



ΥΓΕΙΑ

Το μέγεθος, η σύνθεση και η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού υγείας στην Ελλάδα αποτελούν διαχρονικά αντικείμενο έντονου δημόσιου διαλόγου και συχνά αντιπαράθεσης μεταξύ πολιτικών φορέων, επαγγελματικών ενώσεων, συνδικαλιστικών οργανώσεων και διοικητικών στελεχών του τομέα της υγείας. Ωστόσο, οι περισσότερες σχετικές συζητήσεις επικεντρώνονται σε ζητήματα όπως η αύξηση των οργανικών θέσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), η βελτίωση των αποδοχών και η επίλυση των εργασιακών σχέσεων των ιατρών και των νοσηλευτών, αποκτώντας κυρίως συνδικαλιστικό και διαχειριστικό χαρακτήρα.

Αντίθετα, ο επιστημονικός προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού υγείας, ο στρατηγικός σχεδιασμός των ειδικοτήτων, η σύνθεση της εκπαίδευσης με τις μελλοντικές ανάγκες του συστήματος και, κυρίως, η διαρκής επαγγελματική ανάπτυξη και διά βίου μάθηση δεν έχουν μέχρι σήμερα αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής αξιοποίησης και ολοκληρωμένου πολιτικού



γράφει ο
ΠΑΝΩΤΗΣ ΦΩΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ
(D.PHIL.)*

*Ομότιμος Καθηγητής Ακαδημαϊκής συντονιστής MBA - ΕΚΠΑ στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

φάσμα των χρόνιων νόσων, στη ραγδαία πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, στην εξέλιξη των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και στην εισαγωγή καινοτόμων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Παράλληλα, μια νέα διάσταση αποκτά ολοένα μεγαλύτερη σημασία: η αξιοποίηση της τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence - AI), της ανάλυσης μεγάλων δεδομένων (Big Data) και των ψηφιακών τεχνολογιών για την πρόβλεψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό και στον στρατηγικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

Ο σύγχρονος υγειονομικός προγραμματισμός

Η ψηφιακή υγεία αποτελεί πλέον μία από τις σημαντικότερες προτεραιότητες τόσο των Ευρωπαίων όσο και των Ελλήνων πολιτών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Ευρωβαρόμετρου της άνοιξης του 2026, το 69% των Ευρωπαίων πολιτών, έναντι 55% των Ελλήνων, θεωρεί ως κορυφαία προτεραιότητα για την επόμενη δεκαετία την ευρύτερη αξιοποίηση των ψηφιακών

Η ψηφιακή υγεία αποτελεί βασικό πυλώνα για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τη συνεχή παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού. Πρόκειται για ένα κατ' εξοχήν διεπιστημονικό πεδίο, στο οποίο συνεργάζονται επαγγελματίες από την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη δημόσια υγεία, την οικονομική επιστήμη, τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, την πληροφορική και τις τεχνολογικές επιστήμες. Μέσα από αυτή τη διεπιστημονική και διεπαγγελματική συνεργασία ενισχύονται η αποδοτικότητα, η κλινική αποτελεσματικότητα, η ισοπτία στην πρόσβαση, η διαφάνεια, η λογοδοσία και η ενεργός συμμετοχή των πολιτών στη φροντίδα της υγείας τους.

Στρατηγικό εργαλείο

Ταυτόχρονα, η ψηφιακή υγεία αποτελεί στρατηγικό εργαλείο για τις κυβερνήσεις, καθώς επιτρέπει την έγκαιρη παρακολούθηση των επιπτώσεων από οικονομικές διακυμάνσεις -όπως ο πληθωρισμός-, η αύξηση του κόστους ζωής και οι δημοσιονομικές πιέσεις- καθώς και από υγειονομικές κρίσεις, όπως η πανδημία COVID-19, στη δημόσια υγεία. Η αξιοποίηση των ψηφιακών δεδομένων διευκολύνει τον σχεδιασμό τεκμηριωμένων πολιτικών και επιχειρησιακών σχεδίων για την πρόβλεψη, την ετοιμότητα και την αποτελεσματική διαχείριση μελλοντικών κρίσεων.

Η απόκτηση των μελλοντικών αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό στην Ελλάδα οφείλει να λάβει υπόψη τα σημαντικά επιτεύγματα του ψηφιακού μετασχηματισμού του συστήματος υγείας. Ενδεικτικά:

1. Η ηλεκτρονική και άυλη συνταγογράφηση βελτίωσε σημαντικά την εξυπηρέτηση των πολιτών, περιόρισε τη γραφειοκρατία, εξοικονόμωσε ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους και ενίσχυσε τη διαφάνεια στη φαρμακευτική περιήλψη.

2. Η τηλεϊατρική και η τηλεσυμβουλευτική, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, υπερέβησαν τους γεωγραφικούς περιορισμούς, διευρύνοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για κατοίκους νησιωτικών και απομακρυσμένων περιοχών και μειώνοντας σημαντικά το κόστος μετακίνησης των ασθενών.

3. Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) διευκόλυνε τη συνέχεια της φροντίδας, παρέχοντας άμεση και ασφαλή πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ίδιους τους πολίτες.

4. Το «Εξέλιξη Νοσοκομείου» συνέβαλε στη διασύνδεση των κλινικών, στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των πόρων και στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων.

Στο νέο αυτό περιβάλλον, ο υγειονομικός προγραμματισμός οφείλει να αξιοποιήσει πλήρως τις δυνατότητες των ψηφιακών τεχνολογιών, της τεχνητής νοημοσύνης και της ανάλυσης δεδομένων, προκειμένου να αναδείξει νέες δεξιότητες, να επαναπροσδιορίσει τους ρόλους των επαγγελματιών υγείας, να ενισχύσει την παραγωγικότητα και να βελτιώσει την ποιότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας. Ο αποτελεσματικός συνδυασμός επιστημονικού προγραμματισμού και ψηφιακού μετασχηματισμού συνιστά βασική προϋπόθεση για ένα σύγχρονο, βιώσιμο και ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών και στις προκλήσεις των επόμενων δεκαετιών.

INFO

Η ψηφιακή υγεία αποτελεί βασικό πυλώνα για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τη συνεχή παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού



Υγειονομικός Προγραμματισμός και Ψηφιακή Υγεία

Αναγκαία η διαμόρφωση ενός σύγχρονου, επιστημονικά τεκμηριωμένου πλαισίου προγραμματισμού, το οποίο θα αποτελέσει τη βάση του μεθόδευτου σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού υγείας στην ψηφιακή εποχή

σχεδιασμού στη χώρα μας. Για τον λόγο αυτόν καθίσταται αναγκαία η διαμόρφωση ενός σύγχρονου, επιστημονικά τεκμηριωμένου πλαισίου προγραμματισμού, το οποίο θα αποτελέσει τη βάση του μεθόδευτου σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού υγείας στην ψηφιακή εποχή.

Οι ευρωπαϊκές προβλέψεις είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικές. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, έως το 2071 θα απαιτηθούν περίπου 30% περισσότεροι ιατροί και 33% περισσότεροι νοσηλευτές, προκειμένου να διατηρηθούν τα σημερινά επίπεδα υγείας του πληθυσμού. Η συνεχής διευρυνόμενη απόσταση μεταξύ ζήτησης και προσφοράς ανθρώπινου δυναμικού οφείλεται κυρίως στη δημογραφική γήρανση, στην αύξηση της πολυνοσηρότητας, στο επιδημιολογικό

τεχνολογιών στον τομέα της υγείας. Αντίστοιχα, το 79% των Ελλήνων, έναντι 73% του ευρωπαϊκού μέσου όρου, δηλώνει θετικό απέναντι στις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας (eHealth), ενώ το 49% των Ελλήνων, έναντι 30% των Ευρωπαίων, εκτιμά ότι το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό θα πρέπει να αποδώσει μεγαλύτερη βαρύτητα στις πολιτικές δημόσιας υγείας.

Κατά συνέπεια, ο σύγχρονος υγειονομικός προγραμματισμός δεν μπορεί να περιορίζεται στην ποσοτική εξορρόπηση μεταξύ προσφοράς και ζήτησης ανθρώπινου δυναμικού. Οφείλει να ενσωματώνει τις τεχνολογικές εξελίξεις της ψηφιακής υγείας, τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αναβάθμιση και ανακατανομή των δεξιοτήτων (skill mix), τη βελτιστοποίηση των οργανωτικών δομών, καθώς και τις στρατηγικές προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής υγείας. Οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό δεν θα πρέπει να αξιολογούνται αποκλειστικά ως αριθμητικό έλλειμμα προσωπικού. Ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού οφείλει να συνδέεται στενά με το εκπαιδευτικό σύστημα και τις πολιτικές συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, υιοθετώντας μια διεπιστημονική και διατομεακή προσέγγιση. Η απλή αύξηση των θέσεων εργασίας ή των αποδοχών, χωρίς ταυτόχρονες μεταρρυθμίσεις στη διοίκηση, στην οργάνωση και στον ψηφιακό μετασχηματισμό του συστήματος υγείας, δεν επαρκεί για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της νέας εποχής.



ΥΓΕΙΑ



3ο ΣΦΕΕ SUMMIT

Η Ελλάδα σε σταυροδρόμι: Το στοίχημα της καινοτομίας και η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας

Ανάγκη εξεύρεσης ισορροπίας ανάμεσα στη δημοσιονομική βιωσιμότητα
και στην έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών στις νέες θεραπείες

Η πρόσβαση των ασθενών στην καινοτομία, η βιωσιμότητα της φαρμακευτικής δαπάνης, η αξιοποίηση των δεδομένων υγείας, η πρόληψη, οι κλινικές μελέτες και η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ελλάδας και της Ευρώπης βρέθηκαν στο επίκεντρο του 3ου ΣΦΕΕ Summit με τίτλο «Η Ελλάδα σε σταυροδρόμι: Επιλέγοντας την καινοτομία για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο», που διοργάνωσε ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών.

Οι παρεμβάσεις κυβερνητικών στελεχών, εκπροσώπων της φαρμακοβιομηχανίας, ακαδημαϊκών, ειδικών της υγείας και εκπροσώπων των ασθενών ανέδειξαν ως κοινό παρονομαστή την ανάγκη εξεύρεσης μιας νέας ισορροπίας ανάμεσα στη δημοσιονομική βιωσιμότητα και στην έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών στις νέες θεραπείες. Παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις, οι ομιλητές συμφώνησαν σε ένα σημείο: Η Ελλάδα διαθέτει τις προϋποθέσεις να εξελιχθεί σε ισχυρό κόμβο έρευνας, παραγωγής και καινοτομίας, αρκεί να διαμορφώσει ένα σταθερό και προβλέψιμο περιβάλλον που θα επιτρέψει τόσο τις επενδύσεις όσο και την ταχύτερη πρόσβαση των ασθενών στις νέες θεραπείες.

Η μεγάλη αντίφαση

Ισως το πιο αντισυντητικό συμπέρασμα του συνεδρίου ήταν ότι την ώρα που η επιστήμη παράγει ολοένα περισσότερες καινοτόμες θεραπείες, η Ελλάδα κινδυνεύει να μην μπορεί να τις αξιοποιήσει. Ο πρόεδρος του ΣΦΕΕ, **Ολύμπιος Παπαδημητρίου**, προειδοποίησε ότι, με βάση τα στοιχεία των φαρμακευτικών εταιρειών, τρία στα πέντε νέα καινοτόμα φάρμακα ενδέχεται να μην κυκλοφορήσουν στην ελληνική αγορά τα επόμενα χρόνια, καθώς το σημερινό περιβάλλον αποθαρρύνει την εισαγωγή τους. Την ίδια στιγμή, οι επιστροφές μέσω του νοσοκομειακού clawback για το πρώτο εξάμηνο του 2025 έφτασαν κατά μέσο όρο στο 69%, και τα φάρμακα πάνω από 30 ευρώ είχαν επιστροφές που



έφτασαν στο 80,7%. Πρόκειται για μια εξέλιξη που, σύμφωνα με πολλούς συμμετέχοντες, δεν αφορά μόνο τη φαρμακοβιομηχανία, αλλά κυρίως τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίοι ενδέχεται να περιμένουν περισσότερο ή ακόμη και να στερηθούν πρόσβαση σε νέες θεραπείες που ήδη διατίθενται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Επένδυση

Κοινή θέση αρκετών ομιλητών ήταν ότι η συζήτηση πρέπει να μετακινηθεί από το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης στην αξία που παράγει η επένδυση στην υγεία. Στελέχη της φαρμακοβιομηχανίας υποστήριξαν ότι κάθε ευρώ που επενδύεται στην υγεία επιστρέφει πολλαπλάσια όφελος στην οικονομία και στην κοινωνία, είτε μέσω της παραγωγικότητας είτε μέσω της μείωσης των νοσηλείων και των επιπλοκών. Αντίστοιχα, πανεπιστημιακοί και οικονομολόγοι της υγείας επισήμαναν ότι η αξιολόγηση πρέπει να βασίζεται πλέον στα πραγματικά αποτελέσματα που παράγουν οι θεραπείες για τους ασθενείς και όχι αποκλειστικά στο αρχικό κόστος τους.

