



# ρεπορτάζ

## «Πιο επικίνδυνο φέτος το κύμα γρίπης»

Καμπανάκι για άμεσο εμβολιασμό κρούουν μέσω της «Α» τέσσερις επιστήμονες - Νωρίτερα και πιο έντονη η έξαρση, ενώ υπάρχει ανησυχία για το υποστέλεχος Κ

ΡΕΠΟΡΤΑΖ  
Βασίλης Βενζέλος

Εντατικοποίηση του αντιγριπικού εμβολιασμού στη χώρα ζητούν οι ειδικοί, καθώς η επέλαση της γρίπης φέτος αναμένεται πολύ πιο νωρίς από τα συνηθισμένα, ενώ η απειλή του υποστελέχους Κ ήδη προβληματίζει τους επιστήμονες του Ηνωμένου Βασιλείου. Πάντως, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του προέδρου του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, Απόστολου Βαλιτά, μέχρι αυτή τη στιγμή περίπου 1.400.000 κάτοικοι της Ελλάδας έχουν εμβολιαστεί κατά της γρίπης, αριθμός που δείχνει ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο καλά για τη χώρα μας.

Σύμφωνα με όσα τονίζει, με ιδιαίτερη έμφαση, στην «Απογευματινή» ο αναπληρωτής καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλος της Επιτροπής Εμπειρογνομώνων του υπουργείου Υγείας και της Επιστημονικής Επιτροπής του ΕΟΔΥ, Γκίκας Μαγιορκίνης, «εάν αυτά είναι τα δεδομένα, πράγματι, τότε οφείλουμε να πούμε ότι πρέπει να εντατικοποιηθεί ο αντιγριπικός εμβολιασμός, καθώς ακόμη και στην περίπτωση κατά την οποία είμαστε στα ίδια επίπεδα με το 2024 αυτό δεν είναι αρκετό, αφού αναμένεται για φέτος το ισχυρό ενδεχόμενο η έξαρση της διάδοσης της γρίπης στη χώρα μας να μας έρθει σαφώς νωρίτερα σε σχέση με το 2024, ενώ το κύμα αυτό ενδέχεται επίσης να είναι ακόμη πιο έντονο και επικίνδυνο σε σχέση με το 2024».

Ο κ. Μαγιορκίνης συνιστά, μέσω της «Α», «να σπεύσουμε για τον αντιγριπικό



Να σπεύσουμε για τον αντιγριπικό εμβολιασμό, τονίζουν οι ειδικοί

Ισχυρό το ενδεχόμενο η έξαρση της διάδοσης της γρίπης στη χώρα μας να μας έρθει νωρίτερα σε σχέση με το 2024



Γκίκας Μαγιορκίνης, αναπληρωτής καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής

Το υποστέλεχος Κ εντοπίζεται φέτος να είναι πιο επιθετικό, προκαλώντας σοβαρότερη νόσηση



Παρασκευή Κατσούλι, καθηγήτρια Πνευμονολογίας της Ιατρικής Σχολής

Έως τώρα 1.400.000 κάτοικοι έχουν εμβολιαστεί, αριθμός που δείχνει ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο καλά

Απόστολος Βαλιτάς, πρόεδρος του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου



Δεν διαθέτουμε στοιχεία που να δείχνουν ότι η γρίπη στην Ελλάδα τείνει να διασπαρεί με κυρίαρχο το στέλεχος Κ

Χρήστος Χατζηχριστοδούλου, πρόεδρος του ΕΟΔΥ



εμβολιασμό μας προκειμένου να προστατευτούμε με επάρκεια από τη σοβαρή νόσηση και τις σοβαρές επιπλοκές της νόσου».

Από τη δική της πλευρά, η καθηγήτρια Πνευμονολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Παρασκευή Κατσούλι, επισημαίνει ότι τα κρούσματα της γρίπης για φέτος ξεκίνησαν την αυξανόμενη διασπορά τους τουλάχιστον έναν μήνα νωρίτερα σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, με το υποστέλεχος Κ, της οικογένειας των στελεχών της γρίπης Α (H3N2), να εντοπίζεται σε ένα στα τρία κρούσματα στο Ηνωμένο Βασίλειο και να είναι πιο επιθετικό, προκαλώντας σοβαρότερη νόσηση, με τους ειδικούς επιστήμονες να εκφράζουν ήδη τον προβληματισμό τους.

Πάντως, σύμφωνα με όσα είπε στην «Α» ο πρόεδρος του ΕΟΔΥ, καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Χρήστος Χατζηχριστοδούλου, «δεν διαθέτουμε τέτοια στοιχεία στη χώρα μας, τα οποία να δείχνουν ότι η γρίπη στην Ελλάδα τείνει να διασπαρεί με κυρίαρχο το στέλεχος Α (H3N2), με το Κ δηλαδή». Ωστόσο, όπως συμπληρώνει ο ίδιος, «πρέπει να εμβολιαστούν άμεσα έναντι της γρίπης όλες οι πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου και στη χώρα μας».

Υπενθυμίζεται ότι τα συμπτώματα της γρίπης H3N2 περιλαμβάνουν αιφνίδια εμφάνιση υψηλού πυρετού, ρίγη, πονοκέφαλο, μυϊκούς πόνους, κόπωση, βήχα και πονόλαιμο. Άλλα πιθανά συμπτώματα είναι η ρινική καταρροή, οι πόνοι στα οστά και ενίοτε γαστρεντερικές διαταραχές όπως διάρροια και εμετοί, ειδικά σε παιδιά.

ven.ygeia@gmail.com

## 2. ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΑΡΑΔΟΞΑ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μέσο: . . . . . ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ\_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: . . .23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . .23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 1



# Τα ελληνικά παράδοξα των δαπανών για την υγεία

*Οι παθογένειες του συστήματος, που κοστίζουν και ταλαιπωρούν τους πολίτες*

**Διαχρονικές** παθογένειες και ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας στη χώρα μας αναδεικνύει έκθεση του ΟΟΣΑ. Τα ελληνικά νοικοκυριά πληρώνουν πάνω από το ένα τρίτο των δαπανών υγείας από την τσέπη

τους, όταν στις χώρες του ΟΟΣΑ το ποσοστό είναι κάτω του 20%. Το ελληνικό σύστημα στηρίζεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, εις βάρος της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, με το 40% του συνολικού προ-

ϋπολογισμού να κατευθύνεται στις νοσηλείες, έναντι 28% στον ΟΟΣΑ, ενώ απουσιάζουν όπως οι αυθημερόν χειρουργικές επεμβάσεις, που εξοικονομούν πόρους και μειώνουν τις λίστες αναμονής. Σελ. 3

## 2. ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΑΡΑΔΟΞΑ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μέσο: . . . . . ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ\_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: . . . 23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 3



Της **ΕΥΓΕΝΙΑΣ ΤΖΩΡΤΖΗ**

**Η κατάσταση** στο ελληνικό σύστημα υγείας μοιάζει με τη γνώριμη εικόνα στους διαδρόμους των νοσοκομείων. Φωτεινή, αλλά με επίμονες σκιές, και στην πράξη η φράση «η υγεία πάνω απ' όλα» μετατρέπεται σε ένα πρόνομο για όσους αντέχουν: το κόστος, τις αποστάσεις, τις ουρές και τα τηλεφώνηματα για «ένα ραντεβού όσο γίνεται νωρίτερα».

Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ φωτίζουν με σκληρό τρόπο τις αδυναμίες συνολικά του ελληνικού συστήματος υγείας – όχι μόνο του δημόσιου – που να μην καταφέρνει, παρά τις περιορισμένες δαπάνες, να πετυχαίνει αξιοπρεπείς δείκτες μακροζωίας, αλλά την ίδια στιγμή δυσκολεύεται να προσφέρει στους πολίτες ουσιαστική, δίκαιη και εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες του.

Η ικανοποίηση των πολιτών είναι ίσως το πιο χαρακτηριστικό «καμπανάκι», καθώς στην Ελλάδα λιγότεροι από τους μισούς πολίτες δηλώνουν ικανοποιημένοι με τη διαθεσιμότητα ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον τόπο τους, έναντι 64% που είναι ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ. Με βάση τα ποσοτικά στοιχεία

# Οι στρεβλώσεις του ελληνικού συστήματος υγείας

*Η Ελλάδα έχει τις μεγαλύτερες δαπάνες για νοσηλείες και το υψηλότερο ποσοστό πολιτών που δεν λαμβάνουν την περιθαλψη που χρειάζονται, σύμφωνα με έρευνα του ΟΟΣΑ*

## Πληθυσμός που αναφέρει ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περιθαλψη, 2024



ΜΗΝ στα δύο μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας, εκεί δηλαδή που «πονάνε» το σύστημα.

Ο κ. Σουλιάτσος υπογραμμίζει την ανάγκη «να μετεξελιχθεί η νοσοκομειοκεντρική αντίληψη, η οποία αντανακλάται και στην κατανομή των οικονομικών και υγειονομικών πόρων, σε μία λογική εστίασης στη δημόσια υγεία, στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Αυτή τη λογική υπηρετούν, όπως σημειώνει μεταξύ άλλων, «τόσο το εθνικό πρόγραμμα προσημιωματικού ελέγχου "Προλαμβάνω", όσο και οι παρεμβάσεις για τον προσωπικό ιατρό και τις Κινητές Ομάδες Υγείας (ΚΟΜΥ). Αντίστοιχα, η αξιοποίηση των δομών που προσφέρουν υπηρεσίες ημερήσιων νοσηλείας, αφενός, ακολουθεί τη σχετική διεθνή εμπειρία και πρακτική και, αφετέρου, αναμένεται να ωφελήσει το σύστημα υγείας σε οικονομικούς όρους και σε όρους διαθεσιμότητας κλινών για όσους τις έχουν πραγματικά ανάγκη».

5. Η τρίτη μεγαλύτερη κατηγορία δαπανών υγείας είναι τα ιατρικά προϊόντα. Οι διαφορές στις τιμές για διεθνή προϊόντα, όπως τα φαρμακευτικά τείνουν να παρουσιάζουν μικρότερη διακύμανση μεταξύ των χωρών από ό,τι για

Τα ελληνικά νοικοκυριά αναλαμβάνουν δυσανάλογο οικονομικό βάρος, πληρώνοντας πάνω από το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών υγείας από την τσέπη τους.

Το σύστημα είναι εξαρτημένο από τις πολυήμερες νοσηλείες, αδυνατώντας να υιοθετήσει σύγχρονες πρακτικές, όπως οι αυθημερόν χειρουργικές επεμβάσεις.

## 2. ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΑΡΑΔΟΞΑ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μέσο: . . . . . ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ\_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: . . . 23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 3

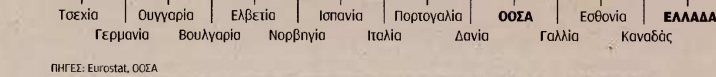


που αναλύονται στην έκθεση δεν πρόκειται απλώς για γκρίνια. Η χώρα μας συγκαταλέγεται στην ίδια ζώνη «δυσφορίας» με την Τουρκία, την Ουγγαρία, την Ιταλία, τη Χίλη και την Κολλομβία, δηλαδή πολύ πιο κοντά στο κλάμπ των «απογοητευμένων» παρά σε εκείνο των «ευτυχημένων» Ελβετών και Λουξεμβούργων.

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, δηλαδή αυτές που δεν ικανοποιούνται λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνων αναμονής, είναι ίσως η πιο σκληρή έκφραση αυτής της πραγματικότητας. Πάνω από το 12% του πληθυσμού στη χώρα μας – δηλαδή πάνω από ένας στους δέκα – δηλώνουν ότι δεν έλαβαν την ιατρική φροντίδα που χρειαζόνταν, όταν στις 28 χώρες του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπάρχουν συγκρίσιμα στοιχεία, το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόλις 3,4%.

«Η πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ αναδεικνύει διαχρονικές παθογένειες και ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας στη χώρα μας», επισημαίνει ο καθηγητής Πολιτικής Υγείας και Κοσμητορας της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Κυριάκος Σουλιάτσος.

Για παράδειγμα, η νοσοκομειοκεντρική αντίληψη, η οποία χαρακτηρίζει το σύστημά μας από την αρχή της συγκρότησής του και αντανακλάται και στην κατανομή των οικονομικών και υγει-



νομικών πόρων, είναι αναγκαίο να μετεξελιχθεί σε μια λογική εστίασης στη δημόσια υγεία, στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σε ό,τι αφορά τη διάρθρωση των δαπανών, η Ελλάδα παραμένει εγκλωβισμένη σε ένα μοντέλο όπου:

1. Τα ελληνικά νοικοκυριά αναλαμβάνουν δυσανάλογο οικονομικό βάρος, πληρώνοντας πάνω από το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών υγείας από την τσέπη τους μέσω άμεσων πληρωμών, όταν στις χώρες του ΟΟΣΑ οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών (out-of-pocket) χρηματοδοτούν λιγότερο από το ένα πέμπτο της συνολικής δαπάνης υγείας.
2. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, περίπου το 75% όλων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης καλύπτεται (στοιχεία 2023) από κρατικά ή υποχρεωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας. Ωστόσο, στη Χίλη, τη Λετονία, την Κορέα, την Ελλάδα και την Πορτογαλία περίπου μόνο το 60% όλων των δαπανών για την υγεία καλύφθηκε από δημόσια επιβεβλημένα προγράμματα.
3. Το σύστημα δίνει δυσανάλογο βάρος στη νοσοκομειακή περίθαλψη, εις βάρος της εξωνοσο-

κομειακής φροντίδας, που είναι η ραχοκοκαλιά κάθε σύγχρονου συστήματος που επιθυμεί να προλάβει, αντί να θεραπεύει καθυστερημένα. Έτσι στην Ελλάδα πάνω από το 40% του συνολικού προϋπολογισμού υγείας – πολύ πιο πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (28%) – κατευθύνεται στις υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών, δηλαδή στις εσωτερικές νοσηλείες. Σε σύγκριση με χώρες όπως η Πορτογαλία, το Ισραήλ ή η Εσθονία, όπου οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν το 45% των δαπανών, η χώρα μας επιμένει σε ένα παρωχημένο μοντέλο όπου ο ασθενής «υπάρχει» κυρίως όταν μπαίνει στο νοσοκομείο.

