόστος συνεδριών ψυχοθεραπείας (από 50 έως 90 ευρώ στην καλύτερη περίπτωση) σε ιδιώτες ιατρούς είναι ασήμαντη έως ανύπαρκτη και ο αποστιγματισμός της ψυχικής ασθένειας, ακόμα και της πιο ήπιας, παραμένει ζητούμενο, ιδιαίτερα στην περιφέρεια της χώρας;

Φάρμακα

Σίγουρα η απάντηση για το χαμηλό ποσοστό που εμφανίζει η ήπια κατάθλιψη και το στρες στην Ελλάδα, ποσοστό εντυπωσιακά χαμηλό, δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο με έναν παράγοντα. Αλλά δεν μπορεί να μην επισημανθεί ότι μέσα στη δεκαετία 2010-2020 η Ελλάδα σημείωσε μεγάλη αύξηση στην κατανάλωση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Σύμφωνα με παλαιότερη μελέτη του ΟΟΣΑ σε δεδομένα 22 χωρών, το 2020 η Ελλάδα είχε αναρριχηθεί στην 6η θέση σε αύξηση χρήσης αντικαταθλιπτικών, μετά την Τσεχία,



Δεν μπορεί να μην επισημανθεί ότι μέσα στη δεκαετία 2010-2020 η Ελλάδα σημείωσε μεγάλη αύξηση στην κατανάλωση αγχολυτικών

την Εσθονία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στην ίδια έρευνα επιβεβαιώνεται ότι η πιθανότητα καταγραφής της διάγνωσης για την κατάθλιψη αυξάνεται με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

«Η κατάθλιψη και το άγχος στις λιγότερες εκφάνσεις τους δεν διαγιγνώσκονται. Για παράδειγμα, περίπου τα μισά άτομα με μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα δεν λαμβάνουν διάγνωση», επισημαίνεται στη μελέτη. «Όμως, εάν δεν αντιμετωπιστούν τα πιότερα συμπτώματα, μπορεί να εξελιχθούν σε μέτριες λειτουργικές διαταραχές, ακόμα και σε μείζονα κατάθλιψη...»

Αξίζει, πάντως, να επισημανθεί ότι η Ελλάδα καταγράφεται από τον ΟΟΣΑ ως η χώρα με το χαμηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών οι οποίες παραμένουν σε υψηλά επίπεδα, ιδιαίτερα στους άρρενες. Τα πρωτεια, με στοιχεία του 2021, κατέχουν η Λιθουανία, η Ουγγαρία και η Ιαπωνία.

Εντονη η μοναξιά, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις

ΜΠΟΡΕΙ Η ΕΛΛΑΔΑ να κατατάσσεται στην τελευταία θέση μεταξύ των «27» της Ε.Ε. ως προς την ήπια ή μέτρια κατάθλιψη αλλά, σύμφωνα με άλλη μελέτη του ΟΟΣΑ, αυτό το φαινόμενο δεν φαίνεται να συνδέεται με τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης των διαπροσωπικών σχέσεων. Στο ερώτημα για τον βαθμό δυσαρέσκειας με τις προσωπικές σχέσεις, οι ερωτηθέντες από την Ελλάδα κατατάσσονται δεύτεροι με ποσοστό 9%, αμέσως μετά τη Βουλγαρία, η οποία καταγράφει το υψηλότερο ποσοστό, που ξεπερνά το 20%.

Στην ίδια έρευνα αποτυπώνεται ένα συνεχώς διευρυνόμενο αίσθημα μοναξιάς και μείωσης των αλληλεπιδράσεων με φίλους και στις 21 χώρες του ΟΟΣΑ. Κι εδώ οι άνδρες έχουν τα πρωτεια. «Οι άνδρες και οι νέοι έχουν αναδειχτεί ως νέες ομάδες κινδύνου» επισημαίνεται στην έρευνα. «Ενώ

οι άνδρες κατέγραφαν, παραδοσιακά, χαμηλότερα ποσοστά αισθήματος μοναξιάς και καλύτερη ποιότητα στις σχέσεις τους συγκριτικά με τις γυναίκες, τη χρονική περίοδο 2018-2020 παρουσίασαν επιδείνωση και στα δύο πεδία». Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζουν και οι απαντήσεις της ηλικιακής ομάδας 16 έως 24 ετών. Οι απαντήσεις των νέων καταδεικνύουν μεγάλη δυσαρέσκεια για τις σχέσεις τους και την επίζητούμενη κοινωνική υποστήριξη.