Οι προκλήσεις της ποιότητας

Από την πλευρά της κυβέρνησης, ο υπουργός

INFO

1 Τρία στα πέντε νέα καινοτόμα φάρμακα ενδέχεται να μην κυκλοφορήσουν στην ελληνική αγορά
2 Οι επιστροφές για τα νοσοκομειακά φάρμακα πάνω από 30 ευρώ ανήλθαν στο 80,7%

Δημήτρης Παπαστεργίου, αναφέρθηκε στη δημιουργία του νέου οικοσυστήματος διαχείρισης δεδομένων υγείας, στην αξιοποίηση της ΗΔΥΚΑ ΜΑΕ, καθώς και στις δυνατότητες που δημιουργεί ο ευρωπαϊκός χώρος δεδομένων υγείας. Η κοινή εκτίμηση ήταν ότι το επόμενο μεγάλο βήμα δεν αφορά πλέον τη συλλογή δεδομένων αλλά την ασφαλή, αξιόπιστη και διαλεπτοαρκτική αξιοποίησή τους προς όφελος της έρευνας, της πρόληψης και της θεραπείας.

Κόμβος

Ενα ακόμη μήνυμα του συνεδρίου ήταν ότι η χώρα διαθέτει σημαντικά συγκριτικά πλεονεκτήματα: ισχυρή φαρμακοβιομηχανία, περισσότερες από 50 παραγωγικές μονάδες, εξαιρετικό επιστημονικό δυναμικό και αυξανόμενη συμμετοχή στην κλινική έρευνα.

Παρουσιάστηκε μάλιστα το παράδειγμα της Ισπανίας, η οποία μέσα από σταθερό θεσμικό πλαίσιο και γρήγορες διαδικασίες εγκρίσεων εξελίχθηκε σε έναν από τους σημαντικότερους ευρωπαϊκούς προορισμούς για κλινικές μελέτες. Το μήνυμα ήταν σαφές: Η Ελλάδα μπορεί να ακολουθήσει αντίστοιχη πορεία, αρκεί να διαμορφώσει ένα προβλέψιμο περιβάλλον για επενδύσεις, έρευνα και καινοτομία.

Το πραγματικό διακύβευμα

Το 3ο ΣΦΕΕ Summit ανέδειξε ότι η συζήτηση για την καινοτομία δεν αφορά αποκλειστικά τη φαρμακοβιομηχανία ούτε μόνο τη φαρμακευτική δαπάνη. Αφορά το μέλλον του ελληνικού συστήματος υγείας, την ανταγωνιστικότητα της χώρας και, πάνω απ' όλα, το δικαίωμα των ασθενών να έχουν έγκαιρη πρόσβαση στις καλύτερες διαθέσιμες θεραπείες.

Η επιστήμη κινείται πλέον με πρωτοφανή ρυθμούς. Το ερώτημα που παραμένει ανοικτό είναι αν η Ελλάδα θα μπορέσει να συμβαδίσει με αυτές τις εξελίξεις, μετατρέποντας την καινοτομία σε πραγματικό όφελος για τους πολίτες και όχι σε ένα ακόμη ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που θα αξιοποιείται αλλού.

Υγείας, **Αδωνις Γεωργιάδης**, αναγνώρισε ότι η εκρηκτική αύξηση των καινοτόμων θεραπειών δημιουργεί ισχυρές πιέσεις στους προϋπολογισμούς όλων των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Παρουσίασε παρεμβάσεις όπως η έναρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσοκομεία, η αξιοποίηση της τεχνητής νοημοσύνης για τον έλεγχο της συνταγογράφησης και η ενίσχυση των μηχανισμών ελέγχου της δαπάνης υπογραμμίζοντας ότι ζητούμενο είναι η ισορροπία ανάμεσα στην πρόσβαση στην καινοτομία και στη δημοσιονομική βιωσιμότητα.

Από την πλευρά του, ο υφυπουργός Υγείας, **Μάριος Θεμιστοκλέους**, υποστήριξε ότι η επόμενη ημέρα απαιτεί η καινοτομία να συνδεθεί με μετρήσιμα αποτελέσματα, προτείνοντας την αξιολόγηση συγκεκριμένων θεραπειών μέσα από εξειδικευμένα επιστημονικά συμβούλια, ώστε να αποδεικνύεται στην πράξη η κλινική τους αξία.

Η ψηφιακή υγεία

Η καινοτομία δεν περιορίζεται πλέον στα νέα φάρμακα. Οι ομιλητές ανέδειξαν τον καθοριστικό ρόλο των δεδομένων υγείας, της τεχνητής νοημοσύνης και της ψηφιακής διακυβέρνησης. Ο υπουργός Ψηφιακής Διακυβέρνησης



Y I E I A

Η νέα ευρωπαϊκή στρατηγική για την καινοτομία και η θέση της Ελλάδας



γράφει η
ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΡΑΚΗ*

*Πρόεδρος του Συλλόγου Επικεφαλές Διαχειριστές Κλινικών Μελετών Ελλάδας - HACRO, μέλος Δ.Σ. της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Επικεφαλές Διαχειριστές Κλινικών Μελετών EUCROF, Πρόεδρος και Διευθύντρια Σύμβουλος CORONIS Research

Για πρώτη φορά η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δεν περιορίζεται στην απλοϊκή απάντηση των διαδικασιών, αλλά εισάγει οικονομικά και ρυθμιστικά κίνητρα που συνδέουν άμεσα την καινοτομία με τη διεξαγωγή κλινικών μελετών και την παραγωγική δραστηριότητα εντός της Ε.Ε.

Οι κλινικές μελέτες αποτελούν διαχρονικά τον πυρήνα της ανάπτυξης νέων θεραπειών. Σήμερα, όμως, ο ρόλος τους υπερβαίνει κατά πολύ την επιστημονική τους διάσταση. Η Ευρωπαϊκή Ένωση τις αντιμετωπίζει πλέον ως στρατηγικό εργαλείο για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και της οικονομικής της ανάπτυξης και γι' αυτό βρίσκονται στο επίκεντρο όλων σχεδόν των νέων ευρωπαϊκών πρωτοβουλιών που αφορούν τις επιστήμες ζωής.

Η αλλαγή αυτή δεν προέκυψε τυχαία. Τα τελευταία χρόνια η Ευρώπη παρακολουθεί με ανησυχία τη σταδιακή μετατόπιση σημαντικού μέρους της παγκόσμιας έρευνας και ανάπτυξης προς τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ασία. Παρά το γεγονός ότι εξακολουθεί να διαθέτει κορυφαία πανεπιστήμια, ερευνητικά κέντρα και επιστήμονες διεθνούς κύρους, βλέπει όλο και περισσότερες επενδύσεις στη βιοτεχνολογία, την ανάπτυξη καινοτόμων φαρμάκων και τη διεξαγωγή κλινικών μελετών να κατευθύνονται εκτός Ευρώπης.

Η Έκθεση Draghi για το μέλλον της ευρωπαϊκής ανταγωνιστικότητας περιέγραφε εύστοχα αυτή την πραγματικότητα. Η Ευρώπη παράγει επιστήμη υψηλού επιπέδου, όμως δεν καταφέρνει πάντοτε να τη μετατρέψει με την ίδια ταχύτητα σε καινοτομία, επενδύσεις και παραγωγική ανάπτυξη. Η πρόκληση, επομένως, αφορά τη δυνατότητα της Ευρώπης να διατηρήσει εντός των συνόρων της ολόκληρη την αλυσίδα αξίας της καινοτομίας, από την ανακάλυψη μιας νέας θεραπείας μέχρι την κλινική ανά-

πτυξη, την παραγωγή και τελικά την πρόσβαση των ασθενών σε αυτή.

Νέα νομοθετική πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής

Αυτή ακριβώς η διαπίστωση βρίσκεται πίσω από τη νέα ευρωπαϊκή στρατηγική για τις επιστήμες ζωής. Το European Health Data Space, η Στρατηγική για τις Επιστήμες Ζωής και το νέο European Biotech Act δεν αποτελούν αποσπασματικές νομοθετικές πρωτοβουλίες. Αποτελούν τμήματα μιας ενιαίας στρατηγικής που επιδιώκει να καταστήσει την Ευρώπη ταχύτερη, πιο ελκυστική και περισσότερο ανταγωνιστική, τόσο στην ανάπτυξη καινοτόμων θεραπειών όσο και στη διατήρηση ολόκληρης της αλυσίδας αξίας της καινοτομίας.

Ισως το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αυτής της νέας προσέγγισης είναι το European Biotech Act, η νέα νομοθετική πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που δεν αντιμετωπίζει πλέον τη βιοτεχνολογία μόνο ως ζήτημα υγείας, αλλά ως στρατηγικό πυλώνα ανάπτυξης, επενδύσεων και διεθνούς ανταγωνιστικότητας. Για πρώτη φορά η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δεν περιορίζεται στην απλοϊκή απάντηση των διαδικασιών, αλλά εισάγει οικονομικά και ρυθμιστικά κίνητρα που συνδέουν άμεσα την καινοτομία με τη διεξαγωγή κλινικών μελετών και την παραγωγική δραστηριότητα εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ενδεικτική είναι η πρόταση-κίνητρο για δωδεκάμηνη επέκταση του Συμπληρωματικού Πιστοποιητικού Προστασίας (Supplementary Protection Certificate - SPC) για συγκεκριμένα

κλών μελετών και θα συμβάλει στην ανάπτυξη πιο στοχευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Την ίδια στιγμή, η τεχνητή νοημοσύνη ενσωματώνεται πλέον στον σχεδιασμό των μελετών, στην ανάλυση των δεδομένων και στις ρυθμιστικές διαδικασίες, μετασχηματίζοντας συνολικά το οικοσύστημα της βιοϊατρικής έρευνας.

Οι εξελίξεις αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία και για την Ελλάδα. Τα τελευταία χρόνια έχει διαμορφωθεί μια νέα δυναμική μέσα από σημαντικές θεσμικές μεταρρυθμίσεις όπως η νέα Κοινή Υπουργική Απόφαση για τις κλινικές μελέτες, η ανάπτυξη του Εθνικού Μητρώου Βιοϊατρικής Έρευνας, η συμμετοχή της χώρας στο FastEU, η ψηφιοποίηση των διαδικασιών και η ενίσχυση των Γραφείων Κλινικών Μελετών.

Η κλινική έρευνα ως εθνική προτεραιότητα

Οι πολλά υποσχόμενες αυτές μεταρρυθμίσεις ευθυγραμμίζονται με τη νέα ευρωπαϊκή στρατηγική, η οποία αντιμετωπίζει τις κλινικές μελέτες ως βασικό δείκτη ανταγωνιστικότητας των συστημάτων Υγείας. Εξάλλου, η εμπειρία επιτυχημένων χωρών, όπως το Βέλγιο, η Δανία και η Ισπανία, δείχνει ότι η επιτυχία δεν εξαρτάται μόνο από την ποιότητα των επιστημόνων τους. Το κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των χωρών είναι ότι αντιμετωπίζουν την κλινική έρευνα ως εθνική προτεραιότητα. Επένδυσαν σε υποδομές, σε ψηφιακά εργαλεία, σε αποτελεσματικό συντονισμό και σε σταθερές πολιτικές μακροπρόθεσμο ορίζοντα.