4. Το σύστημα είναι εξαρτημένο από τις πολυήμερες νοσηλείες αδυνατώντας να υιοθετήσει σύγχρονες πρακτικές όπως οι αυθημερόν χειρουργικές επεμβάσεις (day surgery), που εξοικονομούν πόρους και μειώνουν τις λίστες αναμονής. Σύμφωνα μάλιστα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η εσωτερική νοσηλεία έχει ασυνήθιστα υψηλό μερίδιο και στις άμεσες πληρωμές, απορροφώντας περίπου το 34% των out-of-pocket δαπανών και αντικατοπτρίζει την υψηλή συμμετοχή των ιδιωτικών

νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Να σημειωθεί ότι η πρακτική του «One Day Surgery» (χειρουργική μιας ημέρας), όπου ο ασθενής χειρουργείται με γενική αναισθησία και επιστρέφει σπίτι του την ίδια ημέρα είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη διεθνώς.

Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία και οι σκανδιναβικές χώρες την αξιολογούν εκτεταμένα, χάρη στην τεράστια εξέλιξη των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών και των σύγχρονων αναισθητικών πρωτοκόλλων. Ο λόγος που οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) είναι φθηνότερες είναι ότι δεν περιλαμβάνουν το κόστος της διανυκτέρευσης και έτσι ο πολίτης πληρώνει μικρότερη συμμετοχή (είτε ιδιωτικά είτε μέσω ασφάλιστος). Κόντρα στη γενικότερη αυτή τάση σε πρόσφατο νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας, που ρυθμίζονται μεταξύ άλλων οι όροι και οι προϋποθέσεις ιδρύσεων και λειτουργίας δημόσιων και ιδιωτικών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας, προστέθηκε τελευταία στιγμή διάταξη που εξαιρεί τις περιφέρειες Αττικής και Θεσσαλονίκης. Η εξαίρεση αυτή διαφοροποιεί ουσιαστικά τη λειτουργία των ιδιωτικών

τις τοπικά παραγόμενες υπηρεσίες. Ως αποτέλεσμα, οι δαπάνες για ιατρικά είδη σε χώρες με χαμηλότερα εισοδήματα συχνά αντιπροσωπεύουν ένα υψηλότερο μερίδιο των δαπανών για την υγεία σε σχέση με τις υπηρεσίες. Για παράδειγμα, το 2023, οι δαπάνες για ιατρικά είδη αντιπροσωπεύουν περίπου το 30% όλων των δαπανών για την υγεία στη Σλοβακία και την Ελλάδα. Αντιθέτως, αυτά τα μερίδια ήταν πολύ χαμηλότερα στη Νορβηγία, στην Ολλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, αντιπροσωπεύοντας μόνο το ένα δέκατο των δαπανών για την υγεία.

6. Η γεωγραφία αποτελεί ακόμη ένα εμπόδιο στην πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας, η οποία καταγράφει το υψηλότερο ποσοστό πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω απόστασης μεταξύ 28 χωρών του ΟΟΣΑ. Στην περίπτωση της Ελλάδας, η γεωγραφία δεν αποτελεί μόνο μια δομική ιδιαιτερότητα, καθώς, όπως διαπιστώνεται στην έκθεση, ακόμη και για αυτούς που ζουν στις πόλεις το 15% δεν έχει κοντινή πρόσβαση σε νοσοκομείο. Το στοιχείο αυτό λειτουργεί συνδυαστικά με τα ανεπαρκή δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας και διαμορφώνει το ελληνικό μοντέλο που χαρακτηρίζεται από πολλά φάρμακα, πολύ νοσοκομείο, λιγυ πρωτοβάθμια φροντίδα και πολλά χρήματα από τον οικογενειακό προϋπολογισμό.



**ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΓΙΑ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΕΝΕΙΣ**

**Η** υγεία είναι από τους σημαντικότερους πυλώνες της κοινωνίας, όμως η χρηματοδότησή της στην Ελλάδα παραμένει ένα ζήτημα που επανέρχεται σταθερά στον δημόσιο διάλογο. Παρά την αύξηση των σχετικών κονδυλίων τα τελευταία χρόνια, η χώρα εξακολουθεί να κινείται κάτω από τα ευρωπαϊκά επίπεδα, τόσο συνολικά όσο και σε ό,τι αφορά τη δημόσια δαπάνη, με τους πολίτες να καλούνται ολοένα και περισσότερο να καλύψουν οι ίδιοι μέρος των κόστους των υπηρεσιών υγείας.

Το 2023 η συνολική χρηματοδότηση για την υγεία ανήλθε σε 18,9 δισ. ευρώ, σημειώνοντας αύξηση 7,6% σε σχέση με το προηγούμενο έτος και επιστρέφοντας στα επίπεδα που είχαν καταγραφεί πριν από την οικονομική κρίση. Η δημόσια χρηματοδότηση έφτασε τα 11,5 δισ. ευρώ, αυξημένη κατά 5,7%, ενώ η ιδιωτική δαπάνη αυξήθηκε ακόμα ταχύτερα, στα 7,4 δισ. ευρώ, καταγράφοντας άνοδο 10,7%. Παρά τις θετικές αυτές εξελίξεις, η Ελλάδα εξακολουθεί να υπολείπεται σημαντικά των ευρωπαϊκών επδόσεων: από το 2009 η συνολική δαπάνη υγείας παραμένει μειωμένη κατά 22,6%, με τη δημόσια χρηματοδότηση να έχει υποχωρήσει κατά 31,1%. Αντίθετα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στις χώρες του Νότιου η δημόσια δαπάνη αυξήθηκε κατά 25,5% και 0,5% αντίστοιχα, σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος «Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2024» υπό την επιστημονική επιμέλεια του IOBE.

**Η ψαλίδα με την Ευρώπη**

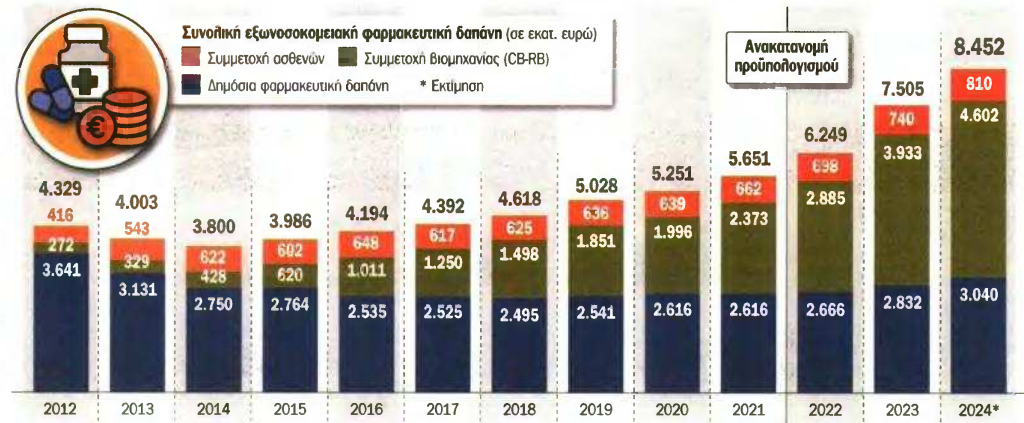
Στο επίπεδο του ΑΕΠ, η δαπάνη για την υγεία διαμορφώθηκε το 2023 στο 8,4%, ποσοστό που παραμένει χαμηλότερο από αυτό των Νοτίων χωρών (8,8%) και αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (10%). Ειδικά η δημόσια δαπάνη, στο 5,1% του ΑΕΠ, απέχει σημαντικά από το 6,4% των Νοτίων χωρών και το 8% της Ε.Ε. Συνολικά, η Ελλάδα υπολείπεται κατά 1,7 ποσοστιαίες μονάδες από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο στη συνολική δαπάνη και κατά 3 μονάδες στη δημόσια χρηματοδότηση.

Αντίστοιχα ανησυχητικές είναι οι ενδείξεις που προκύπτουν από τις δαπάνες των νοικοκυριών: το 2023 το ποσό που ξόδεψαν για την υγεία αντιστοιχούσε στο 7,7% των συνολικών δαπανών τους, αυξημένο σε σχέση με το 6,5% του 2009, παρά τη μικρή μείωση της μέσης μηνιαίας δαπάνης από 134 σε 129 ευρώ. Η αυξημένη συμμετοχή των πολιτών αποτυπώνει την ανελαστικότητα των ανα-

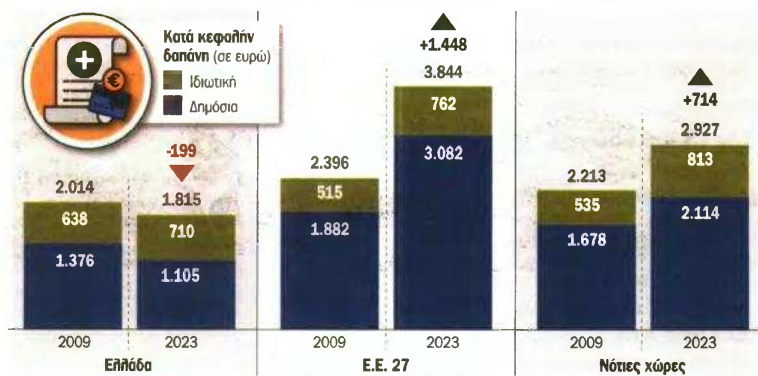
# Η εικόνα των δαπανών υγείας στην Ελλάδα

**ΟΙ ΠΙΕΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟ, Η ΟΛΟ ΚΑΙ ΑΥΞΑΝΟΜΕΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΙΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

**ΕΞΕΛΙΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, 2012-2024**



**ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑ - Ε.Ε. 27 - ΝΟΤΙΕΣ ΧΩΡΕΣ**



γκών υγείας, αλλά και τις ελλείψεις της δημόσιας χρηματοδότησης. Την τελευταία δεκαετία το βάρος των νοικοκυριών μετατοπίστηκε κυρίως προς τη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περιθαλψη, που το 2023 αντιστοιχούσαν στο 32,2% και 34% των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ οι οδοντιατρικές και λοιπές ιατρικές υπηρεσίες περιορίστηκαν στο 11,1%.

**Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης**

Σύμφωνα με τη μελέτη του ΣΦΕΕ και του IOBE, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, τόσο η εξωνοσοκομειακή όσο και η νοσοκομειακή, αυξήθηκε στα 7,5 δισ. ευρώ το 2023, με εκτίμηση για περαιτέρω άνοδο στα 8,5 δισ. ευρώ το

2024, έναντι 6,2 δισ. ευρώ το 2022. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώθηκε στα 3,0 δισ. ευρώ το 2024, ενώ εκτιμάται ότι η συμμετοχή της φαρμακοβιομηχανίας μέσω των υποχρεωτικών επιστροφών στη φαρμακευτική δαπάνη ξεπέρασε τα 4,6 δισ. ευρώ, έναντι 3,9 δισ. ευρώ το 2023 και 2,9 δισ. ευρώ το 2022. Αύξηση σημείωσε και η συμμετοχή των ασθενών, στα 740 εκατ. ευρώ, το 2023, ενώ εκτιμάται ότι θα ξεπεράσει τα 800 εκατ. ευρώ το 2024.

Όπως αναφέρεται, η συμβολή της φαρμακοβιομηχανίας στη φαρμακευτική δαπάνη έχει αυξηθεί σημαντικά. Την περίοδο 2019-2024 ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης έφτασε το 20%, ποσοστό διπλάσιο σε σχέση με τη συνολική δαπάνη, η οποία αυξήθηκε κατά 11%

κατά τον ίδια διάρκεια. Την ίδια περίοδο, η οικονομική συμμετοχή των ασθενών αυξήθηκε με μέσο ρυθμό 5%, ενώ η δημόσια δαπάνη εμφάνισε ακόμα πιο συγκρατημένη άνοδο, μόλις 3,6%.

Οι αλλαγές αυτές οδήγησαν στο να ξεπεράσει η φαρμακοβιομηχανία το 50% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης μετά το 2023. Αντίθετα, η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε στο 36%, δηλαδή σε επίπεδα μικρότερα από τα μισά σε σχέση με το 2012 (84%). Η συμμετοχή των ασθενών, αν και αυξημένη σε απόλυτους αριθμούς από το 2012, αντιστοιχεί πλέον περίπου στο 10%.