Το χειρότερο ποσοστό (11%) μοναξιάς όμως καταγράφεται στους ηλικιωμένους, οι οποίοι αναφέρουν ότι δεν συναντούν ποτέ φίλους αυτοπροσώπως κατά τη διάρκεια του έτους. Το ποσοστό είναι υπερδιπλάσιο του γενικού πληθυσμού και δεν είναι άσχετο με τη γήρανση, ιδιαίτερα των μονομελών νοικοκυριών που αυξάνονται δραματικά.

Χ.Κ.

3. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ...

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...31/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...31/10/2025

Σελίδα:9



Ο καρκίνος του πνεύμονα δεν είναι αποκλειστικά νόσος του καπνιστή

Της ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο, με περίπου 1,8 εκατ. θανάτους το 2022. Αν και η νόσος σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα στην πλειονότητα των περιστατικών, ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων που νοσούν δεν είναι καπνιστές. Σύμφωνα με πρόσφατη δημοσίευση στο έγκριτο περιοδικό JAMA, το 15% έως 20% των διαγνώσεων καρκίνου του πνεύμονα αφορά άτομα που έχουν καπνίσει λιγότερα από 100 τσιγάρα στη ζωή τους. Αυτό το υψηλό ποσοστό ανατρέπει την εντύπωση ότι η νόσος είναι αποκλειστικά «του καπνιστή» και υπογραμμίζει την ανάγκη μεγαλύτερης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

Τα σημαντικότερα σημεία αυτής της δημοσίευσης συνοψίζουν η καθηγήτρια Θεραπευτικής - Επιδημιολογίας

- Προληπτικής Ιατρικής στη Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ (νοσοκομείο «Αλεξάνδρα») Θεοδώρα Ψαλτοπούλου, η βιολόγος Αλεξάνδρα Σταυροπούλου και ο καθηγητής Θεραπευτικής - Ογκολογίας - Αιματολογίας, δι-

Η εμφάνιση της νόσου σε ανθρώπους οι οποίοι δεν έχουν καπνίσει συνδέεται με πολλαπλούς περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες.

ευθυντής Θεραπευτικής Κλινικής και πρώην πρύτανης ΕΚΠΑ Θάνος Δημόπουλος.

Ανάμεσα στους μη καπνιστές και στους καπνιστές με καρκίνο του πνεύμονα παρατηρούνται ηλικιακές και γεωγραφικές διαφορές.

Οι άνθρωποι που δεν έχουν καπνίσει και διαγιγνώσκονται με τη νόσο είναι συχνότερα γυναίκες και συνήθως σε ηλικία γύρω στα 67 έτη, λίγο νεότερες σε σύγκριση με όσους έχουν ιστορικό καπνίσματος. Στην Ταϊβάν, έως και 83% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνιστές αφορούν γυναίκες, ενώ άτομα ασιατικής καταγωγής παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με άλλες φυλετικές ομάδες. Επιπλέον, η εμφάνιση της νόσου σε ανθρώπους που δεν έχουν καπνίσει συνδέεται με πολλαπλούς περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Το ραδόνιο, ένα φυσικό ραδιενεργό αέριο που απελευθερώνεται από το έδαφος, θεωρείται ισχυρός καρκινογόνος παράγοντας και εκτιμάται ότι προκαλεί έως και 21.000 θανάτους ετησίως από καρκίνο του πνεύμονα στις ΗΠΑ. Η ατμοσφαιρική ρύπανση, η οποία σε ποσοστό 99% του παγκόσμιου

πληθυσμού υπερβαίνει τα προτεινόμενα όρια, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αδενοκαρκινώματος, του συχνότερου ιστολογικού τύπου στους μη καπνιστές ασθενείς. Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο κατά 28%, ενώ ενώσεις όπως ο αμίαντος και η σιλικάκη έχουν επίσης ενοχοποιηθεί. Οικογενιακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα σε συγγενή πρώτου βαθμού αυξάνει τον κίνδυνο κατά 51%.