Η Ελλάδα διαθέτει όλα τα βασικά πλεονεκτήματα για να διεκδικήσει έναν ισχυρότερο ρόλο



INFO

Η Ελλάδα διαθέτει τα βασικά πλεονεκτήματα για να διεκδικήσει ισχυρότερο ρόλο στον ευρωπαϊκό χάρτη της κλινικής έρευνας

καινοτόμα βιοτεχνολογικά φάρμακα υπό προϋποθέσεις, όπως η διεξαγωγή κλινικών μελετών σε περισσότερα από δύο κράτη-μέλη και η διατήρηση μέρους της παραγωγικής διαδικασίας στην Ευρώπη. Στόχος, εκτός από την ενίσχυση της προστασίας της καινοτομίας, είναι να δημιουργηθούν ισχυρότερα κίνητρα ώστε περισσότερη κλινική έρευνα, περισσότερες επενδύσεις και περισσότερη παραγωγή να πραγματοποιούνται εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Παράλληλα, το European Health Data Space φιλοδοξεί να αλλάξει ριζικά τον τρόπο με τον οποίο αξιοποιούνται τα δεδομένα υγείας για ερευνητικούς σκοπούς. Η καλύτερη αξιοποίηση των δεδομένων θα διευκολύνει την αναγνώριση κατάλληλων πληθυσμών ασθενών, θα επιταχύνει τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή κλιν-

στον ευρωπαϊκό χάρτη της κλινικής έρευνας. Διαθέτει ερευνητές διεθνούς κύρους, σημαντικό νοσοκομείο, υψηλό επίπεδο επιστημονικό δυναμικό και μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια που βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη.

Η πρόκληση από εδώ και πέρα είναι να διατηρηθεί αυτή η δυναμική, να ολοκληρωθούν οι μεταρρυθμίσεις που έχουν ήδη ξεκινήσει και να διαμορφωθεί μια συνεκτική εθνική στρατηγική με διάρκεια, που θα υπερβαίνει τους εκλογικούς κύκλους και τις διοικητικές αλλαγές. Γιατί στο νέο ευρωπαϊκό περιβάλλον οι κλινικές μελέτες δεν αποτελούν μόνο εργαλείο επιστημονικής προόδου. Αποτελούν στρατηγική επένδυση για την καινοτομία, την ανάπτυξη και τη θέση κάθε χώρας στον ευρωπαϊκό χάρτη των επιστημών ζωής.



ΥΓΕΙΑ



άρθρο
του ΑΔΩΝΙ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ*

*Υπουργού Υγείας

ΕΣΥ: Από τις δεσμεύσεις στα μετρήσιμα αποτελέσματα

■ **Η ΔΗΜΟΣΙΑ** υγεία δεν αλλάζει με συνθήματα ούτε με ευκολόγια. Αλλάζει με σχέδιο, σκληρή δουλειά, αποφασιστικότητα και μετρήσιμα αποτελέσματα. Τα τελευταία χρόνια, η κυβέρνηση του Κυριάκου Μητσοτάκη έθεσε ως κορυφαία προτεραιότητα την αναγέννηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και αξιοποίησε τη μεγαλύτερη αναπτυξιακή ευκαιρία των τελευταίων δεκαετιών, το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας. Σήμερα, καθώς ολοκληρώνεται σιγά σιγά αυτός ο μεγάλος κύκλος παρεμβάσεων, μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι το ΕΣΥ βρίσκεται σε μια νέα εποχή.

Για το υπουργείο Υγείας, το Ταμείο Ανάκαμψης αποτέλεσε ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση ολόκληρης της μεταπολεμτικής ιστορίας του. Με την εμπιστοσύνη του πρωθυπουργού Κυριάκου Μητσοτάκη, διαχειριστήκαμε ένα πρωτοφανές χρηματοδοτικό πρόγραμμα και καταφέραμε να το αξιοποιήσουμε στο 100%, παραδίδοντας έργα σε κάθε γωνιά της Ελλάδας. Από τα Ψαρά και τη Γαύδο μέχρι την Αλεξανδρούπολη, τα Ιωάννινα και την Κέρκυρα, το ΕΣΥ αλλάζει εικόνα με τρόπο που είναι πλέον ορατός σε κάθε πολίτη.

Πολλοί πιστεύουν ότι το δύσκολο είναι να εξασφαλιστεί τους ευρωπαϊκούς πόρους. Η πραγματικότητα είναι πολύ διαφορετική. Το πραγματικά δύσκολο είναι να τους απορρο-

στερούς το επείγοντα: «Τι να τα κάνουμε τα κτίρια; Χρειαζόμαστε προσωπικό». Πρόκειται όμως για ένα ψευδές δίλημμα.

Κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί σοβαρά ότι την υγεία την παρέχουν οι τοίχοι ή τα μηχανήματα. Η ψυχή κάθε νοσοκομείου και κάθε Κέντρου Υγείας είναι οι άνθρωποι του. Αν βάλεις γιατρούς και νοσηλευτές ακόμη και σε μία σκηνή στη μέση της ερήμου, θα μπορέσουν να προσφέρουν περιθαλψία. Αν, αντίθετα, αφήσεις άδειο το πιο σύγχρονο νοσοκομείο του κό-

Από τα Ψαρά και τη Γαύδο μέχρι την Αλεξανδρούπολη, τα Ιωάννινα και την Κέρκυρα, το ΕΣΥ αλλάζει εικόνα με τρόπο που είναι πλέον ορατός σε κάθε πολίτη

μερινότατα της δημόσιας υγείας. Η τηλεϊατρική δίνει τη δυνατότητα ακόμη και στα πιο απομακρυσμένα σημεία της Ελλάδας να συνδεόμαστε με εξειδικευμένους γιατρούς, να πραγματοποιούνται διαγνώσεις, να παρέχονται ιατρικές οδηγίες και να υποστηρίζονται οι επαγγελματίες υγείας της περιφέρειας σε πραγματικό χρόνο. Αυτό που πριν από λίγα χρόνια έμοιαζε με επιστημονική φαντασία, σήμερα αποτελεί καθημερινή πραγματικότητα.

Ψηφιακές υπηρεσίες και προγράμματα πρόληψης

Το ίδιο ισχύει και για τις ψηφιακές υπηρεσίες. Σήμερα ο πολίτης μπορεί από το κινητό του να βλέπει τις εξετάσεις του, να κλείνει ραντεβού, να έχει πρόσβαση στον ηλεκτρονικό του φάκελο υγείας μέσω του myHealth app. Η ψηφιακή μετάβαση δεν αποτελεί πολυτέλεια. Είναι εργαλείο καλύτερης εξυπηρέτησης και μεγαλύτερης διαφάνειας.

Παράλληλα, υλοποιήσαμε το μεγαλύτερο πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων που γνώρισε ποτέ η χώρα. Μέσα από το πρόγραμμα «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» πραγματοποιήθηκαν 5,9 εκατομμύρια δωρεάν εξετάσεις, ενώ περισσότεροι από 200.000 συμπολίτες μας εντόπισαν έγκαιρα σοβαρά προβλήματα υγείας και έλαβαν την απαραίτητη θεραπεία.

Δεν υποστηρίζω ότι λύθηκαν όλα τα προβλήματα. Κανένα εθνικό σύστημα υγείας στην Ευρώπη δεν μπορεί να ισχυριστεί κάτι τέτοιο. Ωστόσο η εικόνα του ΕΣΥ πριν από λίγα χρόνια και η εικόνα του σήμερα αποτελούν την πιο πειστική απάντηση σε κάθε προσπάθεια μπενδισμού. Πρέπει κανείς να είναι πραγματικά πολύ μικρόψυχος για να μην αναγνωρίζει όσα έχουν αλλάξει μπροστά στα μάτια όλων.

Η πολιτική είναι μια διαρκής ακυκλοδορμία. Κάθε κυβέρνηση παραλαμβάνει από την προηγούμενη και οφείλει να παραδώσει κάτι καλύτερο στην επόμενη. Αυτό είναι το πραγματικό νόημα της δημόσιας ευθύνης. Δεν ανήκει το ΕΣΥ στον εκάστοτε υπουργό Υγείας. Ανήκει στους πολίτες, στους ασθενείς και, πάνω απ' όλα, στους ανθρώπους που το υπηρετούν καθημερινά. Οι υπουργοί έρχονται και παρέρχονται. Οι εργαζόμενοι του ΕΣΥ είναι αυτοί που κρατούν όρθιο το σύστημα κάθε ημέρα.

Με τη δική τους προσπάθεια και με ένα συνεκτικό σχέδιο μεταρρυθμίσεων, χτίζουμε το καλύτερο Εθνικό Σύστημα Υγείας που είχε ποτέ η χώρα. Γιατί η πολιτική κρίνεται τελικά από το αποτύπωμα που αφήνει τις ζωές των ανθρώπων. Και το νέο ΕΣΥ που χτίζουμε σήμερα θα υπηρετεί τους πολίτες για τις επόμενες δεκαετίες.



φρίσεις σωστά, να τηρήσεις ασφατικές προθεσμίες, να ολοκληρώσεις εκατοντάδες διαγωνισμούς, να αντιμετωπίσεις δικαστικές προσφυγές, τις συνέπειες διεθνών κρίσεων που αύξησαν το κόστος των υλικών, τις καθημερινές δυσκολίες δεκάδων εργαζομένων σε ολόκληρη τη χώρα και, παρ' όλα αυτά, να παραδώσεις το σύνολο του έργου στην ώρα του.

Αυτό ακριβώς καταφέραμε. Ανακαινίσαμε 160 Κέντρα Υγείας και 93 νοσοκομεία, δημιουργώντας σύγχρονες υποδομές που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του 21ου αιώνα. Τις επόμενες εβδομάδες παραδίδονται και τα τελευταία έργα που είναι σε εξέλιξη. Ταυτόχρονα, προχωράμε στην εγκατάσταση νέου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ο οποίος ήδη αρχίζει να παραδίδεται στις δημόσιες δομές υγείας, ενισχύοντας ουσιαστικά τις δυνατότητες των επαγγελματιών υγείας και βελτιώνοντας την εμπειρία των ασθενών.

Συχνά ακούω από συνδικαλιστές και αρι-

σμού, δεν θα θεραπεύσει ούτε έναν ασθενή.

Αυτό είναι αυτονόητο.

Ομως, εξίσου αυτονόητο είναι ότι οι γιατροί, οι νοσηλευτές και όλοι οι εργαζόμενοι του ΕΣΥ αξίζουν να εργάζονται σε σύγχρονες, ασφαλείς και αξιοπρεπείς εγκαταστάσεις, με σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογία που διευκολύνει το έργο τους. Οι καλύτερες υποδομές δεν αντικαθιστούν το προσωπικό. Του επιτρέπουν, όμως, να προσφέρει πολύ καλύτερες υπηρεσίες στους πολίτες.

Το πρόγραμμα, όμως, δεν περιορίστηκε στα κτίρια. Περιελάμβανε την ψηφιοποίηση υπηρεσιών, νέες ηλεκτρονικές εφαρμογές, όπως το myHealth app, τον εκσυγχρονισμό των πληροφοριακών συστημάτων, την ανάπτυξη της τηλεϊατρικής, τις προληπτικές εξετάσεις του προγράμματος «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» και μια συνολική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το δημόσιο σύστημα υγείας.

Η τεχνολογία αλλάζει πλέον ριζικά την καθη-

INFO

- 1 Οι εργαζόμενοι του ΕΣΥ αξίζουν να εργάζονται σε σύγχρονες, ασφαλείς και αξιοπρεπείς εγκαταστάσεις, με σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογία
- 2 Ανακαινίσαμε 160 Κέντρα Υγείας και 93 νοσοκομεία, δημιουργώντας σύγχρονες υποδομές
- 3 Υλοποιήσαμε το μεγαλύτερο πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων που γνώρισε ποτέ η χώρα

5. ΤΕΛΕΙΩΝΟΥΝ ΟΙ ΕΚΚΡΕΜΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ

Μέσο: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: . . . 12/07/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 12/07/2026

Σελίδα: 1



ΚΟΜΙΣΙΟΝ

Τελειώνουν οι εκκρεμότητες των μνημονίων

Το τέλος και του τελευταίου καταλοίπου της εποχής των μνημονίων θα σηματοδοτήσει η έξοδος της Ελλάδας από την ενισχυμένη εποπτεία. Η Κομισιόν αναμένεται να καταθέσει πρόταση, η οποία προβλέπει ότι οι μνημονιακές χώρες δεν θα χρειαστεί να περιμένουν έως ότου εξοφληθεί το 75% της βοήθειας που έλαβαν, για να βγουν από τη μεταπρογραμματική εποπτεία. **Σελ. 4**



Της ΕΙΡΗΝΗΣ ΧΡΥΣΟΛΩΡΑ

Το σήμα για επιστροφή στην κανονικότητα, με αλλαγή και από το τελευταίο κατάλοιπο της εποχής των μνημονίων, τη μεταπρογραμματική εποπτεία, αναμένεται να δώσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στις μνημονιακές χώρες το φθινόπωρο, συμπεριλαμβανομένης, πιθανότατα, και της Ελλάδας.