Για το 2024 η συνολική φαρμακευτική δαπάνη –συμπεριλαμβανομένων των υποχρεωτικών επιστροφών της βιομηχανίας και της συμμετοχής των

ασθενών– ανήλθε σε 3,1 δισ. ευρώ για τα φάρμακα, 2,7 δισ. ευρώ για τα φάρμακα υψηλού κόστους και 2,7 δισ. ευρώ για τα νοσοκομειακά φάρμακα. Συνολικά, η συμμετοχή της φαρμακοβιομηχανίας και των ασθενών το 2024 έφτασε το 64% της συνολικής δαπάνης.

**Τι γίνεται με τις καινοτόμες θεραπείες**

Σύμφωνα με την τελευταία μελέτη από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών (EFPIA), που δημοσιεύτηκε τον Μάιο του 2025, για τη χρονική περίοδο 2020-2023, από τα 173 καινοτόμα φάρμακα που έλαβαν κεντρική άδεια κυκλοφορίας από τον ΕΜΑ, τα 75 σελεύσματα είναι διαθέσιμα στον Έλληνα ασθενή (43%), ενώ κατά μέσο όρο διαθέσιμα στους Ευρωπαίους ασθενείς είναι 80 φάρμακα (46%).

Αναφορικά με τον χρόνο που απαιτείται από την ημερομηνία έγκρισης των φαρμάκων από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΜΑ) μέχρι την ημερομηνία αποζημίωσής τους από τα συστήματα υγείας, η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική καθυστέρηση. Συγκεκριμένα, ο μέσος χρόνος αποζημίωσης στη χώρα μας ανέρχεται στις 654 ημέρες και υπερβαίνει κατά 76 ημέρες τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ο οποίος ανέρχεται σε 578 μέρες, σύμφωνα με τα ευρήματα της σχετικής μελέτης.

#### 4. ΕΙΜΑΣΤΕ ΦΤΙΑΓΜΕΝΟΙ ΝΑ ΖΟΥΜΕ 132 ΧΡΟΝΙΑ 99

Μέσο: . . . . . ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ

Ημ. Έκδοσης: . . .23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . .23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 1



Ο καθηγητής **Χρούσος**  
στον Δανίκα

**“Είμαστε  
φτιαγμένοι  
να ζούμε  
132 χρόνια”**

...αλλά δεν τα καταφέρ-  
νουμε λόγω του στρες





**Β**ρέθηκα σε πεζόδρομο κοντά στα Λίσια. Στην είσοδο του κτιρίου μια μεγάλη επιγραφή έγραφε: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή. Και με μικρότερα γράμματα: Μονάδα Κλινικής και Μεταφραστικής Έρευνας στην Ενδοκρινολογία. Και με ακόμα μικρότερα: Διευθυντής, Καθηγητής Γιώργος Χρούσος.

Ο Γιώργος Χρούσος είναι μεταξύ των 250 πιο χαρακτηριστικών κλινικών ερευνητών του κόσμου. Έχει συγγράψει περισσότερες από 1.100 επιστημονικές εκδόσεις, έχει επιμεληθεί 29 βιβλία και τα έργα του έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερες από 74.000 φορές. Σύμφωνα με την ιστοσελίδα ISI (που μετρά τις αναζητήσεις για επιστημονικές εκδόσεις), είναι ο πιο αναγνωρισμένος κλινικός παιδίατρος και ενδοκρινολόγος στον κόσμο. Σύμφωνα με τον μετρητή αναφορών της υπηρεσίας Google Μελετώντας, είναι ο 37ος πιο αναγνωρισμένος επιστήμονας στον κόσμο.

Είναι καθηγητής και πρόεδρος του Τμήματος Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ήταν ανώτερος ερευνητής και επικεφαλής του Κλάδου Παιδιατρικής και Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας του Εθνικού Ινστιτούτου Παιδικής Υγείας και Ανθρώπινες Εξελίξεις των ΗΠΑ. Υπήρξε διευθυντής κλινικής στην Παιδιατρική, στη Φυσιολογία και τη Βιοχημική στο Πανεπιστήμιο Τζόρτζιαουν. Είναι διακεκριμένος επισκέπτης ερευνητής στο Ινστιτούτο Παιδικής Υγείας και Ανθρώπινες Εξελίξεις των ΗΠΑ.

Διαβάζετε προσεκτικά αυτά που λέει. Είναι τόσο χρήσιμα όσο είναι και μια αόρατη και αδιαπέραστη προσωπική ασπίδα υγείας!

**Σκηνή 1η «Θανατηφόρο στρες»**

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΔΑΝΙΚΑΣ:** Σχετικά με αυτή την ανακάλυψη που βγάλατε, μπορούμε να είμαστε νέοι μέχρι τα 200;

**ΓΙΩΡΓΟΣ ΧΡΟΥΣΟΣ:** Αι! Ό,τι φαίνεται, είμαστε φτιαγμένοι για 132 χρόνια, εκεί το έχουν υπολογίσει.

**Δ.Δ.:** Ποια γενιά;

**Γ.Χ.Ρ.:** Όλα. Ο άνθρωπος είναι φτιαγμένος για 132 χρόνια, με τον μέσο όρο ζωής γύρω στα 105-110. Όμως, λόγω του στρες κυρίως, των δυσκολιών, της πίεσης που υφίσταμεθα, πεθαίνουμε νωρίτερα.

**Δ.Δ.:** Μα, λένε ότι το στρες είναι και θετικό.

**Γ.Χ.Ρ.:** Όταν είναι διαχείρισιμο, είναι θετικό. Να δώσω ένα παράδειγμα. Ξεκινάω να κάνω κάτι το οποίο έχει μια δυσκολία, αλλά μέσα στην ημέρα το επιτυγχάνω. Στο τέλος έχω ένα θετικό αίσθημα. Αυτό λέγεται «ευ στρες», διότι το χειρίζεσαι καλά και το ήξελα.

**Δ.Δ.:** Όταν μαθαίνω όμως ότι έχω καρκίνο, δεν μπορώ να έχω θετικό στρες.

**Γ.Χ.Ρ.:** Αυτό είναι αρνητικό στρες, καταρχάς ψυχολογικό. Αρχίζεις να σκέφτεσαι «τι θα μου συμβεί, θα προχωρήσει...». Καλό είναι βέβαια, τώρα που έχουμε τρόπους να αντιμετωπίσουμε τον καρκίνο, να τον αντιμετωπίσουμε μαχητικά και με ελπίδα ότι θα κρατήσουμε πολλά χρόνια. Και πραγματικά, ξέρω γυναίκες με καρκίνο του μαστού που, αν τον θεωρήσουν έναν εχθρό που μπορούν να τον αντιμετωπίσουν, τον αντιμετωπίζουν σωστά και ζουν περισσότερο.

**Δ.Δ.:** Αυτά που κάνουν οι γυναίκες με τις πλαστικές, με τα υαλουρονικά, δημιουργούν προβλήματα στον οργανισμό;

**Γ.Χ.Ρ.:** Όχι, όχι, δεν μπορεί να κάνει κάτι κακό το υαλουρονικό.

**Σκηνή 2η «Γεννιούνται παιδιά με προβλήματα»**

**Δ.Δ.:** Μπορεί κανείς να διατηρηθεί νέος; Τα κύτταρα δεν πεθαίνουν;

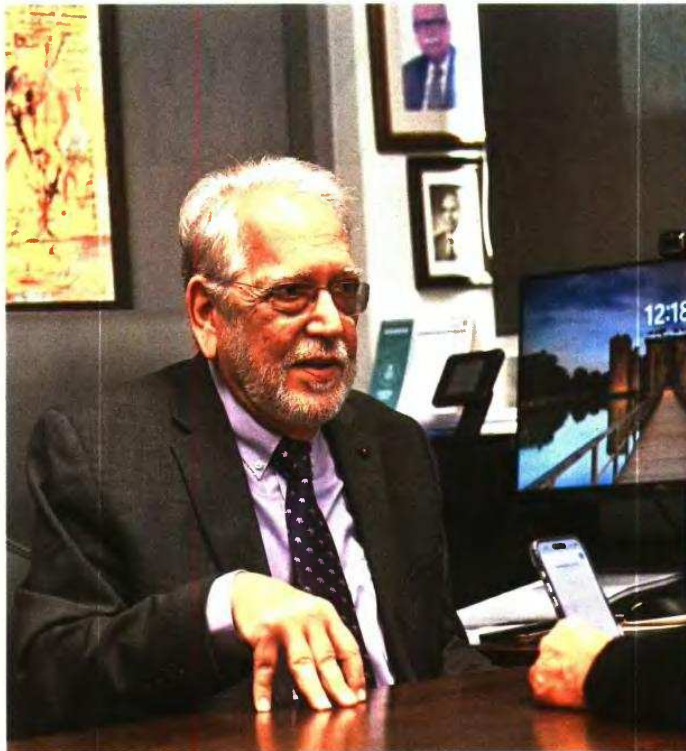
**Γ.Χ.Ρ.:** Τα κύτταρα πεθαίνουν - και είναι προγραμματισμένα να πεθαίνουν. Όμως αυτό βέβαια πάει λίγο μακριά στο μέλλον - ξέρουμε πλέον πώς να κάνουμε την αναγέννηση ενός κυττάρου. Να σκεφτείτε ότι οι γαμύτες, δηλαδή τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια, είναι νέα κύτταρα, έχουν επανέλθει σε πολύ νεανική μορφή.

**Δ.Δ.:** Δηλαδή τα κύτταρα ενός άνδρα 70 ετών στην εκπομπή είναι νέα;

**Γ.Χ.Ρ.:** Τα κύτταρα αυτά είναι νέα, δυστυχώς όμως, λόγω του ότι έχουν περάσει 70 χρόνια, έχουν μαζέψει μεταλλάξεις πάνω τους. Έχουν γίνει αλλαγές στο DNA. Γι' αυτό και όταν έχουμε μεγαλύτερους γονείς, δηλαδή πατέρες και μητέρες που είναι μεγάλης ηλικίας, τα παιδιά αυτά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν προβλήματα γενετικά, τα οποία μπορεί να εμφανιστούν με διάφορους τρόπους.

**Δ.Δ.:** Δηλαδή η γυναίκα μέχρι πόσων ετών είναι καλό να γεννάει;

**Γ.Χ.Ρ.:** Το καλό είναι μέχρι τα 37 να έχει ολοκληρώσει τον κύκλο. Διότι μετά πλέον αρχίζει και το αναπα-



**Γιώργος Χρούσος**

**«Είμαστε φτιαγμένοι να ζούμε 132 χρόνια**

**αλλά πεθαίνουμε νωρίτερα από στρες»**

*Ο καθηγητής Παιδιατρικής, ένας εκ των 250 σημαντικότερων κλινικών ερευνητών στον κόσμο, εξηγεί τι κρύβεται πίσω από τα μαθησιακά προβλήματα των παιδιών και περιγράφει τον χρυσό κανόνα της μακροζωίας: «Νο1 είναι ο ύπνος, το δεύτερο η διατροφή και το τρίτο η άσκηση»*





**— Για το στρες: «Όταν είναι διαχειρίσιμο, είναι θετικό. Ας πούμε, ξεκινάω να κάνω κάτι το οποίο έχει μια δυσκολία, αλλά μέσα στην ημέρα το επιτυγχάνω. Στο τέλος έχω θετικό αίσθημα. Αυτό λέγεται “εு στρες”, διότι το χειρίστηκα καλά και το ηλέγησα» —**



**Το μεγάλο λάθος των γονέων: «Είναι που αφήνουν τα παιδιά τους να παίρνουν τα smartphones και τις οθόνες στο κρεβάτι. Τα παιδιά αυτά αργούν να κοιμηθούν και όταν κοιμηθούν έχουν κακή ποιότητα ύπνου»**

τι συμβαίνει και την αντιμετωπίζουμε. Υπάρχουν πλέον και φάρμακα και μεταγίσεις και σύντομα θα έχουμε και γονιδιακή θεραπεία. Τα μονογονιδιακά νοσήματα θα μπορούμε γρήγορα, τα επόμενα χρόνια, να τα θεραπεύσουμε διότι πλέον μπορούμε να βάλουμε γονίδια μέσα στο γονίδιο.

**Δ.Δ.:** Άρα θα λυθεί το πρόβλημα αυτό.

**Γ.ΧΡ.:** Προβλήματα τέτοιου είδους, μονογονιδιακά, που έχουμε ποιο είναι το γονίδιο που έχει το πρόβλημα, θα λυθούν. Τα πράγματα είναι πού αισιόδοξα.

**Δ.Δ.:** Με το AI δεν θα επηρεαστεί η δουλειά σας; Αν έμένα μου λέει «δεν χρειάζεται να πάς στον γιατρό, έχεις αυτό, έχεις εκείνο, κάνε το ένα, κάνε το άλλο»;

**Γ.ΧΡ.:** Το μάθαμε, το χρησιμοποιούμε πια το AI. Είναι καλό, αλλά πρέπει να το βλέπουμε ως μοχλό. Δεν έχει κρίση, δεν έχει συναισθημα. Και το συναισθημα είναι σημαντικό.