Ο καρκίνος του πνεύμονα στους μη καπνιστές αποτελεί μια διακριτή κλινική οντότητα. Το 60% έως 80% των όγκων ανήκουν στον τύπο του αδενοκαρκινώματος. Παρότι αυτοί οι όγκοι έχουν χαμηλότερο φορτίο μεταλλάξεων, εμφανίζουν πολύ συχνότερα στοχευόμενες γονιδιακές παραλλαγές. Μεταλλάξεις του γονιδίου EGFR απαντούν σε ποσοστό 40% έως 60% των μη καπνιστών, ενώ στους καπνιστές μόλις στο 10%. Αντίστοι-

χα, αναδιατάξεις στο γονίδιο ALK εμφανίζονται έως και πέντε φορές συχνότερα σε μη καπνιστές. Αυτές οι επισημάνσεις έχουν μεγάλη κλινική σημασία, διότι οδηγούν στη δυνατότητα εξατομικευμένης θεραπείας που

Η ασθένεια «προτιμά» τις γυναίκες, ενώ άτομα ασιατικής καταγωγής παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με άλλες φυλετικές ομάδες.

μπορεί να παρατείνει την επιβίωση σε προχωρημένη νόσο ακόμη και πάνω από τρία έως πέντε χρόνια.

Παρά τις ιατρικές εξελίξεις, η διάγνωση συχνά καθυστερεί. Περισσότεροι από το 40% των μη καπνιστών διαγιγνώ-

σκονται σε προχωρημένα στάδια III ή IV, όπου η νόσος είναι ήδη μη ιάσιμη με χειρουργείο. Στις ΗΠΑ δεν συστήνεται ακόμη προληπτικός έλεγχος σε μη καπνιστές, ωστόσο σε άλλες χώρες, όπως η Ταϊβάν, έχει υιοθετηθεί πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για όσους έχουν οικογενειακό ιστορικό, με αποτέλεσμα το 95% των διαγνώσεων να πραγματοποιείται σε πρώιμο και αντιμετωπίσιμο στάδιο.

Τέλος, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τον καρκίνο του πνεύμονα προκαλεί συχνά ψυχολογική επιβάρυνση. Η αντίληψη ότι ο ασθενής «ευθύνεται» για την ασθένειά του λόγω καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει σε ενοχές και απομόνωση. Η ενημέρωση του κοινού αποτελεί απαραίτητο βήμα ώστε οι άνθρωποι που δεν έχουν καπνίσει αλλά νοσούν να μην αντιμετωπίζουν αυτό το άδικο βάρος και να έχουν τη στήριξη που χρειάζονται.

1,8 εκατ.

θάνονται από καρκίνο του πνεύμονα καταγράφηκαν παγκοσμίως το 2022.

15%-20%

των διαγνώσεων αφορούν άτομα που έχουν καπνίσει λιγότερα από 100 τσιγάρα στη ζωή τους.

60%-80%

των όγκων που εμφανίζονται οι μη καπνιστές ανήκουν στον τύπο του αδενοκαρκινώματος.

51%

αυξάνεται ο κίνδυνος όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα σε συγγενή πρώτου βαθμού.

40%

των μη καπνιστών διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια III ή IV, όπου η νόσος είναι ήδη μη ιάσιμη με χειρουργείο.

4. Η ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΠΟΥ ΚΑΤΕΚΤΗΣΕ ΜΙΑ ΑΚΟΜΗ ΚΟΡΥΦΗ

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...31/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...31/10/2025

Σελίδα:1



ΙΑΤΡΙΚΗ

Η ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΠΟΥ ΚΑΤΕΚΤΗΣΕ ΜΙΑ ΑΚΟΜΗ ΚΟΡΥΦΗ

ΣΕΛΙΔΑ 8



«Μετέχουμε σε ένα θαύμα ζωής»

Η πρώτη γυναίκα χειρουργός που έκανε μεταμόσχευση ήπατος μιλάει στην «Κ»

Η 36χρονη Κωνσταντίνα-Ελένη Καρακάση κατάφερε να πετύχει ένα σημαντικό ορόσημο στην ελληνική ιατρική ιστορία. Πραγματοποίησε, προ ημερών στη Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης την πρώτη μεταμόσχευση ήπατος από γυναίκα χειρουργό. Με δεδομένο ότι οι γυναίκες έχουν κατακτήσει και τα πιο ανδροκρατούμενα επαγγέλματα, δεν είναι παράδοση η έκπληξη που μπορεί να προκαλέσει το γεγονός. Κι όμως. Όπως εξηγεί στην «Κ» ο διευθυντής της Χειρουργικής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων του ΑΠΘ, καθηγητής Γεώργιος Τσουλάφας, πρόκειται για έναν τομέα στον οποίο η συμμετοχή γυναικών υπήρξε ιστορικά περιορισμένη.