Συγκεκριμένα, η Κομισιόν έχει καταθέσει πρόταση, η οποία προβλέπει ότι οι μνημονιακές χώρες δεν θα χρειαστεί να περιμένουν έως ότου εξοφληθεί το 75% της βοήθειας που έλαβαν στα προγράμματά τους (Κανονισμός 472/2013), για να βγουν από τη μεταπρογραμματική εποπτεία. Θα αρκεί να έχουν συμπληρώσει 5 χρόνια στη μεταπρογραμματική εποπτεία, υπό την προϋπόθεση, βεβαίως, ότι δεν υπάρχουν κίνδυνοι εξόφλησης των υποχρεώσεών τους μεσοπρόθεσμα και με τη σύμφωνη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής.

Εφόσον εγκριθεί αυτή η πρόταση από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, πιθανώς το φθινόπωρο, η Κομισιόν θα ετοιμάσει εκθέσεις για όλα τα κράτη των μνημονίων, πλην Ισπανίας, που έχει ήδη βγει από τη μεταπρογραμματική εποπτεία. Η Κύπρος, η Ιρλανδία

Οριστική επιστροφή στην κανονικότητα το φθινόπωρο

Το πράσινο φως για να βγει η Ελλάδα και από το καθεστώς της ενισχυμένης εποπτείας αναμένεται να δώσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή



Εφόσον εγκριθεί η πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, πιθανώς το φθινόπωρο, η Κομισιόν θα ετοιμάσει εκθέσεις για όλα τα κράτη των μνημονίων, πλην Ισπανίας, που έχει ήδη βγει από τη μεταπρογραμματική εποπτεία.

Η χώρα έχει ήδη βγει από το καθεστώς των μακροοικονομικών ανισορροπιών, τον περασμένο μήνα, στο πλαίσιο της αξιολόγησης του Ευρωπαϊκού Εξαμήνου.

και η Πορτογαλία έχουν ήδη συμπληρώσει 5ετία στο καθεστώς μεταπρογραμματικής εποπτείας και αναμένεται να βγουν άμεσα. Η Ελλάδα έχει μια ιδιαιτερότητα, καθώς εντάχθηκε αρχικώς σε καθεστώς ενισχυμένης εποπτείας (2018-2022) και μετά στην απλή μεταπρογραμματική εποπτεία, όπου θα συμπληρώσει 5ετία το καλοκαίρι του 2027.

Ευρωπαϊκές πηγές εκτιμούν ότι πιθανώς η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα θελήσει να εντάξει και την Ελλάδα στην ομάδα των χωρών που θα βγουν άμεσα από την εποπτεία, ώστε να μη χρειαστεί να περιμένει—μόνη αυτή— ως το επόμενο καλοκαίρι. Αλλωστε και η ενισχυμένη εποπτεία ήταν μια μορφή μεταπρογραμματικής εποπτείας.

Υπέρ μιας τέτοιας θετικής για την Ελλάδα πρότασης συνηγορεί και το γεγονός ότι έχει ήδη βγει από το καθεστώς των μακροοικονομικών ανισορροπιών, τον περασμένο μήνα, στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Εξαμήνου (όπου παραμένουν άλλες 4 χώρες). Επίσης, θετικά στο γόητρο της χώρας λειτουργεί η ανάληψη της

προεδρίας του Eurogroup από τον Κυριάκο Πιερρακάκη.

Επί της ουσίας, η σημασία είναι μικρή, εξηγούν οι πηγές. Η μεταπρογραμματική εποπτεία είναι, ούτως ή άλλως, μια διαδικασία που περνάει κάτω από τα ραντάρ τα τελευταία χρόνια. Προβλέπει δύο αξιολογήσεις τον χρόνο και αντίστοιχες εκθέσεις, οι οποίες συνήθως δεν περιέχουν εκπλήξεις. Αλλωστε, εφόσον η χώρα συμπληρώνει ούτως ή άλλως 5ετία το επόμενο καλοκαίρι, απομένουν μόνο δύο αξιολογήσεις ακόμη.

Η σημασία είναι κυρίως συμβολική: να μην αποτελεί η Ελλάδα

τη μοναδική εξαίρεση, έστω και για 1 χρόνο και να αναγνωρίσει η Κομισιόν ότι η χώρα επέστρεψε οριστικά στην κανονικότητα. Το αν τελικά θα συμβεί αυτό θα φανεί τελικά το φθινόπωρο. Φυσικά, μια θετική απόφαση θα λειτουργήσει υπέρ του ευρωπαϊκού προφίλ της κυβέρνησης, σε μια προεκλογική περίοδο.

Οι εκκρεμότητες

Ενώ όμως η χώρα αφήνει πίσω της το καθεστώς των μνημονίων, παραμένουν εκκρεμότητες και ανεκπλήρωτες δεσμεύσεις τόσο από τη μνημονιακή εποχή, όσο

και από την περίοδο μετά, της έκθεσης Πισσαρίδη και του Ταμείου Ανάκαμψης, τα ορόσημα των οποίων τροποποιήθηκαν πολλές φορές, βάζοντας στο ραφί μια σειρά από μεταρρυθμίσεις.

Κάποιες από αυτές τις εκκρεμότητες θα μπορούσαν, αν είχαν κλείσει, να αποθούν προς όφελος των καταναλωτών, μειώνοντας τις τιμές. Για παράδειγμα, αναφέρεται από ευρωπαϊκή πηγή, η περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ), μια υποκατηγορία των οποίων είχε προβλεφθεί στο μνημόνιο να μπορούν να πωλούνται από τα

σούπερ μάρκετ. Στην πράξη, οι προϋποθέσεις που τέθηκαν για να γίνει αυτό το βήμα δεν επέτρεψαν την πώληση από τα σούπερ μάρκετ. Από την άλλη απελευθερώθηκαν οι τιμές τους και οι οποίες φυσικά αυξήθηκαν σημαντικά.

Το «άνογμα» των αγορών ήταν ένα πάγιο ζητούμενο στις διαπραγματεύσεις με την τρόικα, το οποίο επαναφέρει και στις εκθέσεις της μεταπρογραμματικής εποπτείας.

Οι καθυστερήσεις στη δικαιοσύνη είναι επίσης ένα πρόβλημα που παραμένει οξύ, 8 χρόνια μετά το τέλος των μνημονίων. Στα πρωτοβάθμια δικαστήρια τα πράγματα έχουν βελτιωθεί, μετά την τροποποίηση του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, επισημαίνουν οι πηγές, ωστόσο η Κομισιόν στην τελευταία έκθεσή της για την Ελλάδα τονίζει πως παραμένουν προκλήσεις, κυρίως στην ψηφιοποίηση, που οδηγούν σε μακροχρόνιες διαδικασίες και συνεπώς δεν υπάρχει ασφάλεια δικαίου. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΚΕΦΙΜ, μια υπόθεση προσαρτίας καταναλωτή χρειάζεται 4,5 χρόνια για να ολοκληρωθεί.

Στον τραπεζικό τομέα, ακόμη εκκρεμεί—από το 2020—η δημιουργία του φορέα απόκτησης και

Παραμένουν ανεκπλήρωτες δεσμεύσεις τόσο από τη μνημονιακή εποχή όσο και από την περίοδο μετά, της έκθεσης Πισσαρίδη και του Ταμείου Ανάκαμψης.

επαναμίσθωσης ακινήτων, αν και ο υπουργός Εθνικής Οικονομίας έχει πει ότι θα λειτουργεί ως το τέλος φθινοπώρου. Αιστόσο, επειδή πρόκειται για ευαίσθητο θέμα, εκτιμάται από ευρωπαϊκές πηγές ότι ίσως τελικά δεν θα θελήσει να το ανακινήσει η κυβέρνηση παρ' όσον εκλογών. Το νέο καθεστώς προβλέπει ότι οι οφειλές θα μπορούν να παραμένουν στο σπίτι τους για 12 χρόνια πληρώνοντας ένα μικρό ενοίκιο και θα έχουν τη δυνατότητα να το αγοράσουν στο τέλος, αν ανακάμψουν. Οι Ευρωπαίοι το θεωρούν σημαντικό γιατί είναι η τελευταία εκκρεμότητα για να ολοκληρωθεί το πτωχευτικό πλαίσιο, το οποίο αποτελεί θεμελιώδη μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος.

Επίσης, εκκρεμεί το εξίσου ευαίσθητο θέμα του Μητρώου Φερεγγυότητας Ενοικιαστών, αν και έχει παραπεμφθεί για το β' εξάμηνο.

Το τελικό ζητούμενο όλων αυτών των μεταρρυθμίσεων, σημειώνουν οι πηγές, είναι η αύξηση της παραγωγικότητας, η οποία συνδέεται με την αλλαγή του παραγωγικού μοντέλου.

6. ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΕΡΑΞΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΣΤΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Μέσο: ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ

Ημ. Έκδοσης: . . . 11/07/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 11/07/2026

Σελίδα: 25



Σημαντική υπεραξία από τις επενδύσεις στα καινοτόμα φάρμακα

Της **Ανθής Αγγελοπούλου**
aaggelopoulos@nautemporiki.gr

ΤΟ ΚΛΙΜΙΚΟ και οικονομικό όφελος της καινοτομίας κατέγραψε μελέτη της WifOR, η οποία επισημαίνει ότι στην Ελλάδα τα καινοτόμα φάρμακα την τελευταία 10ετία δημιούργησαν αξία ύψους 557 εκατ. ευρώ, με επένδυση μόνο 93 εκατ. ευρώ.

Η μελέτη δημοσιεύθηκε από την EFPIA και εστιάζει στο τι κερδίζει η κοινωνία και το κράτος αν επενδυθεί έστω και 1 ευρώ στην καινοτομία.

Η μελέτη εκπονήθηκε από το Ινστιτούτο WifOR σε συνεργασία με τον καθηγητή Οικονομικών

του πανεπιστημίου Columbia Frank R. Lichtenberg για την περίοδο 2014-2024, συμπεριλαμβανομένης 29 ευρωπαϊκές χώρες.

Για την Ελλάδα τα βασικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι τα καινοτόμα φάρμακα συμβάλλουν στη μείωση των νοσηλείων και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Συγκεκριμένα, αποφεύχθηκαν 25,6 χιλιάδες έτη δυνητικής ζωής που θα είχαν χαθεί, γεγονός που ισοδυναμεί με τη διατήρηση του πλήρους προσδόκιμου ζωής (81,3 έτη) 313 ανθρώπων στην Ελλάδα. Επίσης, καταγράφηκαν 252,4 χιλιάδες λιγότερες ημέρες νοσηλείας, ποσότητα που αντιστοιχεί στην

■ Κάθε 1 ευρώ που επενδύθηκε σε καινοτόμα φάρμακα στη χώρα μας απέφερε σε κοινωνική και οικονομική αξία 6 ευρώ.

απελευθέρωση 691 νοσοκομειακών κλινών για έναν ολόκληρο χρόνο - δηλαδή σε περισσότερο από το 70% της συνολικής δυναμικότητας κλινών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός». Όσον αφορά το καθαρά οικονομικό σκέλος, με επένδυση στη φαρμακευτική καινοτομία μόλις 93 εκατ. ευρώ -σε τιμές καταλόγου και χωρίς

να αφαιρούνται οι επιστροφές (clawback & rebates)- δημιουργήθηκε σημαντική αξία για την ελληνική κοινωνία: 430 εκατ. ευρώ οικονομικό όφελος από την αύξηση της παραγωγικότητας, που αντιστοιχεί σε σχεδόν 0,2% του ΑΕΠ της Ελλάδας, και 127 εκατ. ευρώ εξοικονόμηση από τη μείωση των νοσηλείων, ποσό που ισοδυναμεί με το 1,5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης της χώρας.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, κάθε 1 ευρώ που επενδύθηκε σε καινοτόμα φάρμακα στη χώρα μας απέφερε σε κοινωνική και οικονομική αξία 6 ευρώ, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η

υποεπένδυση στην Υγεία αποτελεί ψευδή εξοικονόμηση, διότι επιβαρύνει περισσότερο τις οικονομίες και τις κοινωνίες. Στην Ευρώπη, για παράδειγμα, για κάθε 1 ευρώ επένδυσης τα ογκολογικά φάρμακα αποδίδουν 6,80 ευρώ, τα φάρμακα του διαβήτη 4,70 ευρώ και για το αναπνευστικό 3,80 ευρώ.