**Δ.Δ.:** Δεν κινδυνεύει το λειτουργικό σας;

**Γ.ΧΡ.:** Όχι, θα βελτιωθεί. Διότι πλέον μέσω του AI μια ακτινογραφία μας δίνει πολύ περισσότερες πληροφορίες απ' όσες μπορούμε να έχουμε τώρα. Όπως με το στηθοσκόπιο, που υπάρχει 200 χρόνια τώρα και χρησιμοποιείται ακόμα. Αλλά τώρα με τον φορητό υπέρηχο μπορούμε να δούμε μέσα στο σώμα - μπορεί να σας πω αν έχετε πέτρες στη χολή, κάτι που με το στηθοσκόπιο δεν μπορού να το κάνω. Διαβήδ η AI πρέπει να χρησιμοποιηθεί από τον άνθρωπο ως βοηθητικό εργαλείο, έναν μοχλό που μας αυξάνει τη δυνατότητα να σηκώσουμε μεγαλύτερο γνωστικό βάρος. Όταν έχουμε 44.000 γονίδια, είναι αδύνατον ένας άνθρωπος να τα θυμάται όλα αυτά.

**Δ.Δ.:** Έχουμε τόσα γονίδια;

**Γ.ΧΡ.:** Ναι, κάθε κίτταρό μας εκφράζει 44.000 γονίδια. Με τη βοήθεια λοιπόν της AI, που μπορεί να κάνει μεγάλους υπολογισμούς γρήγορα.

**Σκηνή 4η  
«Παιδί 6 ετών έχει λογική και ηθική»**

**Δ.Δ.:** Οι γονείς παίζουν μεγάλο ρόλο.

**Γ.ΧΡ.:** Τεράστιο. Τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής είναι σημαντικά, γιατί εκεί σχηματίζεται η εμπιστοσύνη του ανθρώπου προς τον άνθρωπο, που είναι αυτή του παιδιού προς τη μητέρα. Η μητέρα παίζει τεράστιο ρόλο. Και μετά βέβαια ο πατέρας, οι συγγενείς, τα αδέρφια

και ούτω καθεξής. Τα δύο πρώτα χρόνια είναι ο δεσμός, έτσι λέγεται αυτό. Μετά, τα επόμενα τρία με τέσσερα χρόνια γίνεται ο σχηματισμός της κρίσης, δηλαδή της λογικής και της ηθικής.

**Δ.Δ.:** Από ποια ηλικία;

**Γ.ΧΡ.:** Στα έξι χρόνια έχει ολοκληρωθεί αυτό, δηλαδή ο τρόπος που σκεφτόμαστε, η λογική, και ο τρόπος που βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους, η ηθική. Το αίσθημα του δικαίου, το οποίο είναι έμφυτο στον άνθρωπο. Και η λογική μας και η ηθική μας είναι γραμμένα στο DNA μας.

**Δ.Δ.:** Υπάρχει ήδη το αίσθημα της δικαιοσύνης και της ηθικής στο DNA μας;

**Γ.ΧΡ.:** Όταν γεννιέται το παιδί το έχει ήδη μέσα του.

**Δ.Δ.:** Δεν είναι η Εκκλησία που το επιβάλλει;

**Γ.ΧΡ.:** Όχι, αυτό είναι έμφυτο. Είναι αναπτυχθήκαμε ως ανθρωπότητα.

**Δ.Δ.:** Και τότε ένας δολοφόνος πώς σκοτώνει;

**Γ.ΧΡ.:** Αν πάτε στις αμερικανικές φυλακές, θα δείτε ότι περίπου το 85% των φυλακισμένων -ανδρών και γυναικών- τους είχαν κακοποιήσει τα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής τους. Οι γονείς τους, οι συγγενείς τους, όποιο είχαν τη φροντίδα τους. Τα παιδιά αυτά μετά αναπτύσσουν ψυχοπαθητικότητα δευτερογενώς. Δηλαδή δεν το έχουν στο DNA τους, αλλά επειδή τα έχουν κακοποιήσει τόσο πολύ, δεν γίνεται σωστά ούτε η ανάπτυξη της λογικής ούτε της ηθικής, οπότε αργότερα έχουν προβλήματα.

**Σκηνή 5η  
Υπνος, διατροφή, άσκηση**

**Δ.Δ.:** Μία γυναίκα που την εγκαταλείπει ο άνδρας της και αισθάνεται πάρα πολύ άσχημα, δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό της, μπορεί να κάνει πράγματα απίστευτα - να φάσει π.χ. και στην αυτοκτονία.

**Γ.ΧΡ.:** Δυστυχώς υπάρχουν αυτά, δεν είναι όμως το 100%, είναι ένα μικρό ποσοστό. Η ζωή είναι γεμάτη στρες, πρέπει από μικροί να μάθουμε να τα ελέγχουμε αυτά. Ο χαρισμός είναι ένα τεράστιο στρες - όσα και για τους δύο βέβαια.

**Δ.Δ.:** Για τη γυναίκα κυρίως;

**Γ.ΧΡ.:** Όχι, και για τον άνδρα το ίδιο είναι. Όταν ένα ζευγάρι χωρίζεται, πάει να πει ότι το λιγότερο ο ένας από τους δύο έχει πρόβλημα. Ο ένας καταπιέζεται και ο άλλος καταπιέζει, να το πούμε έτσι. Κι εγώ νόμιζα ότι θα στρεσορριστούν και οι δύο σε έναν χαρισμό, αλλά

πολλές φορές ο ένας ανακουφίζεται και ο άλλος υποφέρει. Δεν είναι απαραίτητο δηλαδή ότι ο χαρισμός θα επηρεάσει το ίδιο και τους δύο. Ανακουφίζεται αυτός που υποφέρει κατά τη διάρκεια της σχέσης. Αυτός σπκόνεται και φεύγει. Ο άλλος όμως πώς υποφέρει βέβαια, όταν έχεις ζήσει με κάποιον και έχεις παιδιά, συμφέροντα κοινά, ο χαρισμός θα επηρεάσει και τους δύο πάρα πολύ.

**Δ.Δ.:** Ο ύπνος το ρόλο παίζει στη ζωή μας;

**Γ.ΧΡ.:** Ο ύπνος είναι No.1. Εγινε τώρα μια μεγάλη μελέτη στην Αμερική για το τι είναι πιο σημαντικό για την υγεία του ανθρώπου. Κοιτάζανε διατροφή, άσκηση και ύπνο. Το πιο σημαντικό, λοιπόν, είναι ο ύπνος. Το δεύτερο είναι η διατροφή και το τρίτο η άσκηση. Και τα τρία είναι σημαντικά, αλλά πρέπει να φροντίζουμε όλοι να κοιμόμαστε καλά. Είναι βασικό αυτό, διότι μας βοηθάει να αντιμετωπίσουμε το στρες τις ημέρας.

**Δ.Δ.:** Πώς μπορούμε να κοιμηθούμε καλά;

**Γ.ΧΡ.:** Το βράδυ πρέπει να αναπαυόμαστε. Πολύς κόπος παίρνει τα προβλήματα της δουλειάς - ή του σχολείου του παιδι - και τα φέρνει στο σπίτι.

**Σκηνή 6η  
Τα ευεργετικά Κήματα Δέλτα**

**Δ.Δ.:** Τι μέρος του πλθθυσμού έχει αυτά τα προβλήματα του ύπνου, του στρες, της κακοποίησης;

**Γ.ΧΡ.:** Της κακοποίησης είναι άγνωστο, γιατί πολλά γίνονται μέσα στα σπίτια και δεν φαίνονται ποτέ εκτός του σπιτιού. Τα κρύβουν, γιατί είναι και στήγια.

**Δ.Δ.:** Για τον ύπνο υπάρχει στατιστικά; Πόσοι Έλληνες κοιμούνται κανονικά και πόσοι όχι;

**Γ.ΧΡ.:** Για τους Έλληνες δεν ξέρω να σας πω. Στην Αμερική βέβαια έχουν γίνει λεπτομερείς μελέτες. Καθώς μεγαλώνουμε, μετά τα 35, είναι που αρχίζουν τα προβλήματα του ύπνου. Και αυτό συμβαίνει διότι αυξάνεται η ευαισθησία του εγκεφάλου στο στρες. Δηλαδή, μετά τα 35, κάτι μέσο όρο, δεν σε αφήνει να κοιμηθείς. Όλες αυτές οι βιολογικές ιδιότητες, όπως το να σε ξυπνάει το στρες και να μη σε αφήνει να κοιμηθείς, είναι κωδικοποιημένες χημικά. Δηλαδή ο πόνος, πλθθυσμός είναι κάπου στη μέση, είναι όμως μερικοί που είναι πολύ ευαίσθητοι και μερικοί που δεν τους πειράζει τίποτα. Λοιπόν, όλη αυτή η καρμάλισ στον δυτικό τρόπο ζωής έχει μεταφερθεί προς τα

ραγωγικό σύστημα σγά-σγά να αλλοιώνεται, η γονιμότητα πέφτει.

**Δ.Δ.:** Και αυτό δημιουργεί προβλήματα στο παιδί στο μέλλον.

**Γ.ΧΡ.:** Ακριβώς. Πολλά παιδιά που έχουν μαθησιακά προβλήματα, ΔΕΠΥ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας) πέφτουν μέσα στο φάσμα του αυτισμού. Αν τα κοιτάει κανείς, έχουν μεταλλάξεις σε διάφορα γονίδια. Και όσο μεγαλύτεροι είναι οι γονείς, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να έχεις και κάτι τέτοιο.

**Δ.Δ.:** Δηλαδή μια μητέρα που γεννιάει 40 ετών μπορεί να έχει περισσότερες πιθανότητες να γεννήσει αυτιστικό παιδί;

**Γ.ΧΡ.:** Εάν πάρω μια στατιστική και βάλω από τη μια μεριά την ηλικία της μητέρας ή του πατέρα και από την άλλη μεριά την πιθανότητα το παιδί να έχει κάτι αναπτυξιακό, θα είναι μια ευθεία γραμμή. Υπάρχει δηλαδή μια συσχέτιση - ανεβαίνει η ηλικία, ανεβαίνουν οι πιθανότητες.

**Δ.Δ.:** Αλλά γίνεται προγεννητικός έλεγχος τώρα, δεν είναι έτσι;

**Γ.ΧΡ.:** Γίνεται για ορισμένα νοσήματα, όχι για όλα. Για τον αυτισμό δεν γίνεται, διότι ο αυτισμός είναι πολυγονιδιακό πρόβλημα. Θα γίνεταί κάποτε, όταν θα ξέρουμε όλα τα γονίδια.

**Σκηνή 3η  
«Η AI είναι εργαλείο χωρίς κρίση»**

**Δ.Δ.:** Ποιο είναι το μέλλον;

**Γ.ΧΡ.:** Το μέλλον είναι, κατά τη γνώμη μου, ότι θα φτάσουμε σε μια εποχή που θα μπορούμε να ξέρουμε από τη Γενετική αν το παιδί έχει πιθανότητες να πάθει αυτισμό, να πάθει ΔΕΠΥ, να πάθει σπδ ή σπδ ή σπδ.

**Δ.Δ.:** Πότε θα γίνει αυτό;

**Γ.ΧΡ.:** Θα γίνει μέσα σε λίγα χρόνια. Δεν θα 'λεγα πενταετία, αλλά είμαστε κοντά.

**Δ.Δ.:** Θα μπορούμε να ελέγχουμε τις γεννήσεις; Δηλαδή θα μπορούμε να πούμε στο μέλλον τι παιδί θα γεννίσουμε;

**Γ.ΧΡ.:** Θα μπορούμε να μιλάμε με πιθανότητες. Δηλαδή ότι το παιδί αυτό έχει μεγάλη πιθανότητα να πάθει αυτοσσοία, να πάθει αλλεργία, να γίνει παχύσαρκο ή να πάθει αυτισμό. Πιθανότητες, πάντα. Εκεί που έχουμε βεβαιότητα είναι όταν είναι λίγα τα γονίδια, τα λεγόμενα «μονογονιδιακά» ή ολογονιδιακά νοσήματα.