«Γεννήθηκα και μεγάλωσα στην Κωνσταντινούπολη», λέει στην «Κ» η κ. Καρακάση, με την προφορά της να προδίδει την καταγωγή της. «Έχω γλυκιές αναμνήσεις από τα παιδικά μου χρόνια και από την Κωνσταντινούπολη», προσθέτει. Αποφοίτησε με άριστα από το Ζωγράφειο και σπούδασε Ιατρική στο ΑΠΘ, όπου ολοκλήρωσε και την ειδικότητά της. Σήμερα, εργάζεται ως γενική χειρουργός στην Κλινική Μεταμοσχεύσεων του Αριστοτελείου, διαθέτοντας εμπειρία σε μεταμοσχεύσεις ήπατος και νεφρού. Παράλληλα, είναι υποψήφια διδάκτωρ του ίδιου ιδρύματος, μελετώντας την εφαρμογή νέων τεχνολογιών, όπως η τριδιάστατη απεικόνιση (LIDAR), στη χειρουργική.

«Είχα πατέρα γιατρό, ο οποίος εργαζόταν στην Κωνσταντινούπολη. Έτσι μάλλον επηρεάστηκα από εκείνον, αφού από μικρή ήθελα να γίνω γιατρός», λέει η ίδια, εξηγώντας ότι επέλεξε να σπουδάσει Ιατρική στην Ελλάδα, και δη στο ΑΠΘ, «ίσως λόγω συγκυριών, ίσως για ένα καλύτερο μέλλον. Πάντως, η νοσταλγία μου για την Κωνσταντινούπολη είναι μεγάλη».

«Είμαι χαρούμενη που επέλεξα το ΑΠΘ, είχα εξαιρετικούς καθηγητές, οι οποίοι με βοήθησαν



Η Κωνσταντίνα-Ελένη Καρακάση κατά τη διάρκεια του πολύωρου χειρουργείου. Επέλεξε τον συγκεκριμένο τομέα γιατί ένιωσε «το θαύμα μιας μεταμόσχευσης». «Είναι σπουδαίο πράγμα η δωρεά οργάνων. Ο γιατρός από την πλευρά του φροντίζει να είναι επιτυχημένο το εγχείρημα», τονίζει στην «Κ».

«Όταν τελειώσε η επέμβαση, ένιωσα υπερήφανη και πάρα πολύ συγκινημένη», λέει στην «Κ» η Κωνσταντίνα-Ελένη Καρακάση.

να πραγματοποιήσω τα όνειρά μου», τονίζει. Σήμερα εργάζεται ως επικουρική επιμελήτρια Β' στη Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων του Αριστοτελείου. «Διάλεξα τον συγκεκριμένο τομέα γιατί ένιωσα το θαύμα μιας μεταμόσχευσης. Είναι σπουδαίο πράγμα η δωρεά οργάνων. Ο δωρητής προσφέρει μια νέα ζωή στον ασθενή. Ο γιατρός από την πλευρά του φροντίζει να είναι επιτυχημένο το εγχείρημα. Μετέχει και αυτός σε ένα θαύμα ζωής», παρατηρεί η κ. Καρακάση.

Η επιτυχημένη επέμβαση έγινε σε έναν 59χρονο ασθενή, ήταν πολύωρη και πραγματοποιήθηκε υπό την καθοδήγηση του κ. Τσουλάφας. «Η επιτυχία της Κωνσταντίνας επιβεβαιώνει την υψηλή επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού δυναμικού της χώρας μας, αλλά και την έμφαση που δίνει το Αριστοτέλειο στην αποτελεσματική εκπαίδευση των νέων επιστημόνων. Επίσης, αποτελεί σημαντικό ορόσημο για την ελληνική ιατρική, αφού είναι η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος από γυναίκα. Το επίτευγμα αυτό αποκτά τεράστια σημασία, καθώς σηματοδοτεί την έμπρακτη ενίσχυση της ισοτιμίας και της συμπεριληψής στον απαιτητικό χώρο της χειρουργικής μεταμοσχεύσεων», δηλώνει ο καθηγητής του ΑΠΘ.

Όπως εξηγεί ο ίδιος, «ο τομέας της χειρουργικής μεταμοσχεύσεων είναι πολύ δύσκολος,

και από τις πιο δύσκολες είναι εκείνες του ήπατος. Η διάρκεια των επεμβάσεων είναι πολύωρη, ξεπερνάει τις οκτώ ώρες. Γι' αυτό λίγοι γιατροί επιλέγουν ως ειδικότητα τον συγκεκριμένο τομέα της χειρουργικής. Και νομίζω πως για τις γυναίκες είναι δυσκολότερο, γιατί οι μεταμοσχεύσεις δεν έχουν ωράρια. Μία επέμβαση γίνεται το συντομότερο από τη στιγμή που θα βρεθεί το μόσχευμα, χωρίς να σκέφτεσαι τι ώρα είναι. Οποτε δοθεί, είναι δώρο ζωής».