Με αφορμή τη μελέτη, ο πρόεδρος του ΣΦΕΕ Ολύμπιος Παπαδημητρίου τόνισε ότι η Ελλάδα χρειάζεται ένα περιβάλλον που θα ενισχύει την καινοτομία και θα διασφαλίζει την έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών στις νέες θεραπείες.

[SID:25816772]

252,4
χιλιάδες
λιγότερες
ημέρες
νοσηλείας
πρόσφεραν
τα καινοτόμα
φάρμακα
στην Υγεία.



ΡΕΠΟΡΤΑΖ

ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ / ΣΑΒΒΑΤΟ 11.07.2026

33

ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΕΥΡΟΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΝΩ Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, ΕΠΙΜΕΝΕΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ, Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΕΤΑΙ ΕΝΤΟΝΩΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΕΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ – ΜΙΑ ΣΤΑ «Π» Ο ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ



Του **ΒΑΣΙΛΗ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ**
ven.ygeia@gmail.com

Αποφασισμένος να προχωρήσει κανονικά σε όλες τις διαδικασίες για την αναγνώριση της ειδικότητας της Νευροεπεμβατικής Ιατρικής είναι ο ίδιος ο υπουργός Υγείας, Αδωνīs Γεωργιάδης, οι οποίοι δεν υποχωρεί από τις αρχικές θέσεις του ακόμα και μετά την πρόσφατη ανακοίνωση της Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας (ΕΑΕ), σύμφωνα με πολύ καλά πληροφορημένες πηγές των «Π».

Υπενθυμίζεται ότι η ΕΑΕ αναφέρει, μεταξύ άλλων, σε πρόσφατη ανακοίνωσή της ότι «η άμεση ενδοαγγειακή αντιμετώπιση (εμβολιασμός) του περιστατικού του υφυπουργού παρά τω πρωθυπουργώ Γιώργου Μυλωνάκη πραγματοποιήθηκε από τους δύο υψηλά εξειδικευμένους επεμβατικούς νευροακτινολόγους Μαρία Πολίτη και Ευτύχιο Αρκαντόκη και όχι από χειρουργούς, όπως είχε εσφαλμένα αναφερθεί σε αρκετά δημοσιεύματα. Η επιτυχή έκβαση του περιστατικού αποτελεί ακόμα μία απόδειξη της υψηλής αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου, η οποία αντικαθίστα με μεγάλη επιτυχία και ασφαλώς λιγότερες επιπλοκές τη χειρουργική αντιμετώπιση σε σημαντικό αριθμό ασθενών».

Και η ΕΑΕ συνεχίζει: «Παρόμοια περιστατικά, αν και λιγότερο γνωστά στο ευρύ κοινό, αντιμετωπίζονται καθημερινά στα Τμήματα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας εντός

των ακτινολογικών τμημάτων όλης της χώρας, απαιτώντας υψηλό επίπεδο τεχνολογίας, εμπειρίας και εξειδικευμένες ομάδες. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι οι επεμβάσεις στα αγγεία του εγκεφάλου υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση, στο ακτινολογικό τμήμα, δεν αποτελούν γενική ιατρική πράξη, αλλά πεδίο που βασίζεται σε μακρόχρονη, δομημένη και εξειδικευμένη εκπαίδευση στη Νευροακτινολογία και την Επεμβατική Ακτινολογία, σύμφωνα με τα διεθνή καθιερωμένα πρότυπα».

Η Ελληνική Ακτινολογική Εταιρεία σημειώνει ακόμα πως έχει ήδη επισημάνει «ότι οι πρόσφατες θεσμικές ρυθμίσεις στη χώρα μας, με την αντικατάσταση της διεθνώς αναγνωρισμένης εξειδίκευσης της Επεμβατικής Νευροακτινολογίας από τον όρο "Νευροεπεμβατική Ιατρική", συνιστούν πλήρη απόκλιση τόσο από τα διεθνή πρότυπα όσο και από την τεκμηριωμένη εισήγηση των ειδικών του πεδίου. Σε ένα τόσο εξειδικευμένο πεδίο, όμως συνδεδεμένο με την ασφάλεια των ασθενών, η πλήρης αυτή απόκλιση από τα διεθνή πρότυπα απαιτεί την άμεση προσαρμογή του θεσμικού πλαισίου».

Τέλος, η ΕΑΕ καλεί το υπουργείο Υγείας, «για ακόμα μία φορά, να αναθεωρήσει τη σχετική υπουργική απόφαση και να υιοθετήσει τις τεκμηριωμένες προτάσεις της επιτροπής των ειδικών για την εξειδίκευση στην Επεμβατική Νευροακτινολογία».

ΜΕΓΑΛΗ ΚΑΤΑΚΤΗΣΗ

Σύμφωνα με όσα εξηγεί στα «Π» ο καθηγητής Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πα-

νεπιστημίου Αθηνών και επεμβατικός νευροακτινολόγος Παναγιώτης Παπαναγιώτου, «σήμερα, στις περισσότερες περιπτώσεις, ένα εγκεφαλικό ανεύρυσμα μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς να ανοίξει το κρανίο. Μέσα από έναν πολύ λεπτό καθετήρα, που εισάγεται από μια αρτηρία του χεριού ή του ποδιού, ο επεμβατικός νευροακτινολόγος οδηγείται, υπό συνεχή ακτινοσκοπική καθοδήγηση, μέχρι τα αγγεία του εγκεφάλου και αποκλείει το ανεύρυσμα από την κυκλοφορία. Αντίστοιχα, σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αφαιρεθεί ο θρόμβος που αποφράσσει μια εγκεφαλική αρτηρία, αποκαθιστώντας την αιμάτωση του εγκεφάλου μέσα σε λίγα λεπτά».

Ο κ. Παπαναγιώτου τονίζει επίσης ότι «οι τεχνικές αυτές αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της σύγχρονης Ιατρικής, καθώς σώζουν ζωές και δίνουν σε πολλούς ασθενείς τη δυνατότητα να αποφύγουν μια μόνιμη αναπηρία. Πίσω όμως από αυτή την πρόοδο δεν βρίσκεται μόνο η τεχνολογία. Απαιτούνται πολλά χρόνια εκπαίδευσης, εμπειρίας και υψηλής εξειδίκευσης».

Ο ίδιος τοποθετείται ως εξής στην πρόσφατη δημόσια διένεξη για την ονομασία της ειδικότητας: «Δεν είναι τυχαίο ότι η διεθνώς αναγνωρισμένη εξειδίκευση φέρει την ονομασία "Επεμβατική Νευροακτινολογία". Περιγράφει με ακρίβεια το αντικείμενό της: την αντιμετώπιση των αγγειακών παθήσεων του εγκεφάλου με ενδοαγγειακές τεχνικές υπό συνεχή απεικονιστική και ακτινοσκοπική καθοδήγηση. Είναι ο όρος που χρησιμοποιούν οι ευ-

ρωπαϊκές επιστημονικές εταιρείες και οι αρμόδιοι ευρωπαϊκοί φορείς εκπαίδευσης, οι οποίοι έχουν διαμορφώσει κοινό πρότυπο εκπαίδευσης για την Επεμβατική Νευροακτινολογία. Αντίθετα, ο όρος "Νευροεπεμβατική Ιατρική" δεν χρησιμοποιείται στη διεθνή επιστημονική κοινότητα ως αναγνωρισμένη εξειδίκευση, ούτε αντιστοιχεί σε κάποιο διεθνώς καθιερωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Η διάκριση αυτή δεν αφορά απλώς μια διαφορετική ονομασία. Αφορά το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκπαιδεύονται οι γιατροί που καλούνται να πραγματοποιήσουν μερικές από τις πιο απαιτητικές επεμβάσεις της σύγχρονης Ιατρικής και αποτελεί σημείο αναφοράς για τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς σε ολόκληρη την Ευρώπη».

ΔΙΑΛΟΓΟΣ

Εν κατακλείδι, ο κ. Παναγιώτης Παπαναγιώτου καλεί, σε ιδιαίτερα ήπιους τόνους, την Πολιτεία «να αξιοποιήσει τη γνώση και την εμπειρία των Ελλήνων ειδικών της Επεμβατικής Νευροακτινολογίας και να διαμορφώσει ένα σύγχρονο πλαίσιο ανάπτυξης της εξειδίκευσης, πλήρως ευθυγραμμισμένο με τα ευρωπαϊκά και τα διεθνή πρότυπα. Ένα πλαίσιο που θα διασφαλίζει υψηλού επιπέδου εκπαίδευση για τους μελλοντικούς επεμβατικούς νευροακτινολόγους, θα ενισχύει περαιτέρω τα εξειδικευμένα κέντρα και θα εξασφαλίζει ότι κάθε ασθενής, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του, θα έχει πρόσβαση στις πιο σύγχρονες, αποτελεσματικές και ασφαλείς θεραπείες».



Οι τεχνικές αυτές αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της σύγχρονης Ιατρικής, καθώς σώζουν ζωές και δίνουν σε πολλούς ασθενείς τη δυνατότητα να αποφύγουν μια μόνιμη αναπηρία

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ



ΤΟ ΒΗΜΑ

Κυριακή 12 Ιουλίου 2026

31

Κοινωνία

Μια γυναίκα δεν έχει μόνο να νικήσει τον καρκίνο

Μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο αρχίζει ένας νέος γολγοθάς που το σύστημα υγείας αλλά και ο κοινωνικός περίγυρος συνήθως δεν «βλέπουν» - Ενώ οι θεραπείες συνεχίζονται, παραμένει σύζυγος, μητέρα, εργαζόμενη και συχνά φροντίστρια ηλικιωμένων μελών της οικογένειας

«**Ε**λεγον στον άνδρα μου να βρει άλλη γυναίκα, γιατί εγώ θα πέθανα...». Τη φράση αυτή, η **Μοσκούλα Μπέστα** τη θυμάται 35 χρόνια μετά τη διάγνωση της με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εντονότερα και από τον πόνο της χημειοθεραπείας. Τρεις δεκαετίες αργότερα, η **Μαρία Κ.**, ασθενής με καρκίνο του μαστού, περιγράφει σε μια εντελώς άλλη εποχή, την ίδια μοναξιά. «Μετά από πολύμηνη νοσηλεία και σοβαρές επιπλοκές, χρειάστηκε να αναζητήσω μόνη μου ψυχιατρική υποστήριξη καθώς δεν μπορούσα να λειτουργήσω. Καμείς δεν με παρέπεψε. Το έφαξα μόνη μου».

Τριάντα χρόνια χωρίζουν τις δύο γυναίκες. Όμως το κοινό τους βίωμα δεν είναι τόσο ο καρκίνος όσο η μοναξιά, η κατάθλιψη και η αλλαγή στη ζωή τους που ακολουθούν τη διάγνωση. Μια αλλαγή που πολλές φορές η κοινωνία δεν δέχεται αφού οι γυναίκες είναι «υποχρεωμένες», ότι κι αν τους συμβεί να διατηρήσουν τους ρόλους της μητέρας, της συζύγου, της εργαζόμενης, της φροντίστρας. Κάτι που το κράτος «πρόνοιας» γύρω τους δεν βλέπει, ούτε προσφέρει βασικές μορφές στήριξης.

Η μελέτη του καθηγητή **Κώστα Αθανασάκη**, με τίτλο «Ο καρκίνος στις γυναίκες στην Ελλάδα: Αξιολογώντας την επίδοση του συστήματος υγείας ως προς τις ανάγκες φροντίδας και τους ρόλους ζωής», προσπαθεί να αποτυπώσει το έλλειμμα αυτό, αποδεικνύοντας ότι ο καρκίνος δεν αποτελεί πλέον μόνο μια ιατρική πρόκληση. Αποτελεί κοινωνική, οικονομική και εργασιακή πρόκληση. Το πρώτο και ίσως σημαντικότερο συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι ο καρκίνος έχει μετατραπεί σε ένα μακροχρόνιο γεγονός ζωής. Η θεραπεία δεν τελειώνει με το εξιτήριο από το νοσοκομείο και η γυναίκα όπως είναι λογικό δεν είναι σε θέση να επιστρέψει αυτόματα στην προηγούμενη καθημερινότητά της. Αντίθετα, συνεχίζει να αντιμετωπίζει κοινωνικές, οικονομικές και ιδιαίτερα έντονες ψυχολογικές συνέπειες που επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής της.