**Δ.Δ.:** Τι διαφορά έχουν με τα άλλα;

**Γ.ΧΡ.:** Να σας πω ένα παράδειγμα. Στη θάλασσα, δηλαδή τη μεσογειακή αναμία, ξέρουμε ακριβώς





**Πώς φτάνει κανείς στο έγκλημα: «Αν πάτε στις αμερικανικές φυλακές, θα δείτε ότι το 85% των φυλακισμένων -ανδρών και γυναικών- τους είχαν κακοποιήσει στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής τους. Τα παιδιά αυτά μετά αναπτύσσουν ψυχοπαθητικότητα»**

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΕΛΙΔΑ 37

αριστερά. Δηλαδή μας έχει κάνει πιο ευαίσθητους γιατί είναι πιο πολύ το στρες της ημέρας. Ένα μεγάλο λάθος που κάνουν οι γονείς είναι που αφηρούν τα παιδιά τους να παίρνουν τα smartphones και τις θόβες στο κρεβάτι. Τα παιδιά αυτά και αργούν να κοιμηθούν, και όταν κοιμηθούν έχουν κακή ποιότητα ύπνου. Οπότε μετά ο ύπνος δεν είναι καλός ποιότητας. Έχετε πολλά εμπήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας ή δεν έχετε τα λεγόμενα «βαθιά

κοιμούνται 12 ώρες, τα μωρά ακόμη περισσότερο. Αλλά όπως περνάτε τα χρόνια, φτάνουμε στον 18χρονο ή τον 20χρονο, ο οποίος πρέπει να κοιμηθεί επτά με οκτώ ώρες το εικοσπετάωρο.  
**Δ.Δ.:** Και οι μεγαλύτεροι;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Το ίδιο, επτά με οκτώ ώρες, τόσο χρειαζόμαστε όλοι. Είναι λίγοι αυτοί οι οποίοι μπορούν να κοιμηθούν τρεις ή τέσσερις ώρες το εικοσπετάωρο και να είναι εντάξει. Και αυτοί έχουν μεταλλάξεις σε

**Γ.Χ.Ρ.:** Δεν έχει σημασία τι ώρα, αλλά πόση διάρκεια - και να το κρατάμε το ίδιο.  
**Δ.Δ.:** Αν εγώ κοιμάμαι 5 το πρωί και ύπνιάω 12 το μεσημέρι;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Αν το κάνετε αυτό κάθε ημέρα, είστε ΟΚ. Ο βιολογικός ρυθμός προσαρμόζεται. Αυτό που είναι κακό είναι να κοιμάσαι πέντε βράδια στις 11 και μετά δύο βράδια. Παρασκευή και Σάββατο, στις 3-4 το πρωί. Αυτό είναι σκότσημα για τον οργανισμό.  
**Δ.Δ.:** Του αλλάζει τη συνήθεια.  
**Γ.Χ.Ρ.:** Είμαστε συνδεδεμένοι με τη φύση. Ο άνθρωπος είναι συνδεδεμένος με τον εικοσπετάωρο ρυθμό.

**Δ.Δ.:** Τι φύση την καταστρέφουμε.  
**Γ.Χ.Ρ.:** Με τα φώτα και μόνο. Τα δυνατά φώτα, το πολύ φως, που σημαίνει ότι δεν κοιμάσαι κανονικά, όπως θα έπρεπε, έχει συσχετιστεί με αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και τον καρκίνο.  
**Δ.Δ.:** Αυτό είναι φοβερό που μου λέτε τώρα.  
**Γ.Χ.Ρ.:** Καινούριες μελέτες είναι αυτές. Αν δεν κοιμάσαι κανονικά και μένεις ύπνος πολλές ώρες, το ανοσοολογικό σύστημα του οργανισμού δεν δουλεύει καλά. Χάνεις δηλαδή τη δυνατότητα άμυνας και προς τα μικρόβια και προς τους καρκίνους. Επιπλέον, αν δεν κοιμάσαι καλά και έχεις στρες, έχεις συνεχώς ανεβασμένες κορτιζόλη και άλλες ορμόνες του στρες.

**Δ.Δ.:** Δηλαδή, ένας που δεν κοιμάται καλά έχει περισσότερες πιθανότητες να πάθει καρκίνο, αυτό μου λέτε τώρα;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Αυξάνονται οι πιθανότητες - πάντα με πιθανότητες μιλάμε. Όλα αυτά που σας λέω είναι στατιστικές μελέτες, επιδημιολογικές. Είναι δημοσιευμένες έρευνες σε καλά περιοδικά.  
**Δ.Δ.:** Δηλαδή, ένας που δεν κοιμάται καλά έχει περισσότερες πιθανότητες να πάθει καρκίνο, αυτό μου λέτε τώρα;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Αυξάνονται οι πιθανότητες - πάντα με πιθανότητες μιλάμε. Όλα αυτά που σας λέω είναι στατιστικές μελέτες, επιδημιολογικές. Είναι δημοσιευμένες έρευνες σε καλά περιοδικά.



**Για το ΕΣΥ:**  
**«Είμαστε πολύ καλά από πλευράς Ιατρικής. Εγώ ήρθα από την Αμερική ως διευθυντής παιδιατρικής κλινικής και η κλινική που βρήκα ήταν ισότιμη, ίσως και καλύτερη από του Τζόρτζιαουν»**

κώματα», τα κώματα Δέλτα.  
**Δ.Δ.:** Τι είναι αυτά;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Αυτά είναι κώματα που συμβαίνουν μέσα στον βαθύ ύπνο. Όταν έχουμε τον βαθύ ύπνο, για μερικές ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας ανοίγουν οι κρουνοί - είναι το υγρό που περνάει μέσα από τον εγκέφαλο και τον καθαρίζει.  
**Δ.Δ.:** Είναι ενεργητικός ο βαθύς ύπνος δηλαδή.  
**Γ.Χ.Ρ.:** Πολύ ενεργητικός. Όταν ξυπνάς το πρωί και αισθάνεσαι φρέσκος, πάει να πει ότι ο εγκέφαλός σου έχει καθαρίσει καλά.  
**Δ.Δ.:** Αυτοί πόσοι είναι στατιστικά;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Οι φυσιολογικοί άνθρωποι και τα παιδιά έχουν βαθύ ύπνο. Δεν έχουν αυτοί που είναι χρόνια στρεσορραμμένοι, αυτοί που παίρνουν το κινητό στο κρεβάτι, αυτοί που πίνουν το βράδυ πολύ...

διάφορα γονίδια - τώρα αρχίζουμε να τα απομονώνουμε.

**Σκηνή 7η «Καρδιαγγειακά από το πολύ φως!»**

**Δ.Δ.:** Εσείς πώς κοιμάστε; Δεν βλέπετε τι ώρα οραση, δεν παίρνετε κινητό το βράδυ;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Όχι, τα αφήνω απέξω. Τουλάχιστον δύο ώρες πριν.  
**Δ.Δ.:** Και τότε πέφτετε για ύπνο;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Κανονικά, κατά τις 11.00-11.30. Κοιμάμαι αυτές τις επτά με οκτώ ώρες που πρέπει.  
**Δ.Δ.:** Έχει σημασία τι ώρα θα κοιμηθείτε;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Όχι, τα αφήνω απέξω. Τουλάχιστον δύο ώρες πριν.  
**Δ.Δ.:** Και τότε πέφτετε για ύπνο;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Κανονικά, κατά τις 11.00-11.30. Κοιμάμαι αυτές τις επτά με οκτώ ώρες που πρέπει.  
**Δ.Δ.:** Έχει σημασία τι ώρα θα κοιμηθείτε;

**Δ.Δ.:** Εσείς πώς κοιμάστε; Δεν βλέπετε τι ώρα οραση, δεν παίρνετε κινητό το βράδυ;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Όχι, τα αφήνω απέξω. Τουλάχιστον δύο ώρες πριν.  
**Δ.Δ.:** Και τότε πέφτετε για ύπνο;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Κανονικά, κατά τις 11.00-11.30. Κοιμάμαι αυτές τις επτά με οκτώ ώρες που πρέπει.  
**Δ.Δ.:** Έχει σημασία τι ώρα θα κοιμηθείτε;

**Δ.Δ.:** Εσείς πώς κοιμάστε; Δεν βλέπετε τι ώρα οραση, δεν παίρνετε κινητό το βράδυ;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Όχι, τα αφήνω απέξω. Τουλάχιστον δύο ώρες πριν.  
**Δ.Δ.:** Και τότε πέφτετε για ύπνο;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Κανονικά, κατά τις 11.00-11.30. Κοιμάμαι αυτές τις επτά με οκτώ ώρες που πρέπει.  
**Δ.Δ.:** Έχει σημασία τι ώρα θα κοιμηθείτε;

**Σκηνή 8η «Ο Γεωργιάδης έχει βοηθήσει το ΕΣΥ»**

**Δ.Δ.:** Είναι χρήσιμος ο ύπνος το μεσημέρι;

**Γ.Χ.Ρ.:** Απόλυτα. Είναι πολύ καλός για τον οργανισμό, αποδεδειγμένα.  
**Δ.Δ.:** Ποια είναι η διαφορά μας στην Ελλάδα σε σχέση με την Αμερική όσον αφορά την Παιδιατρική και την Ενδοκρινολογία;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Είμαστε καλά. Εγώ ήμουν στο Τζόρτζιαουν και κρατάω επαφή - ηγαίνω συχνά εκεί, είμαι σε εταιρείες. Είμαστε πολύ καλά από πλευράς Ιατρικής στη χώρα μας και είμαι περήφανος γι' αυτό. Οχι μόνο Παιδιατρικής και Ενδοκρινολογίας, αλλά και Ιατρικής γενικά μπορώ να σας πω. Δηλαδή, ενώ το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας ήταν Νο1 στον κόσμο, αυτή τη στιγμή έχουμε Έλληνες οι οποίοι έρχονται εδώ από την Αγγλία για να κάνουν τη φροντίδα τους. Διότι έχουμε καλύτερη ιατρική φροντίδα.  
**Δ.Δ.:** Το ΕΣΥ είναι βελτιωμένο τώρα;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Αν το συγκρίνουμε με το αγγέζικο, είναι καλύτερο. Και ραντεβού βρίσκεσαι άμεσα, και γιατρούς οι οποίοι είναι πολύ καλά εκπαιδευμένοι. Εγώ ήρθα από την Αμερική ως διεθυντής παιδιατρικής κλινικής και η κλινική που βρήκα ήταν ισότιμη, ίσως και καλύτερη από του Τζόρτζιαουν.

**Δ.Δ.:** Ηταν η πανεπιστημιακή όμως, όχι η κανονική.  
**Γ.Χ.Ρ.:** Κοιπάτε, μέσα στο νοσοκομείο του ΕΣΥ είμαστε. Τα έβλεπα. Δεν ήταν μόνο η πανεπιστημιακή στο Παίδων.  
**Δ.Δ.:** Για να το πάρω λίγο πολιτικά τώρα, μια και μιλάτε για βελτίωση, ο Γεωργιάδης έχει βοηθήσει σε αυτό;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Η γνώμη μου είναι ότι έχει βοηθήσει και κάνει ό,τι μπορεί. Και έχω δουλέψει με πολλούς υπουργούς Υγείας. Και την προηγούμενη φορά που ήταν, όταν ήμουν εγώ εν ενεργεία...

**Δ.Δ.:** Και τώρα εν ενεργεία δεν είστε;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Τώρα είμαι εν ενεργεία, αλλά μετά τη συνταξιοδότηση. Είναι αυτό που λέγεται «active retirement». Πήρα σύνταξη αλλά παραμένω, γιατί είμαι από αυτούς που δεν σταματάνε.  
**Δ.Δ.:** Και ο Γεωργιάδης, δηλαδή, αποδείχθηκε καλύτερος υπουργός. Δεν το βάζω πολιτικά.  
**Γ.Χ.Ρ.:** Ούτε εγώ το βάζω πολιτικά. Αλλά όταν είχα κάποιο

**Επίλογος «Το όνειρό μου»**

**Δ.Δ.:** Γιατί επιστρέψατε;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Για να βοηθήσω.  
**Δ.Δ.:** Τι μισό παίρνατε στην Αμερική;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Ο μισθός μου έπεσε κατά πέντε φορές. Επαίρνα 200.000 δολάρια τον χρόνο τότε και έπεσε στις 30 τσέτες.  
**Δ.Δ.:** Και ο σύζυγος, γιατρός είναι;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Ναι, οφθαλμίατρος.  
**Δ.Δ.:** Αυτή τη στιγμή τι έρευνα κάνετε;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Η έρευνα που κάνουμε είναι λιγότερο βασική από αυτήν που κάναμε στην Αμερική, διότι εκείνη ήταν πολύ ακριβή. Αυτή η έρευνα δεν μπορεί να γίνει εδώ.

Η γραμματέας του, η κυρία Ελένη, άνοιξε την πόρτα. Είρεπε να φύγω. Και φρέγγονιας τον ρώτησα:  
**Δ.Δ.:** Ποιο θα λέγατε ότι είναι το όνειρό σας;  
**Γ.Χ.Ρ.:** Το όνειρό μου είναι να υπάξουμε μια χώρα με καλή Ιατρική, καλή Υγεία και να αναπτύσουμε τα παιδιά μας από μικρά ώστε να γίνουν καλοί πολίτες. Και υγιείς - φυσικά και σοσιατικά.  
**Δ.Δ.:** Γιατί οι γονείς είναι εκείνοι που φαίνονται τα παιδιά.  
**Γ.Χ.Ρ.:** Οι γονείς και εν συνεχεία, λόγω του ότι δουλεύουν οι μπαμπές, είναι και οι παιδικόι σταθμοί. Τα παιδιά τα παρκάρουμε στη χώρα μας. Δεν θέλουν παρκάρωμα τα παιδιά, θέλουν μόρφωση. Οχι τη μόρφωση του σχολείου, τη μόρφωση της τριπλής, της κοινωνικής, όλα αυτά.

Τα ακούτε; Από το ένα αυτό μιλάνουν, από το άλλο βγαίνουν. Το όνειρο του Γιώργου Χρούσου και δικό μου. Μα, τι άνθρωπος είναι αυτός!



## ΒΗΜΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

Με τις φαρμακοβιομηχανίες UNI-PHARMA και InterMed, τη μονάδα εκχύλισης φαρμακευτικών φυτών UNIHERBO και την εμπορική εταιρεία Pharmabelle στην Κύπρο, ο ΟΦΕΤ με πίστη στις αξίες του επιδιώκει να ηγηθεί της οικοδόμησής ενός μέλλοντος όπου η υγεία και η καλύτερη ποιότητα ζωής θα είναι προσβάσιμες για όλους

Με ιστορία που ξεπερνά τις εξι δεκαετίες και συνέβαλε στη θεμελίωση της φαρμακοβιομηχανίας στη χώρα, ο Όμιλος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Τσέτη (ΟΦΕΤ) αποτελεί σήμερα έναν από τους πιο δυναμικούς και καινοτόμους εκπροσώπους του κλάδου στην Ελλάδα και διεθνώς – με παρουσία προϊόντων του σε 75 χώρες.

Με τις φαρμακοβιομηχανίες UNI-PHARMA και InterMed, τη μονάδα εκχύλισης φαρμακευτικών φυτών UNIHERBO και την εμπορική εταιρεία Pharmabelle στην Κύπρο, ο ΟΦΕΤ, με πίστη στις αξίες του, επιδιώκει να ηγηθεί της οικοδόμησής ενός μέλλοντος όπου η υγεία και η καλύτερη ποιότητα ζωής θα είναι προσβάσιμες για όλους.

### Προαγωγή της υγείας

Επενδύοντας με συνέπεια στην έρευνα, στις τεχνολογίες αιχμής και στη βιώσιμη ανάπτυξη, με αδιαπραγμάτευτο άξονα την ηθική, την ευθύνη και τον σεβασμό στον άνθρωπο, θέτει στο επίκεντρο της δραστηριότητάς του την πρόοδο της επιστήμης με στόχο την ουσιαστική συμβολή στην προαγωγή της υγείας μέσα από καινοτόμα προϊόντα και θεραπείες προστιθέμενης αξίας.

Σήμερα ο ΟΦΕΤ μετρά στη φαρέτρα του περισσότερα από 120 διπλώματα ευρεσιτεχνίας και συνεχίζει να πρωτοπορεί στην καινοτομία. Μόνο μέσα στα έτη 2024 & 2025 έχει λάβει δύο νέες ευρωπαϊκές πατέντες – για τα σκευάσματα Olivomed (InterMed) και Hepatrat (UNI-PHARMA) – και τρεις εθνικές – για τα σκευάσματα Eva Intima Cervasil granules, Calmoxix Propolis Spray (InterMed) και Levofix (UNI-PHARMA).

Από το 2018 έως σήμερα ο Όμιλος Τσέτη έχει πραγματοποιήσει 74 εσωτερικά ερευνητικά προγράμματα, ενώ 47 υποτροφίες έχουν απονεμηθεί σε φοιτητές επιστημών υγείας για ερευνητικά έργα, μέσω της Αστικής Μη Κερδοσκοπικής Εταιρείας «Κλέων Τσέτης», που ιδρύθηκε το 2017 εις μνήμη του ερευνητή και φαρμακοποιού, δημιουργού του ΟΦΕΤ.

### Ο συνδεδεσμένος κρίκος

Η ΑΜΚΕ «Κλέων Τσέτης» φιλοδοξεί να αποτελέσει συνδεδεμένο κρίκο ανάμεσα στην ακαδημαϊκή κοινότητα, τα ερευνητικά κέντρα και τη βιομηχανία: μια διασύνδεση που αποτελεί βασική προϋπόθεση για ανάπτυξη και ανταγωνιστικότητα στο οικοσύστημα της υγείας. Παράλληλα, αυτή η διασύνδεση λειτουργεί ως μοχλός ανώτατης του brain drain που αντιμετωπίζει η χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

Για τον Όμιλο, στον πυρήνα της επιδίωξης της Καινοτομίας βρίσκεται η Συνεργασία, καθώς η συλλογική γνώση και η ανταλλαγή ιδεών είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των σύνθετων προκλήσεων του κλάδου.

Η βιωσιμότητα αποτελεί εξέχου αναπόσπαστο μέρος της ταυτότητας του Ομίλου. Η περιβαλλοντική συνείδηση και η κοινωνική ευθύνη ενσωματώνονται σε κάθε πτυχή της λειτουργίας του και της εταιρικής του κουλτούρας. Το βιοκατασκευασμένο εργοστάσιο της UNI-PHARMA, μια state-of-the-art μονάδα παραγωγής διεθνών προβιοτικών και μία από τις μεγαλύτερες επενδύσεις του κλάδου την τελευταία δεκαετία, βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία από το 2015.

Το 2016, οι UNI-PHARMA και InterMed έγιναν μέλη του UN Global Compact, υιοθετώντας τις δέκα κατευθυντήριες αρχές του. Από το 2019 ο Όμιλος καταρτίζει εκδόσεις βιωσιμότητας σύμφωνα με τα πρότυπα GRI



### ΟΜΙΛΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΤΣΕΤΗ (ΟΦΕΤ)

# Στην πρώτη γραμμή της επανάστασης στον φαρμακευτικό κλάδο

Ενας από τους πιο δυναμικούς και καινοτόμους εκπροσώπους του κλάδου στην Ελλάδα και διεθνώς, με αδιαπραγμάτευτο άξονα την ηθική, την ευθύνη και τον σεβασμό στον άνθρωπο



Η κυρία Ιουλία Τσέτη, πρόεδρος & CEO του Ομίλου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Τσέτη, φαρμακοποιός MSc, Επίτιμη Διδάκτωρ στο ΕΚΠΑ και το Πανεπιστήμιο Πατρών

και καταγράφει τις εκπομπές CO<sub>2</sub>, με στόχο τη μέγιστη δυνατή μείωση του ανθρωπίνου και περιβαλλοντικού αποτυπώματος.

### Συμπεριλήψη και ισότητα

Όπως τόνισε η πρόεδρος του ΟΦΕΤ Ιουλία Τσέτη σε πρόσφατη ομιλία της στο The Ninth Sustainability Summit for SE Europe and the Mediterranean, «η οικοδόμηση ανθεκτικότητας σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον είναι εξαιρετικά κρίσιμη. Δεν αρκούμεται στο να αντέχουμε. Η βιωσιμότητα δεν είναι μόνο περιβαλλοντικό ή εταιρικό ζήτημα: είναι η ικανότητά μας να προβλέπουμε, να εξελισσόμαστε και να υποστηρίζουμε τον κοινωνικό ιστό. Θεμέλιο της συλλογικής ανθεκτικότητας είναι η αλλαγή νοοτροπίας, που θα δημιουργήσει συνθήκες ώστε να γίνουμε ανοικτοί και δεκτικοί στο καινούριο και στο καινοτόμο και να αγαλιάσουμε τη διαφορετικότητα. Δεν μπορεί να υπάρξει βιωσιμότητα χωρίς συμπεριλήψη και ισότητα. Μόνο όταν διασφαλίσουμε την τήρηση των δικαιωμάτων και την πλήρη ένταξη όλων των ανθρώπων σε κάθε πτυχή της κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής, χωρίς αποκλεισμούς ή διακρίσεις, μπορούμε να μιλάμε για πραγματική ανθεκτικότητα».

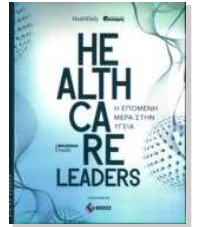
Η δέσμευση σε πρακτικές που ενισχύουν την ανθεκτικότητα και θέτουν στο επίκεντρο τον άνθρωπο αποτυπώνεται και μέσα από την αναγνώριση των UNI-PHARMA και InterMed ως Top Employers, έπαιτα από αξιολόγηση και πιστοποίηση από τον ανεξάρτητο διεθνή

οργανισμό Top Employers Institute – μια πιστοποίηση που λαμβάνουν τα τρία τελευταία έτη (2023-2025) και είναι οι μοναδικές ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες στις οποίες έχει αποδοθεί μέχρι σήμερα.

Σε ένα ραγδαία μεταβαλλόμενο τοπίο, ο ΟΦΕΤ συγκαταλέγεται στους πρωτοπόρους στην αξιοποίηση της τεχνητής νοημοσύνης (TN), η οποία αναδεικνύεται ως ο καταλύτης που θα μεταμορφώσει τον κόσμο της ιατρικής και της φαρμακοβιομηχανίας. Μέσα από συνεργασίες με startups που εξειδικεύονται σε εφαρμογές TN επιδιώκει τη διαμόρφωση θεραπευτικών προσεγγίσεων πιο γρήγορα, πιο αποτελεσματικά και πιο στοχευμένα – πάντα όμως υπό την καθοδήγηση και εποπτεία των επιστημόνων.

Με την εξοικονομημένη ιατρική να γίνεται πλέον πραγματικότητα με τη συμβολή της TN, ανοίγονται νέοι δρόμοι για την αντιμετώπιση ακόμα και ασθενών που μέχρι σήμερα θεωρούνταν ανίατες. Πρόκειται για μια νέα προοπτική που γεννά ελπίδα και συμβάλλει στην επίτευξη υγιούς μακροζωίας, δεδομένου του διαρκώς αυξανόμενου προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού, ιδιαίτερα στον δυτικό κόσμο.

Σε ένα σήμερα γεμάτο προκλήσεις και ένα αύριο που φέρνει ραγδαίες εξελίξεις, ο ΟΦΕΤ αξιοποιεί με όραμα τις νέες δυνατότητες που αναδύονται, με δέσμευση σε ένα μέλλον με καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής για όλους.



INSIGHTS



**ΝΙΚΟΣ ΠΟΛΥΖΟΣ** / Καθηγητής Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Δ.Π.Θ., Πρόεδρος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Δ.Π.Θ.

## Προς μια στοχοθετημένη μεταρρύθμιση της δημόσιας υγείας

**Ε**ίναι ευρέως γνωστό ότι τα συστήματα υγείας στη μεταπανδημική εποχή αντιμετωπίζουν νέα προβλήματα και νέες προκλήσεις. Οι προσδιοριστικοί παράγοντες (factors) της υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτό.

Το δημογραφικό, με τη ραγδαία μείωση του πληθυσμού κυρίως λόγω των μειούμενων γεννήσεων, δεν δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες βιωσιμότητας (sustainability) στην κοινωνική ασφάλιση της υγείας, αυξάνοντας τις ιδιωτικές δαπάνες της, ιδιαίτερα στη χώρα μας. Ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης και οι εισοδηματικές ανισότητες το επιτείνουν. Η κλιματική αλλαγή και οι περιβαλλοντικές συνθήκες δημιουργούν νέες ανάγκες στην υγεία. Το επιδημιολογικό φορτίο επιβαρύνθηκε στην πανδημία, με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα να μην υποχωρούν έκτοτε σημαντικά, εξαιτίας κυρίως των χρόνιων νόσων. Αυτό φαίνεται από τα συνολικά στοιχεία, αλλά χρειάζονται δείκτες που να το αποδεικνύουν. Είναι πια ανάγκη να «μετρήσουμε» τις ανάγκες των πολιτών για να ανταποκριθούμε σε αυτές. Είναι σημαντική υπόθεση να έχουμε μια ετήσια έκθεση των ανωτέρω παραγόντων για τον πληθυσμό, η οποία θα κατατίθεται από το υπουργείο Υγείας στη Βουλή μαζί με τον προϋπολογισμό. Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας (υπολογίζονται στο 1/5) θα πρέπει να προσδιοριστούν και να αντιμετωπιστούν με σχέδιο από το ΕΣΥ και όχι μόνο με διάλογο στα ΜΜΕ. Τα ποσοτικά στοιχεία του ΕΟΠΥΥ, του ΕΣΥ, των φαρμάκων κ.ά. θα πρέπει να δημοσιεύονται περιοδικά, ώστε να μην αποτελούν στοιχείο βραχυπρόθεσμης

πολιτικής. Και βεβαίως είναι η ώρα για ποιοτικούς δείκτες, που θα συμφωνηθούν, με στόχο τη βελτίωση της απόδοσης και τη διερεύνηση της ανθεκτικότητας (performance and resilience).

### Οι απαιτούμενες αλλαγές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Πέρασαν πια πάνω από 40 έτη από τη μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας της μεταπολίτευσης. Αυτή ολοκληρώθηκε π.χ. με τα ΠεΣυ(Π), που κατόπιν έγιναν ΔΥΠε, πριν 20 και πλέον έτη, τον ΕΟΠΥΥ προ 10 και πλέον ετών και με τον προσωπικό γιατρό και τα προληπτικά προγράμματα, προσφάτως. Στο φάρμακο μπήκαν κανόνες. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός προχώρησε. Είναι απαραίτητο –στον υπολειπόμενο έως τις εκλογές χρόνο ή στον πολιτικό διάλογο γι' αυτές και μετά από αυτές– να προταθεί και να υλοποιηθεί μια συνολική μεταρρύθμιση για τη βιωσιμότητα, την ανθεκτικότητα, την απόδοση και την ποιότητα του συστήματος υγείας, τόσο για τους πολίτες-ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

### Προτάσεις

**1. Δημόσια και κοινωνική χρηματοδότηση άνω του 6% του ΑΕΠ**, συνολικά διαχειριζόμενη από τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος συνάπτει συμβάσεις με παρόχους, βάσει ποσοτικών και ποιοτικών κριτηρίων, για να ακολουθήσουν και οι αποζημιώσεις.