«Είχα το άγχος πώς θα πάει ο ασθενής. Ήμουν σίγουρη ότι τα πράγματα θα πάνε καλά: ένα μεγάλο μπράβο, βεβαίως, αξίζει και στην αναισθησιολογική ομάδα», λέει η κ. Καρακάση. «Όταν τελειώσε η επέμβαση, ένιωσα υπερήφανη», συμπληρώνει και κομπιάζει. «Ένιωσα πάρα πολύ συγκινημένη».

ΑΠ. Α.

Μέσο:ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ

Ημ. Έκδοσης: . . .31/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . .31/10/2025

Σελίδα:28



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ | ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

✧ «Είμαστε ανοικτοί σε συνεργασίες με ασφαλιστικές» τόνισε ο κ. Θεμιστοκλέους

Σύμπραξη ιδιωτικής ασφάλισης με τα δημόσια νοσοκομεία

Τι θα περιλαμβάνει το σύμφωνο συνεργασίας που θα συνάψει το υπ. Υγείας

Στην τελική ευθεία βρίσκεται το υπουργείο Υγείας στο να υπογράψει σύμφωνο συνεργασίας μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και δημόσιων νοσοκομείων, που θα καλύπτει σε πρώτη φάση τα κόστη επεμβάσεων στα απογευματινά χειρουργεία από ιδιώτες γιατρούς.

Της Ανθής Αγγελοπούλου
aangelopoulou@nafemporiki.gr

ΑΥΤΟ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ στο 4ο Συνέδριο της Ένωσης Αναλογιστών Ελλάδος, ο υφυπ. Υγείας Μάριος Θεμιστοκλέους. Στο πάνελ με θέμα «Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα: Στρατηγικές Συμπράξεις και Μεταρρυθμιστικές Προοπτικές», συζητώντας με τους εκπροσώπους της ασφαλιστικής αγοράς, ο κ. Θεμιστοκλέους απάντησε θετικά σε ερώτηση αν το υπουργείο είναι έτοιμο να παρουσιάσει ένα ολοκληρωμένο «πακέτο» συνεργασίας με τις ασφαλιστικές εταιρείες.

Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο υφυπουργός, πιο δύσκολο ήταν να βγει νόμος για να πληρώνει ο ασθενής 1.200 ευρώ για χολοκυστεκτομή σε δημόσιο νοσοκομείο με ιδιώτη ιατρό, παρά το να υπογράψει σύμβαση ένα δημόσιο νο-



Κύριο μέλημα του υπουργείου Υγείας είναι η διασφάλιση της ισότιμης και καθολικής πρόσβασης όλων των πολιτών στο ΕΣΥ.

σοκομείο με μια ασφαλιστική. «Ο λόγος που δεν εφαρμόστηκε ένας νόμος που ψηφίστηκε πριν από 25 χρόνια είναι ότι κάποιος έπρεπε να βρει τον τρόπο να τον υλοποιήσει», τόνισε ο κ. Θεμιστοκλέους και προέτρεψε τους παρευρισκόμενους να πάνε με προτάσεις στο υπουργείο, για να διασφαλιστεί αυτή η συνεργασία. Λίγο αργότερα, μιλώντας στη «Ν», ο κ. Θεμιστοκλέους επεσήμανε: «Τα τελευταία χρόνια, εφαρμόζουμε ένα συνεκτικό σχέδιο μεταρρυθμίσεων, με μοναδικό γνώμονα την ενίσχυση και θωράκιση του δημόσιου και

διωρεάν χαρακτήρα του εθνικού συστήματος υγείας, διασφαλίζοντας την ισότιμη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών. Δώσαμε έμφαση στην ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών και προχωρήσαμε σε μεταρρυθμίσεις που για χρόνια παρέμεναν "ταμπού" ή, παρότι είχαν ψηφιστεί σε νόμους, έμεναν ανενεργές. Σήμερα, το ΕΣΥ αλλάζει στην πράξη: εφαρμόζονται ήδη τα απογευματινά χειρουργεία, το ιδιωτικό έργο των γιατρών του ΕΣΥ και η δυνατότητα συμμετοχής ιδιωτών ιατρών στις δημόσιες δομές υγείας. Βελτώνουμε την οικονομική διαχείριση και εφαρμόσαμε τα DRGs. Στο πλαίσιο αυτό, υπογράμμισα στο συνέδριο ότι είμαστε ανοικτοί σε συνεργασίες και με τις ασφαλιστικές εταιρείες, με στόχο να βρούμε, από κοινού, λύσεις που θα ωφελήσουν τους Έλληνες πολίτες και θα ενισχύσουν το σύστημα υγείας μας».