«Τι βοήθεια θές;»

Η ψυχολογική επιβάρυνση είναι τεράστια και επιδρά αρνητικά πατιού, ακόμη και όταν η θεραπεία για τον καρκίνο είναι αποτελεσματική. Όμως κανείς δεν την προσφέρει. «Όταν ανέφερα στο περιβάλλον μου ότι νοιώθω πως έχω κατάθλιψη και χρειάζομαι βοήθεια, η απάντησή τους ήταν: «Τι βοήθεια θές; Είσαι τρελή για να την αναζητήσεις» μας αναφέρει η κυ-

ρία Μπέστα. «Η λύση που βρήκα και ήταν αποδεκτή και από τον σύζυγό μου ήταν να γίνω εθελόντρια στον Ερυθρό Σταυρό, κάτι που ευτυχώς λειτουργούσε ιδιαίτερα ευεργετικά».

Η δε **Μαρία Κ.** αναφέρει ότι απευθύνθηκε, επειδή γνώριζε λόγω της δουλειάς της ως υγειονομικού, σε ένωση ασθενών με καρκίνο και μέσω αυτής στηρίχθηκε ψυχολογικά και προχώρησε και σε φαρμακευτική αγωγή. «Χρειάστηκε ψυχιατρική αγωγή για να αντέξω τις σοβαρές αλλαγές που επέφεραν στο σώμα μου τα 8 χειρουργεία στα οποία υποβλήθηκα. Χειρουργεία τα οποία αντιμετώπιζα εντελώς μόνη αφού ο σύντροφός μου έφυγε σχεδόν αμέσως μετά την πρώτη επέμβαση, ενώ και το σύνολο των φίλων μου εξαφανίστηκε με τη δικαιολογία ότι πλέον... δεν είμαι η ψυχή της παρέας».

Η μεγάλη διαφορά σε σχέση με τους άνδρες

Η έρευνα αποδεικνύει ότι οι γυναίκες βιώνουν τη νόσο διαφορετικά από τους άνδρες, επειδή κοιβαίνονται έναν σύνθετο κοινωνικό ρόλο. Πολύ συχνά δε είναι οι ίδιες οι φροντίστρες της οικογένειας. Στην Ελλάδα, όπου η οικογένεια εξακολουθεί να καλύπτει πολλά κενά του κοινωνικού κράτους, το βάρος αυτό πέφτει δυσανάλογα στις γυναίκες.

Ενα από τα πιο αποκαλυπτικά στοιχεία αφορά ακριβώς τη φροντίδα. Περισσότερο από το 75% των άτυπων φροντιστών στη χώρα είναι γυναίκες. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη και όταν μια γυναίκα νοσεί, συχνά εξακολουθεί να φροντίζει παιδιά, ηλικιωμένους γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας. Η νόσος όμως δεν αναστέλλει τους κοινωνικούς της ρόλους: απλώς τους κάνει δυσκολότερους.

Η ίδια η κυρία Μπέστα χρόνια μετά τη δική της περπέτεια και ενώ κοιβαλόυσε το άγχος αν έχει πια απαλλαγεί από τον καρκίνο, ήταν φροντίστρια του συζύγου της που έπασχε από Αλτσχάιμερ.

Παράλληλα αναδεικνύεται και μια λιγότερο ορατή ανισότητα: το

Του Γιώργου Σακκά

75%

των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα είναι γυναίκες.

50%

περιορίζουν βασικές δαπάνες τα νοικοκυριά που έχουν ογκολογικό ασθενή προκειμένου να καλύψουν υγειονομικά κόστη.

1 στις 2

γυναίκες αναγκάζεται να μετακινηθεί για να λάβει την απαραίτητη αντικαρκινική θεραπεία.

οικονομικό κόστος της ασθένειας. Παρότι η πρόσβαση στις αντικαρκινικές θεραπείες έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, πολλές αναγκαίες υπηρεσίες εξακολουθούν να μην αποζημιώνονται. Ψυχολογική υποστήριξη, αποκατάσταση, κατ' οίκον φροντίδα και άλλες υπηρεσίες καλύπτονται συχνά από τις ίδιες τις γυναίκες και τις οικογένειές τους.

Η οικονομική επιβάρυνση

Τα στοιχεία είναι αποκαλυπτικά. Η ιδιωτική δαπάνη μιας γυναίκας με καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της θεραπείας ανέρχεται κατά μέσον όρο στα 4.673 ευρώ, ενώ περίπου στο 50% διαμορφώνονται οι δαπάνες υγείας για όσα νοικοκυριά έχουν έναν ογκολογικό ασθενή έναντι του 9% που αντιστοιχεί στα άλλα νοικοκυριά. Δηλαδή τα νοικοκυριά μειώνουν σε αυτά τα ποσοστά άλλες σημαντικές δαπάνες (τροφή, ρουσισμό, στέγη) για να καλύψουν τα κόστη υγείας.

Η ίδια έρευνα καταγράφει ακόμη ότι εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι γυναίκες που ζουν σε απομακρυσμένες ή νησιωτικές περιοχές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες, ενώ οι υπηρεσίες καλύπτονται συσφικτικές και κατ' οίκον φροντίδας παραμένουν περιορισμένες.

Όμως όπως δείχνει η μελέτη, ακόμη και για τις θεραπείες τους οι μισές γυναίκες αναγκάζονται να αλλάξουν νομό!

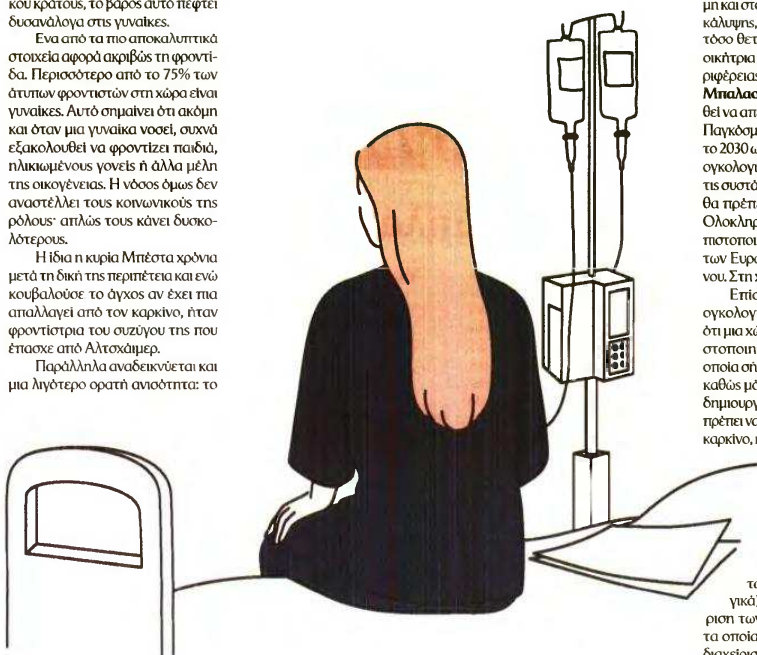
Ισως όμως η πιο ενδιαφέρουσα διάσταση της μελέτης είναι ότι μεταφέρει μέρος της ευθύνης και έξω από το σύστημα υγείας, καθώς τα συμπεράσματά της καταλήγουν στο ότι η πολιτική υγείας είναι ταυτόχρονα κοινωνική πολιτική. Αυτό σημαίνει ότι η υποστήριξη μιας γυναίκας με καρκίνο δεν μπορεί να αποτελέσει αποκλειστική ευθύνη των νοσοκομείων. Γι' αυτό η μελέτη προτείνει ενεργό συμμετοχή και των επικειρήσεων.

Μόνο ένα Κέντρο Καρκίνου στην Ελλάδα

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι ακόμη και στο επίπεδο της υγειονομικής κάλυψης, τα πράγματα δεν είναι και τόσο θετικά. Όπως αναφέρει η δικητρία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας (1η ΥΠΕ Αττικής) **Ολγα Μπαλασόρα**, η Ελλάδα εξακολουθεί να απέχει από τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2030 ως προς την ολοκληρωμένη ογκολογική φροντίδα. Σύμφωνα με τις συστάσεις, το 90% των ασθενών θα πρέπει να εξυπηρετείται από Ολοκληρωμένα Κέντρα Καρκίνου πιστοποιημένα από τον Οργανισμό των Ευρωπαϊκών Κέντρων Καρκίνου. Στη χώρα μας έχουμε μόνο ένα.

Επίσης οι συστάσεις για την ογκολογική φροντίδα αναφέρουν ότι μια χώρα πρέπει να διαθέτει πιστοποιημένα κέντρα μαστού, τα οποία σήμερα δεν διαθέτει το ΕΣΥ, καθώς μόλις ξεκίνησε η διαδικασία δημιουργίας τους. Επίσης μια χώρα πρέπει να έχει σχέδιο δράσης για τον καρκίνο, κάτι που επίσης ακόμη δεν υπάρχει στην Ελλάδα, αλλά και κέντρα επιβίωσης από καρκίνο (υπάρχει μόνο ένα).

Μάλιστα η κυρία Μπαλασόρα σημειώνει ότι δεν λειτουργούν καν τα διεπιστημονικά (ογκολογικά) συμβούλια για τη διαχείριση των ογκολογικών ασθενών, τα οποία αποτελούν τη βάση της διαχείρισης της ασθένειας.





ΥΓΕΙΑ



Το 80% των παιδιών προσέρχεται χωρίς ιδιαίτερο λόγο στα Επείγοντα

Τι καταγράφει μελέτη στα Επείγοντα του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» – Μόνο το 3,9% των παιδιών παραπέμφθηκε από ιδιώτη παιδίατρο – Τα συχνότερα αίτια προσέλευσης ήταν 31% εμπύρετες καταστάσεις και 21,2% αναπνευστικά συμπτώματα

Βρέφη με πυρετό, παιδιά με βήχα, γαστρεντερίτιδες και τραυματισμούς καταγράφονται σε μια τυπική μέρα σε ένα παιδιατρικό Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Το 2025, μόνο στα δύο Νοσοκομεία Παιδών «Η Αγία Σοφία» και «Παν. & Αγλαΐας Κυριακού» προσήλθαν στα ΤΕΠ περισσότερα από 133.000 παιδιά. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών, παρά τα συμπτώματα, δεν χρειαζόταν νοσοκομειακή περίθαλψη, αφού μόλις το 21% κρίθηκε αναγκαίο να νοσηλευτεί.

«Μια τυπική μέρα στα ΤΕΠ του Παιδών «Αγία Σοφία» ξεκινά συνήθως πολύ πριν αρχίσει πραγματικά η εφημερία. Από τις πρώτες ώρες βλέπεις ήδη την αίσθηση αναμονής να γεμίζει με περιστατικά αλλά και οικογένειες που έρχονται περισσότερες λόγω ανησυχίας παρά λόγω ξεκάθαρης σοβαρής νόσου. Και αυτό είναι κάτι που συχνά δεν κατανοεί ο κόσμος για την παιδιατρική επείγουσα ιατρική: η δουλειά μας δεν είναι μόνο να θεραπεύουμε το βαριά άρρωστο παιδί. Είναι να αναγνωρίζουμε, μέσα σε εκατοντάδες φαινομενικά πασιφαντικά ρουτίνας, εκείνα τα λίγα παιδιά που μπορεί να επιδεινωθούν γρήγορα», λέει σχετικά στο «Βήμα» ο **Σταύρος Αντωνόπουλος**, παιδίατρος - επείγοντολόγος, διευθυντής ΤΕΠ.

Οι πιο συχνές ερωτήσεις των γονιών είναι σχεδόν πάντα ίδιες – ανεξαρτήτως κοινωνικού ή μορφωτικού επιπέδου. «Είναι κάτι σοβαρό; Μήπως είναι πνευμονία; Γιατί δεν πέφτει ο πυρετός; Χρειάζεται αντιβίωση; Μήπως καθυστέρησαμε να έρθουμε; Πολλές φορές, ειδικά στους νέους γονείς, η πραγματική ανάγκη δεν είναι μόνο η θεραπεία. Είναι η επιβεβαίωση ότι το παιδί τους είναι ασφαλές. Συχνά λέμε κάτι πολύ απλό: Το σημαντικό δεν είναι μόνο ο πυρετός. Είναι πώς είναι το παιδί ανάμεσα στους πυρετούς» συμπληρώνει ο κ. Αντωνόπουλος.