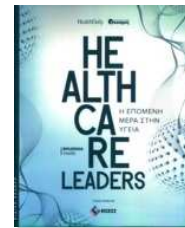
**Δεν μπορεί μια μεσαία χειρουργική επέμβαση να μειωθεί στη Γερμανία προς 5 χιλιάδες ευρώ, ενώ στη χώρα μας προς 3 χιλιάδες ευρώ σε απογευματινό χειρουργείο και προς 7 χιλιάδες ευρώ στον ιδιωτικό τομέα**

## 6. ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΣΤΟΧΟΘΕΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μέσο: . . . . . ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ\_ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ 3

Ημ. Έκδοσης: . . .23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . .23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 15



**2. Ιδιωτική χρηματοδότηση κάτω του 3% του ΑΕΠ**, με έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του Κράτους, τόσο στα ασφαλιστικά συμβόλαια (ευθύνη των υπουργείων Οικονομικών και Ασφαλίσεων) όσο και στους παρόχους, στις παροχές και στις ανάλογες αποζημιώσεις (ευθύνη του υπουργείου Υγείας). Όλα αυτά πρέπει να αντιστοιχίζονται με το ΕΣΥ και τις διεθνείς πρακτικές από τον ΕΟΠΥΥ. Για παράδειγμα, δεν μπορεί μια ετήσια ασφάλιση υγείας να είναι 1.000 ευρώ στον ΕΟΠΥΥ και 2.000 ευρώ σε μια ιδιωτική εταιρεία. Αντιστοίχως, δεν μπορεί μια μεσαία χειρουργική επέμβαση να αμειβεται στη Γερμανία προς 5 χιλιάδες ευρώ, ενώ στη χώρα μας προς 3 χιλιάδες ευρώ σε απογευματινό χειρουργείο και προς 7 χιλιάδες ευρώ στον ιδιωτικό τομέα. Αυτά πρέπει να εξομαλυνθούν άμεσα.

**3. Πλήρης σύνδεση του υποσυστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της Δημόσιας Υγείας**, με τομείς αντίστοιχους των Δήμων. Επικεφαλής στην εποπτεία θα είναι κάθε Κέντρο Υγείας που γνωρίζει τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας και θα τους συντονίζει επιστημονικά και όχι διοικητικά, όπως συμβαίνει ακόμα και στην Κύπρο.

**4. Νέο μοντέλο διασυνδέσεων των περιφερειακών (20+), νομαρχιακών (50+) και βασικών (50+) νοσοκομείων**, που θα

λειτουργούν ως περιφερειακά συγκροτήματα, καλύπτοντας όλες τις ανάγκες και ειδικότητες, για να μειωθούν και οι διαπεριφερειακές και άλλες ροές. Γι' αυτό, όπως και για το προηγούμενο, χρειάζεται ένας νέος «χάρτης», αξιοποιώντας το προ 15ετίας παράδειγμα που μάλλον ακυρώθηκε από έλλειψη βούλησης.

**5. Συνεχώς μετρούμενες, αξιολογούμενες και προσαρμοζόμενες πολιτικές φαρμάκου** που θα έχουν στόχο να αναστρέψουν την κατανάλωση και την αξία. Το 2024 επανήλθαμε στα προ 15ετίας (2009) δεδομένα, τα οποία οδήγησαν στην κρίση. Μέτρα όπως το clawback δεν αποτελούν λύση. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η διαπραγμάτευση είναι λύσεις.

**6. Στο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας πρέπει να τεθεί το θέμα της συνολικής ανάπτυξής του**, με τη συνεργασία των υπουργείων Παιδείας και Υγείας. Εδώ επίσης χρειάζονται επίσημοι δείκτες σχετικά με τι παράγουμε και τι απασχολούμε κάθε χρόνο, για να ισορροπήσει η προσφορά-παραγωγή με τη ζήτηση-απασχόληση.

**7. Τέλος, όσον αφορά τα νέα ψηφιακά εργαλεία**, που έχουν διαχρονικά υποστηριχθεί, **θα πρέπει να αναπτυχθούν** έτσι ώστε να δίνουν αποτελέσματα σε όσα αναφέρθηκαν παραπάνω και να υπάρξει συγκεκριμένο σχέδιο για το μέλλον.

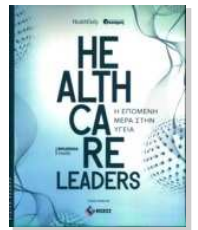


## 7. ΑΝΑΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ : ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ 2 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕ 10 ΔΡΑΣΕΙΣ

Μέσο: . . . . . ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ\_ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ 3

Ημ. Έκδοσης: . . .23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . .23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 12



### INSIGHTS



**ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ / Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς**

## Αναδόμηση του ΕΣΥ: Ολοκλήρωση σε 2 χρόνια με 10 δράσεις

**Σ**ε όλες τις χώρες της Ευρώπης, πλην της Ελλάδος, τα δημόσια νοσοκομεία υπερτερούν των ιδιωτικών. Την τελευταία δεετία έχουμε παρουσιάσει μια συνολική πρόταση αναδόμησης και επανασχεδιασμού του ΕΣΥ, η οποία μπορεί να ολοκληρωθεί εντός διετίας. Η «ομάδα εργασίας» που στηρίζει τις εν λόγω προτάσεις αποτελείται από πρώην στελέχη του Τομέα Υγείας: διοικητή ΙΚΑ, διοικητή και υποδιοικητή ΕΟΠΥΥ, γενικό γραμματέα υπουργείου Υγείας και δύο καθηγητές των οικονομικών και διοίκησης υπηρεσιών υγείας.

### Δράσεις με ορίζοντα ολοκλήρωσης στο πρώτο δμηνο

#### Δράση 1: Νέος στρατηγικός ρόλος για το υπουργείο Υγείας

Το υπουργείο Υγείας θα πρέπει να αναδιοργανωθεί και να επικεντρωθεί στην εκπόνηση και επεξεργασία πολιτικής υγείας, στην εποπτεία του τομέα υγείας της χώρας, καθώς και στην πιστοποίηση όλων των δημόσιων και ιδιωτικών προμηθευτών υγείας, χωρίς να ασχολείται πλέον με τη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων.

#### Δράση 2: Εκπόνηση Εθνικού Χάρτη Υγείας.

### Δράσεις με ορίζοντα ολοκλήρωσης το πρώτο έτος

#### Δράση 3: Ίδρυση και λειτουργία νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας ως Νομικού Προσώπου Δημόσιου Δικαίου (ΕΣΥ ΝΠΔΔ)

Το ΕΣΥ ΝΠΔΔ, που θα λειτουργεί ως μητρική εταιρεία, θα αναλάβει την οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία της προσφοράς δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Στον νέο φορέα θα υπαχθούν τα κρατικά νοσοκομεία και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

#### Δράση 4: Τα κρατικά νοσοκομεία μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα και καθίστανται θυγατρικές εταιρείες του ΕΣΥ ΝΠΔΔ

Θα δημιουργηθούν 15-17 θυγατρικές εταιρείες του ΕΣΥ ΝΠΔΔ που θα καλύπτουν όλη τη χώρα με ένα σύγχρονο δίκτυο υγείας, τοπικά αυτόνομο αλλά υπαγόμενο στον κεντρικό έλεγχο και στην εποπτεία του ΕΣΥ ΝΠΔΔ.

#### Δράση 5η: Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Για την οργάνωση των μονάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΕΣΥ ΝΠΔΔ προτείνεται η χρήση ενός ενιαίου μοντέλου οργάνωσης και λειτουργίας, με στόχο τη διασφάλιση της ανταγωνιστικότητάς τους έναντι των αντίστοιχων ιδιωτικών μονάδων.

### Δράσεις με ορίζοντα ολοκλήρωσης στο τέλος του δεύτερου έτους

#### Δράση 6: Συγκέντρωση της χρηματοδότησης στον ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ θα συγκεντρώσει το σύνολο των πόρων του συστήματος υγείας, ασφαλιστικών εισφορών και επιχορηγήσεων του κρατικού προϋπολογισμού στα νοσοκομεία και θα καταστεί ο μοναδικός «αγοραστής» υπηρεσιών υγείας.

#### Δράση 7: Στον ΕΟΠΥΥ εγκαθίσταται Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας (DigitalHealth)

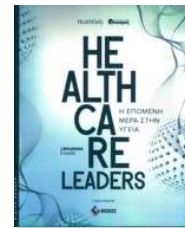
Το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικής Υγείας θα διεκπεραιώνει ημερησίως 20.000 επισκέψεις σε νοσοκομεία και 80.000 επισκέψεις σε πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας. Θα καταγράφει σε ημερήσια βάση όλες τις ιατρικές πράξεις σε όλη τη χώρα και τα αποτελέσματά τους, θα αποθηκεύει το ιατρικό ιστο-

## 7. ΑΝΑΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ : ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ 2 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕ 10 ΔΡΑΣΕΙΣ

Μέσο: . . . . . ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ\_ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ 3

Ημ. Έκδοσης: . . .23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . .23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 13



ρικό των ασθενών (χωρίς να χρειάζονται πλέον κάρτες υγείας) και θα παρακολουθεί την πληρωμή των προσφερόμενων υπηρεσιών.

### **Δράση 8: Αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ μέσω της εφαρμογής διαδικασιών ManagedCare (Capitation, DRGs)**

Ο κύριος στόχος των συστημάτων ManagedCare είναι ο περιορισμός της προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, η οποία καθορίζεται μονοσήμαντα από τους προμηθευτές υγείας. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα θα χρησιμοποιούνται τα συστήματα Capitation. Οι πληρωμές των νοσοκομείων από τον ΕΟΠΥΥ θα γίνεται με βάση τα συστήματα των DRGs.

### **Δράση 9: Δημιουργία «εσωτερικής αγοράς» στον τομέα υγείας**

Μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ ΝΠΔΔ θα δημιουργηθεί μια «εσωτερική αγορά υπηρεσιών υγείας», η οποία θα αποτελέσει την κινητήρια δύναμη για τη δραστική αναβάθμιση του δημόσιου συστήματος υγείας.

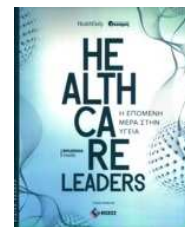
Η δημιουργία μιας «mutual» ασφαλιστικής εταιρείας από τη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα δημιουργήσει πρόσθετες εισροές στο ΕΣΥ, οι οποίες σταδιακά θα υπερβούν τα 2 δισ. ευρώ ετησίως

### **Δράση 10: Ασφάλιση των ιδιωτικών δαπανών υγείας – Σύμπραξη του ΕΟΠΥΥ και της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς**

Προτείνεται ένα καινοτόμο σύστημα «Σύμπραξης Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα», με βάση το αντίστοιχο γαλλικό μοντέλο, για τη δραστική μείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας που βαρύνουν τη μέση οικογένεια. Ο στόχος είναι να μειωθούν οι ιδιωτικές δαπάνες από το σημερινό επίπεδο του 40% στο 15% (που είναι ο ευρωπαϊκός μέσος όρος). Για την επίτευξη του στόχου αυτού προτείνεται η δημιουργία μιας «mutual» ασφαλιστικής εταιρείας, με πρωτοβουλία του ΕΟΠΥΥ,

που θα μεγιστοποιεί την ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών για το «πακέτο των συμπληρωματικών δαπανών υγείας», όπως συμβαίνει στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η προτεινόμενη σύμπραξη θα δημιουργήσει πρόσθετες εισροές στο ΕΣΥ, οι οποίες σταδιακά θα υπερβούν τα 2 δισ. ευρώ ετησίως (και θα αυξάνονται διαχρονικά). Το γεγονός αυτό θα οδηγήσει σε σύντομο χρονικό διάστημα στον διπλασιασμό των αμοιβών των γιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού του ΕΣΥ, χωρίς καμία επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού.





## INSIGHTS



**ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ** / Καθηγητής  
Αξιολόγησης, Διοίκησης και Πολιτικής Υπηρεσιών  
Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

## Τάσεις και προκλήσεις των συστημάτων υγείας στην ΕΕ και στην Ελλάδα

**Τ**α συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και στην Ελλάδα βρίσκονται σε μια περίοδο έντονων μετασχηματισμών. Οι δημογραφικές, κοινωνικές και τεχνολογικές εξελίξεις, σε συνδυασμό με τις οικονομικές πιέσεις, καθιστούν αναγκαία την αναζήτηση νέων μοντέλων οργάνωσης και λειτουργίας. Η ανθεκτικότητα, η ισότητα στην πρόσβαση και η αποδοτική αξιοποίηση πόρων αποτελούν στρατηγικές προτεραιότητες.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, παρατηρείται η σταδιακή υιοθέτηση μοντέλων υγείας που εστιάζουν στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα, με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και τη μείωση του κόστους. Παράλληλα, η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας ενισχύεται μέσω ευρωπαϊκών στρατηγικών, όπως το European Health Data Space, που αποσκοπεί στην ασφαλή ανταλλαγή δεδομένων υγείας. Επιπλέον, το πρόγραμμα EU4Health και οι δράσεις του Horizon Europe προωθούν την καινοτομία και την έρευνα, ενισχύοντας την ανάπτυξη νέων θεραπειών, την αξιοποίηση της Τεχνητής Νοημοσύνης (AI) και την εφαρμογή πολιτικών υγείας βασισμένων σε δεδομένα (evidence-based policies). Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη για συντονισμό και συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών, καθώς και για επενδύσεις στην ανθεκτικότητα των συστημάτων, στην εφοδιαστική αλυσίδα φαρμάκων και στην ενίσχυση του υγειονομικού προσωπικού.