Να σημειωθεί ότι στο πάνελ των ομιλητών ήταν οι: Δημήτρης Βασιλειάδης - Partner, Advisory, PwC Greece, Πάνος Δημητρίου - CEO, Generali Hellas, Γιάννης Καντώρος - CEO Interamerican Group, part of Achmea, Δημήτρης Μαζαράκης - CEO, Εθνική Ασφαλιστική, και συντονιστής ο Αθανάσιος Λοπατατζίδης, Commercial Executive Director του ομίλου Affidea.

[SID: Z5088294]

6. ΣΥΣΚΕΨΗ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ

Μέσο:ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ

Ημ. Έκδοσης: ...31/10/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...31/10/2025

Σελίδα:28



Σύσκεψη Γεωργιάδη με φαρμακευτικές

«**ΠΟΛΕΜΟ**» με την καινοτομία έχει ανοίξει το υπουργείο Υγείας, αφού η ελλιπής δημόσια χρηματοδότηση δημιουργεί αναχώματα στην εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων, ενώ παράγοντες της αγοράς υποψιάζονται ότι το υπουργείο ετοιμάζει νέους τρόπους αποζημίωσης των φαρμάκων.

Ραντεβού με τον υπουργό Υγείας Άδωνι Γεωργιάδη έχουν ζητήσει οι φαρμακευτικές εταιρείες του ΠΙΦ για να συζητήσουν εκτενώς το θέμα που τους καίει και δεν είναι άλλο από τα καινοτόμα φάρμακα των οποίων η εισχώρηση στην ελληνική αγορά όσο πάει και δυσκολεύει. Στο τραπέζι των συζητήσεων θα τεθεί φυσικά και το θέμα του αυξημένου clawback, το οποίο, παρά τις υποσχέσεις του

υπουργού Υγείας, φτάνει και φέτος σχεδόν στα επίπεδα των προηγούμενων ετών.

Συγκεκριμένα, στα σημειώματα του 2ου εξαμήνου που άρχισαν να λαμβάνουν οι φαρμακευτικές οι επιστροφές για τα φάρμακα άνω των 30 ευρώ ανέρχονται λίγο παραπάνω από το 75%. Λαμβάνοντας υπόψη ότι του 1ου εξαμήνου ξεπέρασαν το 79% μεσοσταθμικά, δεν υπάρχει περίπτωση να πέσει στο 69% που προέβλεπε το υπουργός Υγείας. Άρα το clawback συνεχίζει να δημιουργεί σοβαρά προβλήματα για τις εταιρείες. Από την άλλη, τα 50 εκατ. ευρώ για το Ταμείο Καινοτομίας είναι σταγόνα στον ωκεανό, όπως λένε. Η δημόσια χρηματοδότηση για το φάρμακο αλλά και τα ιατροτεχνολογικά είναι μηδαμινή

στη χώρα μας και πολλοί υποψιάζονται ότι το υπουργείο ετοιμάζει πιθανώς νέους τρόπους αποζημίωσης. Θεωρούν ότι το πρόγραμμα της αναπληρώτριας υπουργού Ειρήνης Αγαπηδάκη για την αποζημίωση φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας είναι προεόρτια για ένα νέο μοντέλο αποζημίωσης που θα εισαγάγει η χώρα. Δηλαδή κάλυψη μερίδας ασθενών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, για να λάβουν καινοτόμα φάρμακα, αφού πρώτα έχει διεξαχθεί σειρά εξετάσεων που να πιστοποιεί ότι πληρούν τις προϋποθέσεις. Πρόκειται για ένα μοντέλο που ουσιαστικά μηδενίζει το clawback των καινοτόμων φαρμάκων και λειτουργεί σε κάποιες χώρες.

[SID: 25088075]



«Εφαρμόσαμε τα DRGs και βελτιώνουμε την οικονομική διαχείριση», επεσήμανε ο υφυπ. Υγείας, Μάριος Θεμιστοκλέους.