Έρευνα περιστατικών

Προκειμένου να υπάρχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για τα περιστατικά που έρχονται στα ΤΕΠ και τη βαρύτητα τους, ο κ. Αντωνόπουλος αλλά και η ομάδα εξειδικευμένων παιδίατρων – **Λουκία Ιωαννίδου** (επείγον-

τολόγος, επιμελήτρια Α' ΤΕΠ), **Γεοθημινή Καμπουροπούλου** (νεογνολόγος, διευθύντρια στην Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών) και **Κωνσταντίνος Κακλές** (αλλεργιολόγος, επιμελητής στην Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών) – προχώρησαν σε μεγάλη αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΠ του μεγαλύτερου παιδιατρικού νοσοκομείου της χώρας. Η έρευνα κάλυψε το διάστημα από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2024 και ανέλυσε δεδομένα από περίπου 2.300 ασθενείς που εξετάστηκαν στα επείγοντα του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία».

Στη μελέτη συμμετείχαν παιδιά με μέση ηλικία 6,65 έτη, ενώ το 53,7% ήταν αγόρια. Από τα 2.300 παιδιά το 85,3% προσήλθε με πρωτοβουλία των γονιών. Η δε συντριπτική πλειονότητα των περιστατικών προερχόταν από την Αττική. Ωστόσο, το 12,3% των παιδιών μετακινήθηκε από άλλες Υγειονομικές Περιφέρειες, κυρίως από περιοχές του Πειραιά καθώς και περιοχές της νησιωτικής Ελλάδας, αναδεικνύοντας τις ανισότητες στην πρόσβαση σε εξειδικευμένη παιδιατρική φροντίδα.

«Αυτό ήταν πολύ σημαντικό και εντυπωσιακό για εμάς» σημειώνει η κυρία Ιωαννίδου.

Τα στοιχεία αποτυπώνουν τη μειωμένη διασύνδεση μεταξύ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και νοσοκομειακού συστήματος, ιδιαίτερα στις παιδιατρικές υπηρεσίες

«Ακόμη και μέσα στα μεγάλα αστικά κέντρα οι γονείς αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια όταν απευθύνονται σε μια πιο εξειδικευμένη παιδιατρική δομή, παρότι υπάρχουν άλλες δομές ή νοσοκομεία πιο κοντά τους».

Τα στοιχεία της έρευνας καταγράφουν με ιδιαίτερη καθαρότητα τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται πλέον τα παιδιατρικά επείγοντα στην Ελλάδα. «Μόνο το 3,9% των παιδιών παραπέμφθηκε από ιδιώτη παιδίατρο, μόλις το 3,1% από δημόσια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και το 5% από άλλη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια δομή υγείας. Οι αριθμοί αυτοί αποτυπώνουν τη μειωμένη διασύνδεση μεταξύ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και νοσοκομειακού συστήματος, ιδιαίτερα στις παιδιατρικές υπηρεσίες» προσθέτει η κυρία Ιωαννίδου.

Σύμφωνα με τη μελέτη, τα συχνότερα αίτια προσέλευσης ήταν 31% εμπύρετες καταστάσεις, 21,2% αναπνευστικά συμπτώματα, 17,2% γαστρεντερολογικές διαταραχές, 13,8% ωτορινολαρυγγικές εκδηλώσεις και 9,3% για παιδοψυχιατρική εκτίμηση. Το 26,6% των ασθενών προσήλθαν με συμπτώματα διάρκειας μικρότερης των 24 ωρών, το 67,6% έλαβαν εξιτήριο μετά την εξέταση και 18% ζήτησαν επανεκτίμηση.

Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 10,4% των παιδιών είχε χρόνιο νόσημα, ενώ το 62,4% βρισκόταν σε τακτική παιδιατρική παρακολούθηση. Επιπλέον, το 66,4% των ασθενών ήταν πλήρως εμβολιασμένοι, στοιχείο που οι ερευνητές θεωρούν ιδιαίτερα κρίσιμο, καθώς η ελληνική εμβολιαστική κάλυψη φάνηκε να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νοσήσεως, κυρίως για αναπνευστικές λοιμώξεις.

Την ίδια στιγμή, η μελέτη φωτίζει και τις κοινωνικές διαστάσεις της παιδιατρικής επείγουσας φροντίδας. Το 55,5% των παιδιών ήταν ελληνικής καταγωγής, το 18,5% αλλοδαποί, το 14,5% ανήκε σε κοινωνίες Ρομά και το 12% ήταν μετανάστες ή πρόσφυγες.

Οι διαφορές όμως δεν περιορίζονταν μόνο στην καταγωγή. Οι ερευνητές παρατήρησαν διαφορετικά πρότυπα χρήσης των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες.

«Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες προσέρχονται συχνά με περιστατικά μεγαλύτερης βαρύτητας» εξηγεί η Λουκία Ιωαννίδου. «Αυτό πιθανότατα σημαίνει ότι είχαν περιορισμένη πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα και έφταναν στο νοσοκομείο όταν το παιδί ήταν πλέον πραγματικά άρρωστο».

Διακομίδες ΕΚΑΒ

Παράλληλα υπήρξε και νέα έρευνα η οποία καταδεικνύει ότι η απουσία των γονιών φτάνει σε επίπεδα τέτοια όπου καλούν εύκολα ασθενοφόρο ή ακόμη και περιπολικό, όπως επιστημονεί ο κ. Αντωνόπουλος.

«Η έρευνα ανέλυσε συνολικά 423 διακομίδες παιδιατρικών περιστατικών το διάστημα Δεκεμβρίου 2024 - Αυγούστου 2025 και κατέγραψε με σαφήνεια τις πιέσεις που δέχεται επιπλέον το παιδιατρικό ΤΕΠ. Ενα από τα πιο εντυπωσιακά ευρήματα ήταν ότι 118 από τα 423 παιδιά – ποσοστό 27,9% – έζησαν απειλές από το ΤΕΠ χωρίς να χρειαστούν νοσηλεία, ενώ το 12,8% του συνόλου χαρακτηρίστηκε ως διακομίδη που θα μπορούσε πιθανώς να είχε αποφευχθεί» προσθέτει ο ίδιος.

Το θέμα που προκύπτει λοιπόν είναι πώς ένα Νοσοκομείο Παιδών μπορεί να παραμείνει λειτουργικό μέσα από την αναβάθμιση της διαδικασίας διαλογής ώστε να αναγνωρίζεται το πραγματικό επίγενο περιστατικό.

Όπως τονίζει επίσης στο «Βήμα» ο **Αναστάσιος Γ. Μβας**, κοινός διοικητής Νοσοκομείων Παιδών «Η Αγία Σοφία» και «Παν. & Αγλαΐας Κυριακού»: «Μετά την ολοκλήρωση της ανακαίνισης των ΤΕΠ και την εφαρμογή ψηφιακού συστήματος ιακλάσεων, καταγράφηκε σημαντική βελτίωση στους χρόνους εξυπηρέτησης, όπου και τα δύο παιδιατρικά νοσοκομεία έχουν πετύχει το υψηλότερο ποσοστό μείωσης του χρόνου αναμονής. Παράλληλα, προχωρούν η προμήθεια αντιδραστηρίων τελευταίας τεχνολογίας και η αναβάθμιση του πληροφοριακού συστήματος. Επιπλέον, μέσω των προγραμμάτων «Αττική 2021-2027» προβλέπεται η προμήθεια νέου αξονικού τομογράφου με δυνατότητες τεχνητής νοημοσύνης (AI), ενισχύοντας περαιτέρω την ταχύτητα και την ακρίβεια της διαγνωστικής προσέγγισης».



ΥΓΕΙΑ

Η συζήτηση για το φάρμακο στην Ελλάδα βρίσκεται σε ένα κρίσιμο σημείο καμπής. Από τη μία πλευρά, η ταχεία είσοδος νέων καινοτόμων θεραπειών μεταμορφώνει τις δυνατότητες αντιμετώπισης σοβαρών ασθενειών. Από την άλλη, η αυξανόμενη φαρμακευτική δαπάνη δοκιμάζει τα όρια των δημοσίων προϋπολογισμών. Το δίλημμα αυτό κυριάρχησε στο 3ο ΣΦΕΕ Summit, όπου πολιτική ηγεσία, θεσμικοί φορείς και ειδικοί της υγείας συζητήσαν για το πώς μπορεί η Ελλάδα να διασφαλίσει ταυτόχρονα πρόσβαση στην καινοτομία, βιωσιμότητα του συστήματος και αναπτυξιακή προοπτική.

Στο επίκεντρο βρέθηκε το διαχρονικό ζήτημα του clawback (υποχρεωτικές επιστροφές των φαρμακευτικών εταιρειών προς το κράτος), το οποίο εξακολουθεί να αποτελεί τον σημαντικότερο μηχανισμό κάλυψης της υπέρβασης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Ο υπουργός Υγείας **Αδωνις Γεωργιάδης** περιέγραψε μια πραγματικότητα που απασχολεί όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα Υγείας: η καινοτομία αυξάνει τις θεραπευτικές δυνατότητες, αλλά ταυτόχρονα ανεβάζει σημαντικά το κόστος. Είναι χαρακτηριστικό ότι, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσίασε, η δαπάνη για τα ακριβά αντικαρκινικά φάρμακα αυξήθηκε κατά 40% μέσα σε μόλις δύο χρόνια, αποτυπώνοντας τη δυναμική που αναπτύσσεται διεθνώς στον χώρο των προηγμένων θεραπειών.

Η απάντηση της πολιτείας, σύμφωνα με τον υπουργό, δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο στην αύξηση των κονδυλίων. Για τον λόγο αυτόν ανακοίνωσε ότι από την 1η Ιουλίου τίθεται σε πλήρη λειτουργία η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στα νοσοκομεία, ενώ σε επόμενο στάδιο θα αξιοποιηθούν εφαρμογές τεχνητής νοημοσύνης για τον έλεγχο της συνταγογράφησης και την παρακολούθηση της κατανάλωσης φαρμάκων. Στόχος είναι η καλύτερη στήριξη των πόρων και η μείωση των στρεβλώσεων που επιβαρύνουν το σύστημα.

Την ίδια στιγμή, ο πρόεδρος του ΣΦΕΕ **Ολύμπιος Παπαδημητρίου** παρουσίασε στοιχεία που καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος για την αγορά φαρμάκων. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Συνδέσμου, τρία στα πέντε νέα καινοτόμα φάρμακα που αναμένονται στην Ευρώπη δεν προβλέπεται να φτάσουν τελικά στην ελληνική αγορά τα επόμενα χρόνια εάν δεν βελτιωθεί το υφιστάμενο πλαίσιο. Ακόμη πιο αποκαλυπτικό είναι το στοιχείο για το νοσοκομειακό clawback, όπου οι υποχρεωτικές επιστροφές κατά το πρώτο εξάμηνο του 2025 διαμορφώθηκαν κατά μέσο όρο στο 69% της αξίας των πωλήσεων, με τα φάρμακα πάνω από 30 ευρώ να έχουν επιστροφές 80,7%.

Το μέγεθος αυτό αποτυπώνει τη δυσκολία διατήρησης ενός βιώσιμου περιβάλλοντος για την εισαγωγή νέων θεραπειών. Δεν είναι τυχαίο ότι ο γενικός διευθυντής του ΣΦΕΕ **Μιχάλης Χειμώνας** έθεσε ως πραγματικό στόχο τη μείωση του συνολικού clawback από περίπου 58% σήμερα στο 40% - που ήταν το ποσοστό των επιστροφών το 2020 και που ακόμα παραμένει το υψηλότερο στην Ευρώπη - μέσα στην επόμενη τριετία. Μια τέτοια εξέλιξη, όπως υποστηρίζουν οι φορείς του κλάδου, θα μπορούσε να δημιουργήσει συνθήκες μεγαλύτερης προσιμότητας για επενδύσεις και πρόσβαση των ασθενών στην καινοτομία.

Σημαντικό βάρος στη συζήτηση είχε και το ζήτημα της δημόσιας χρηματοδότησης. Η γενική γραμματέας Δημοσιονομικής Πολιτικής **Παυλίνα Καρασώτη** παρουσίασε στοιχεία σύμφωνα με τα οποία η δημόσια χρηματοδότηση για το φάρμακο αυξήθηκε κατά 852 εκατ. ευρώ την περίοδο 2019-2026, καταγράφοντας συνολική αύξηση 34%. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η πολιτεία έχει ήδη ενισχύσει σημαντικά τους διαθέσιμους πόρους. Ωστόσο, η αύξηση της ζήτησης, η γήρανση του πληθυσμού, η μεγαλύτερη επιβάρυνση των ασθενών, η είσοδος ακριβών



Ο Γενικός Διευθυντής του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) **Μιχάλης Χειμώνας**, με τον υφυπουργό Υγείας **Μάριο Θεμιστοκλέους**

ΑΠΟ ΤΟ CLAWBACK ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα μεγάλα στοιχεία για το μέλλον του φαρμάκου

ΓΝΩΜΗ

Του
Μιχάλη Χειμώνα



καινοτόμων θεραπειών αλλά και κάποιες στρεβλώσεις εξακολουθούν να δημιουργούν ένα χρηματοδοτικό κενό που πιέζει το σύστημα.