**Η πορεία των συστημάτων υγείας εξαρτάται από τη δυνατότητά τους να ενσωματώσουν την καινοτομία, να εξασφαλίσουν βιωσιμότητα και να περιορίσουν τις ανισότητες**

Η Ελλάδα έχει προχωρήσει σε ορισμένα σημαντικά βήματα, όπως η καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η εισαγωγή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας και η πιλοτική ανάπτυξη υπηρεσιών τηλεϊατρικής σε απομακρυσμένες περιοχές. Επιπλέον, μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, χρηματοδοτούνται έργα ψηφιακού μετασχηματισμού και αναβάθμισης υποδομών. Ωστόσο, η χώρα μας εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Η ανισοκατανομή πόρων μεταξύ αστικών κέντρων και περιφέρειας, η υποστελέχωση σε κρίσιμες ειδικότητες, οι περιορισμοί στη χρηματοδότηση και η χαμηλή αξιοποίηση δεδομένων για αξιολόγηση πολιτικών και υπηρεσιών, αποτελούν εμπόδια για τη διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού και δίκαιου συστήματος.

Και για την ΕΕ και για την Ελλάδα, οι προκλήσεις συνοψίζονται σε τέσσερις βασικούς άξονες:

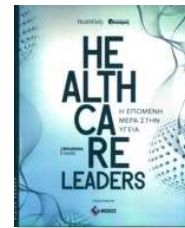
- α) Δημογραφικές πιέσεις:** Η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τη ζήτηση για φροντίδα.
- β) Οικονομική βιωσιμότητα:** Απαιτούνται νέα μοντέλα αποζημίωσης και ορθολογική κατανομή πόρων.
- γ) Ανισότητες πρόσβασης:** Η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας παραμένει ζητούμενο.
- δ) Τεχνολογικός μετασχηματισμός:** Η ψηφιοποίηση και η Τεχνητή Νοημοσύνη πρέπει να ενσωματωθούν με τρόπο αξιόπιστο, ασφαλή και αποτελεσματικό.

## 8. ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΕ ΚΑΙ ΣΤΗΝ...

Μέσο: . . . . . ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ\_ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ 3

Ημ. Έκδοσης: . . .23/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: . . .23/11/2025

Σελίδα: . . . . . 11

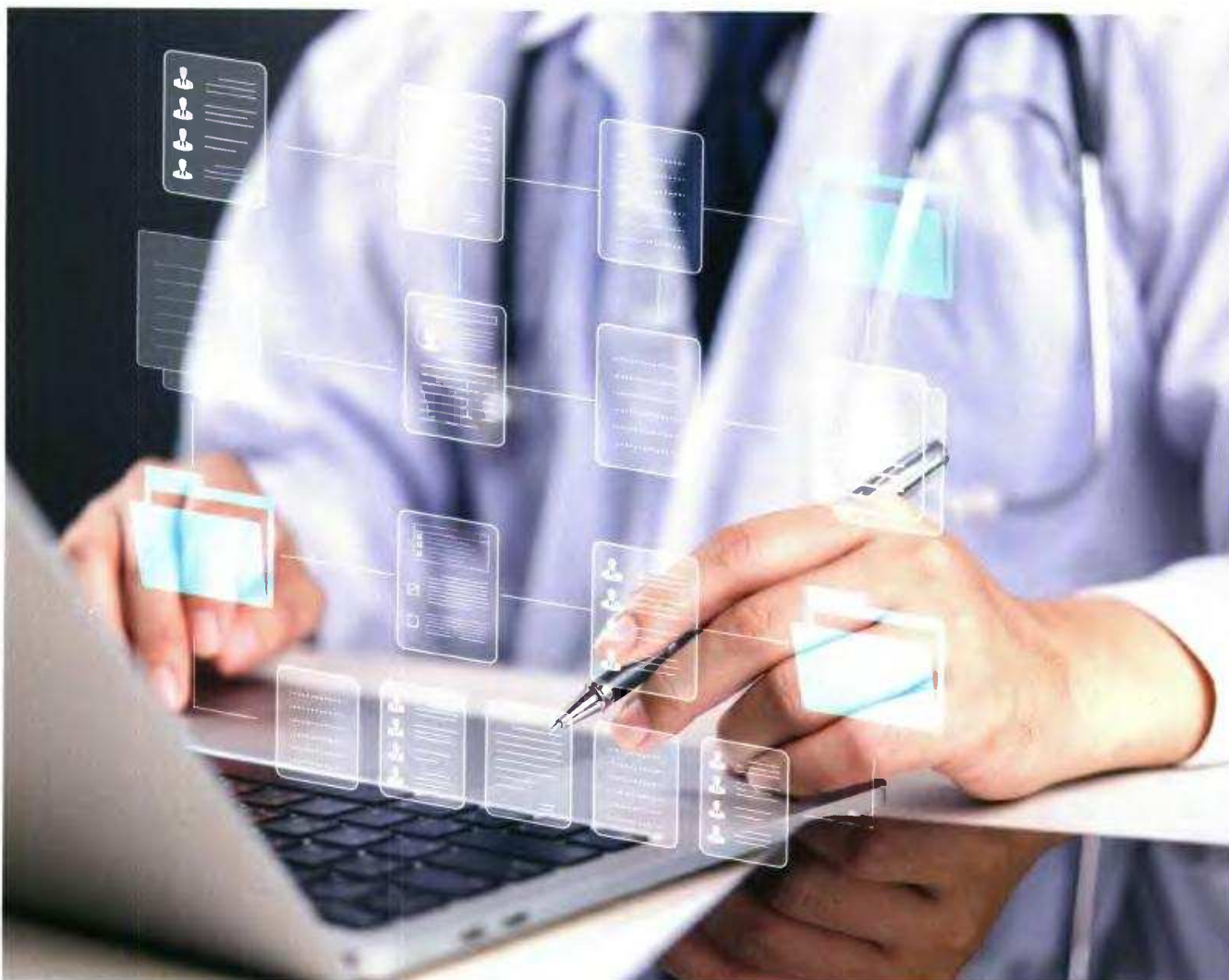


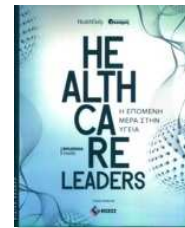
Για να ανταποκριθούν οι ευρωπαϊκές χώρες και η Ελλάδα στις παραπάνω προκλήσεις, απαιτούνται στοχευμένες δράσεις:

- επένδυση στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ώστε να μειωθεί η πίεση στα νοσοκομεία
- ανάπτυξη εθνικών και ευρωπαϊκών στρατηγικών για τα δεδομένα υγείας, με ενίσχυση του European Health Data Space και ταυτόχρονη προστασία της ιδιωτικότητας
- ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης με σαφή ρυθμιστικά πλαίσια, για ασφαλή και δίκαιη χρήση σε διάγνωση, θεραπεία και διοίκηση
- αντιμετώπιση των ανισοτήτων πρόσβασης, με ενίσχυση των περιφερειακών δομών, κίνητρα για στελέχωση της υπαίθρου και ανάπτυξη υπηρεσιών τηλεϊατρικής

- εκπαίδευση και διαρκής κατάρτιση επαγγελματιών υγείας στις ψηφιακές δεξιότητες και στη χρήση καινοτόμων εργαλείων
- βιώσιμη χρηματοδότηση με έμφαση σε μοντέλα αποζημίωσης που συνδέονται με τα αποτελέσματα (value-based healthcare).

Συμπερασματικά, η πορεία των συστημάτων υγείας στην ΕΕ και στην Ελλάδα εξαρτάται από τη δυνατότητά τους να ενσωματώσουν την καινοτομία, να εξασφαλίσουν βιωσιμότητα και να περιορίσουν τις ανισότητες. Η στοχευμένη αξιοποίηση της ψηφιοποίησης, των δεδομένων και της Τεχνητής Νοημοσύνης αποτελεί κεντρικό μοχλό για τη μετάβαση σε ανθεκτικά, αποτελεσματικά και δίκαια συστήματα υγείας.





INSIGHTS



**ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ / Υπουργός Υγείας**

## Ο πολίτης στο επίκεντρο: Τα εμβληματικά έργα του νέου ΕΣΥ

**Ω**ς Υπουργός Υγείας νιώθω την ευθύνη αλλά και την τιμή να ηγούμαι μιας μεγάλης προσπάθειας: να μεταμορφώσουμε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ώστε να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών του 21ου αιώνα. Για δεκαετίες, το ΕΣΥ αποτέλεσε πυλώνα κοινωνικής συνοχής. Όμως, τα προβλήματα της καθημερινότητας –οι μεγάλες αναμονές, η έλλειψη διαφάνειας, η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες– απαιτούσαν γενναίες αποφάσεις. Σήμερα, προχωρούμε σε μια ριζική αλλαγή με τον πολίτη στο επίκεντρο.

Είμαι υπερήφανος που μπορούμε να πούμε πως το νέο ΕΣΥ φέρνει την τεχνολογία στην υπηρεσία του ανθρώπου. Με τον Εθνικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή My Health App, κάθε πολίτης αποκτά για πρώτη φορά πλήρη και άμεση πρόσβαση στο ιατρικό του ιστορικό. Όπου κι αν βρίσκεται, μπορεί να το διαχειρίζεται και να το κοινοποιεί με ένα μόνο κλικ. Αυτό σημαίνει περισσότερη ασφάλεια, λιγότερη γραφειοκρατία και μεγαλύτερη σιγουριά για όλους.

Την ίδια στιγμή, ο πολίτης αποκτά νέες δυνατότητες συμμετοχής. Η δωρεάν γραμμή εξυπηρέτησης «1566» δίνει λύσεις καθημερινά, ενώ η πλατφόρμα αξιολόγησης εμπειρίας ασθενούς προσφέρει σε όλους τη φωνή που τους αξίζει. Δεσμευόμαστε να ακούμε και να βελτιώνουμε συνεχώς το σύστημα, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του αύριο και όχι στις συνήθειες του χθες.

Κανείς δεν πρέπει να περιμένει μήνες για ένα ραντεβού ή ένα χειρουργείο. Αυτό ήταν μια πραγματικότητα που όλοι γνωρίζαμε και που όλοι θέλαμε να αλλάξουμε. Σήμερα, μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι το αλλάζουμε. Με την εφαρμογή

e-Ραντεβού, πάνω από 600.000 ραντεβού κλείνονται κάθε μήνα, ενώ ο μέσος χρόνος αναμονής έχει μειωθεί από σχεδόν έναν μήνα σε μόλις πέντε ημέρες. Οι λίστες χειρουργείων πλέον ενοποιούνται και ενισχύονται με απογευματινά χειρουργεία, μειώνοντας τις αναμονές κατά 33%. Παράλληλα, η ηλεκτρονική ιχνηλάτηση επιτρέπει στον ασθενή να γνωρίζει σε πραγματικό χρόνο πότε θα εξυπηρετηθεί στα ΤΕΠ. Αυτό σημαίνει διαφάνεια, σιγουριά και σεβασμό στον χρόνο του πολίτη.

Το σχέδιό μας έχει συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα: από την ψηφιακή αναβάθμιση του ΕΟΦ και των Υγειονομικών Περιφερειών τον Νοέμβριο του 2025, μέχρι την πιλοτική λειτουργία του Συμβούλου Υγείας και του Healthflix τον Δεκέμβριο του 2025 και τις τηλεσυνεδρίες και το δίκτυο τηλειατρικής στις αρχές του 2026. Η κορύφωση έρχεται τον Ιούλιο του 2026 με τη συνταγογράφηση μέσω τεχνητής νοημοσύνης, μια τομή που θα επιτρέψει τον πλήρη έλεγχο και την ορθολογική διαχείριση

της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η ψηφιοποίηση του ΕΣΥ δεν είναι μόνο μια μεταρρύθμιση για την υγεία. Είναι καταλύτης για την οικονομία, την έρευνα και την καινοτομία. Δημιουργεί ένα νέο οικοσύστημα ψηφιακών υπηρεσιών, ενισχύει την τεχνογνωσία και δίνει στη χώρα μας τη δυνατότητα να πρωταγωνιστήσει διεθνώς.

Είμαι υπερήφανος για τα βήματα που ήδη κάναμε, αλλά ακόμη πιο αποφασισμένος για όσα έρχονται. Δεσμευόμαστε να συνεχίσουμε με την ίδια αποφασιστικότητα. Το μέλλον της υγείας στην Ελλάδα θα είναι πολύ διαφορετικό – και στο μέλλον αυτό, ο πολίτης θα είναι πάντα στο επίκεντρο.

**Η κορύφωση έρχεται τον Ιούλιο του 2026 με τη συνταγογράφηση μέσω τεχνητής νοημοσύνης, μια τομή που θα επιτρέψει τον πλήρη έλεγχο και την ορθολογική διαχείριση της φαρμακευτικής δαπάνης**