Πέρα από τη συζήτηση για τα ποσά, ιδιαίτερη σημασία απέκτησε η συζήτηση για την αποδοτικότητα της δαπάνης. Ο υφυπουργός Υγείας **Μάριος Θεμιστοκλέους** υποστήριξε ότι το σύστημα πρέπει να μετακινηθεί από τη λογική της αποζημίωσης του φαρμάκου στη λογική της αποζημίωσης του αποτελέσματος. Με άλλα λόγια, η αξία

μιας θεραπείας θα πρέπει να συνδέεται ολοένα περισσότερο με τα πραγματικά κλινικά οφέλη που παράγει για τον ασθενή. Για να συμβεί αυτό, απαιτούνται μπήρα ασθενών, αξιόπιστα δεδομένα και δυνατότητα μέτρησης των θεραπευτικών εκβάσεων στην καθημερινή κλινική πράξη.

Ακριβώς σε αυτό το σημείο αναδεικνύεται ο ρόλος των δεδομένων υγείας. Ο υπουργός Ψηφιακής Διακυβέρνησης **Δημήτρης Παπαστεργίου** τόνισε ότι η χώρα διαθέτει πλέον μία από τις πιο ανεπτυγμένες υποδομές ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ευρώπη. Σήμερα πραγματοποιούνται περίπου 6 εκατομμύρια άυλες συνταγογραφίες κάθε μήνα, δημιουργώντας έναν τεράστιο όγκο πληροφοριών. Η πρόκληση, όπως ανέφερε, δεν είναι πλέον η συλλογή δεδομένων αλλά η ποιότητά τους, η διαλειτουργικότητα των συστημάτων και η ασφαλής αξιοποίησή τους προς όφελος των πολιτικών υγείας και των ασθενών.

Η συζήτηση συνδέθηκε άμεσα με την εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Χάρου Δεδομένων Υγείας (European Health Data Space), ο οποίος φιλοδοξεί να δημιουργήσει ένα νέο περιβάλλον ανταλλαγής και αξιοποίησης πληροφοριών σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η δυνατότητα καλύτερης παρακολούθησης των ασθενών και αξιολόγησης των θεραπειών αναμένεται να επηρεάσει καθοριστικά τόσο τις αποφάσεις αποζημίωσης όσο και τον σχεδιασμό των συστημάτων Υγείας.

Παράλληλα, σημαντική θέση κατείχε η πρόληψη. Η αναπληρώτρια υπουργός Υγείας **Ερίνη Αγαπηδάκη** παρουσίασε την εξέλιξη του προγράμματος «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ», υπογραμμίζοντας ότι η επένδυση στην πρόληψη αποτελεί ίσως την πιο αποδοτική μορφή επένδυσης στην υγεία. Η σύνδεση προληπτικών εξετάσεων, ψηφιακών εργαλείων, τηλεϊατρικής και υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας φιλοδοξεί να μειώσει τις ανισότητες πρόσβασης και να περιορίσει μελλοντικές δαπάνες που σχετίζονται με προχωρημένα στάδια νόσου.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η εικόνα που παρουσιάστηκε ήταν λιγότερο αισιόδοξη. Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων (EFPIA) προειδοποίησε ότι η Ευρώπη χάνει σταδιακά έδαφος στον παγκόσμιο ανταγωνισμό για την προσέλκυση επενδύσεων στην έρευνα και ανάπτυξη νέων φαρμάκων. Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή φαρμακοβιομηχανία, η Ευρώπη αντιμετωπίζει αυξανόμενο ανταγωνισμό από τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ασία, ενώ οι αργοί ρυθμοί λήψης αποφάσεων και οι καθυστερήσεις στην πρόσβαση των ασθενών στην νέες θεραπείες περιορίζουν την ελκυστικότητά της.

Για την Ελλάδα, η συζήτηση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία. Η χώρα επιδιώκει να αυξήσει τις επενδύσεις σε κλινικές μελέτες, να ενισχύσει την παραγωγική της βάση και να προσελκύσει δραστηριότητες υψηλής προστιθέμενης αξίας. Ωστόσο, για να συμβεί αυτό απαιτούνται ένα πιο προβλέψιμο περιβάλλον χρηματοδότησης, αποτελεσματικότεροι μηχανισμοί αξιολόγησης και ταχύτερη ενσωμάτωση της καινοτομίας στο σύστημα Υγείας.

Το κεντρικό συμπέρασμα του 3ου ΣΦΕΕ Summit ήταν ότι το μέλλον του φαρμάκου δεν θα κριθεί αποκλειστικά από το ύψος της δαπάνης. Θα κριθεί από την ικανότητα της χώρας να συνδέει τη χρηματοδότηση με τα αποτελέσματα, να αξιοποιήσει τα δεδομένα υγείας, να μειώσει σταδιακά τις υπερμέτρες επιστροφές του clawback και να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που θα επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν έγκαιρη πρόσβαση στις καινοτόμες θεραπείες. Η πρόκληση είναι ταυτόχρονα δημοσιονομική, τεχνολογική και αναπτυξιακή - και οι αποφάσεις της επόμενης περιόδου θα καθορίσουν τη θέση της Ελλάδας στον νέο ευρωπαϊκό χάρτη της υγείας και της καινοτομίας.

Ο κ. **Μιχάλης Χειμώνας** είναι Γενικός Διευθυντής Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ).



ΥΓΕΙΑ

Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν δει το φύλλο οδηγιών που βρίσκεται μέσα στο κουτί κάθε φαρμάκου. Εκεί αναφέρονται οι ενδείξεις, η σωστή δοσολογία, οι αντενδείξεις, οι προφυλάξεις και οι πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Πρόκειται για πληροφορίες που συνοδεύουν κάθε εγκεκριμένο φαρμακευτικό προϊόν και αποτελούν τη βασική «ταυτότητά» του.

Μέχρι σήμερα, όμως, οι πληροφορίες αυτές δεν αξιοποιούνταν ουσιαστικά τη στιγμή που ο γιατρός έγραφε μια ηλεκτρονική συνταγή. Υπήρχαν στα επίσημα έγγραφα των φαρμάκων, αλλά δεν ήταν ενσωματωμένες στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν ως εργαλείο υποστήριξης της ιατρικής απόφασης.

Αυτό αναμένεται να αλλάξει μέσα στους επόμενους μήνες. Το υπουργείο Υγείας έχει ήδη ξεκινήσει την ψηφιοποίηση και ενσωμάτωση των στοιχείων της «Περιλήψης χαρακτηριστικών φαρμάκου και χρήσης οδηγίων» (Summary of Product Characteristics - SPC) στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, δημιουργώντας έναν νέο μηχανισμό υποστήριξης των γιατρών. Στόχος είναι το σύστημα να συγχρύνει τη διάγνωση του ασθενούς με τις εγκεκριμένες ενδείξεις και τη συνιστώμενη δοσολογία κάθε φαρμάκου και να προειδοποιεί τον γιατρό όταν εντοπίζεται πιθανή απόκλιση.

Τα τελευταία χρόνια η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει εξελιχθεί σημαντικά, ωστόσο οι πληροφορίες των SPC παρέμειναν ουσιαστικά ανεργές κατά την έκδοση της συνταγής. Με την ψηφιοποίησή τους μετατρέπονται από ένα απλό ενημερωτικό έγγραφο σε ένα δυναμικό εργαλείο που θα λειτουργεί σε πραγματικό χρόνο, δίπλα στον γιατρό, την ώρα που επιλέγει τη θεραπεία.

Τι θα βλέπει ο γιατρός

Στην πρώτη φάση εφαρμογής, με βάση τον σχεδιασμό του υπουργείου, όταν ένας γιατρός θα επικειρεί να συνταγογραφήσει ένα φάρμακο που δεν συμβαδίζει με τις εγκεκριμένες ενδείξεις ή τη συνιστώμενη δοσολογία, στην οθόνη του θα εμφανίζεται μια ηλεκτρονική ειδοποίηση (pop-up). Η ειδοποίηση δεν θα απαγορεύει τη συνταγογράφηση ούτε θα αντικαθιστά την επιστημονική κρίση του γιατρού. Θα λειτουργεί όμως ως μια πρόσθετη υπενθύμιση ότι η συγκεκριμένη επιλογή αποκλίνει από όσα προβλέπονται στις εγκεκριμένες οδηγίες του φαρμάκου.

Με άλλα λόγια, ο γιατρός θα εξακολουθεί να έχει τον τελευταίο λόγο. Η διαφορά είναι ότι θα διαθέτει περισσότερες πληροφορίες

Καμπανάκι στον γιατρό με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Ξεκίνησε η ψηφιοποίηση και ενσωμάτωση των στοιχείων και οδηγιών χρήσης των φαρμάκων στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, δημιουργώντας έναν νέο μηχανισμό υποστήριξης και προειδοποίησης

την ώρα που λαμβάνει την απόφαση και το σύστημα θα μπορεί να καταγράψει τις περιπτώσεις στις οποίες επιλέγεται διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

«Σε επόμενη φάση, οι δυνατότητες του συστήματος θα διευρυνθούν. Θα μπορεί να λαμβάνει υπόψη πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που ήδη λαμβάνει ο ασθενής, αλλά και αντενδείξεις που σχετίζονται με συνυπάρχοντα νοσήματα. Με τον τρόπο αυτόν, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θα μετατραπεί σταδιακά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κλινικής υποστήριξης» αναφέρουν πηγές του υπουργείου Υγείας.

Τι αλλάζει για τον ασθενή

Για τον πολίτη η διαδικασία έκδοσης της συνταγής δεν αλλάζει. Δεν θα χρειαστεί να κάνει κάποια επιπλέον ενέργεια, ούτε καταγράφονται τα έντυπα φύλλα οδηγιών που συνοδεύουν τα φάρμακα.

Η σημαντική αλλαγή βρίσκεται στο παρασκήνιο. Ο γιατρός θα διαθέτει ένα ακόμη εργαλείο που μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες λανθασμένης δοσολογίας ή επιλογής

θεραπείας που δεν αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη διάγνωση. Ετσι εκτιμάται ότι θα μειωθούν τα λάθη και θα ενισχυθεί η ασφάλεια των ασθενών, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις συνθετων θεραπειών.

Παράλληλα, δημιουργείται για πρώτη φορά μια ενιαία βάση δεδομένων που θα επιτρέπει στις αρμόδιες αρχές να έχουν πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τη συνταγογραφική πρακτική. Η καταγραφή των αποκλίσεων από τις εγκεκριμένες ενδείξεις δεν έχει τιμωρητικό χαρακτήρα, αλλά μπορεί να συμβάλει στον εντοπισμό προβλημάτων, στη βελτίωση των θεραπευτικών πρακτικών και στον καλύτερο σχεδιασμό της φαρμακευτικής πολιτικής.

Θα περιοριστεί η υπερσυνταγογράφηση;

«Η νέα λειτουργία από μόνη της δεν αποτελεί αυτόματο φρένο στη συνταγογράφηση. Δεν μπλοκάρει τον γιατρό ούτε απαγορεύει τη χορήγηση ενός φαρμάκου όταν αυτό κρίνεται ιατρικά απαραίτητο» αναφέρουν οι ίδιες πηγές. «Δημιουργεί όμως τη δυνατότητα να καταγράφονται με δομημένο τρόπο

οι αποκλίσεις από τις εγκεκριμένες ενδείξεις και τις δοσολογίες. Αυτό σημαίνει ότι θα μπορούν να εντοπίζονται πρότυπα μη ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, να αναλύονται τα σχετικά δεδομένα και να σχεδιάζονται στοχευμένες παρεμβάσεις όπου χρειάζεται». Σύμφωνα με στελέχη του υπουργείου Υγείας, βασικός στόχος της παρέμβασης δεν είναι μόνο η εξοικονόμηση πόρων αλλά κυρίως η βελτίωση της ποιότητας της συνταγογράφησης και η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών. Όπως αναφέρουν στο «Βήμα», η έλλειψη διασύνδεσης των πληροφοριών των SPC με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική οικονομική επιβάρυνση του συστήματος, χωρίς πάντως να υπάρχει σήμερα ακριβής αποτίμηση του κόστους.

Η ελληνική ιδιαιτερότητα

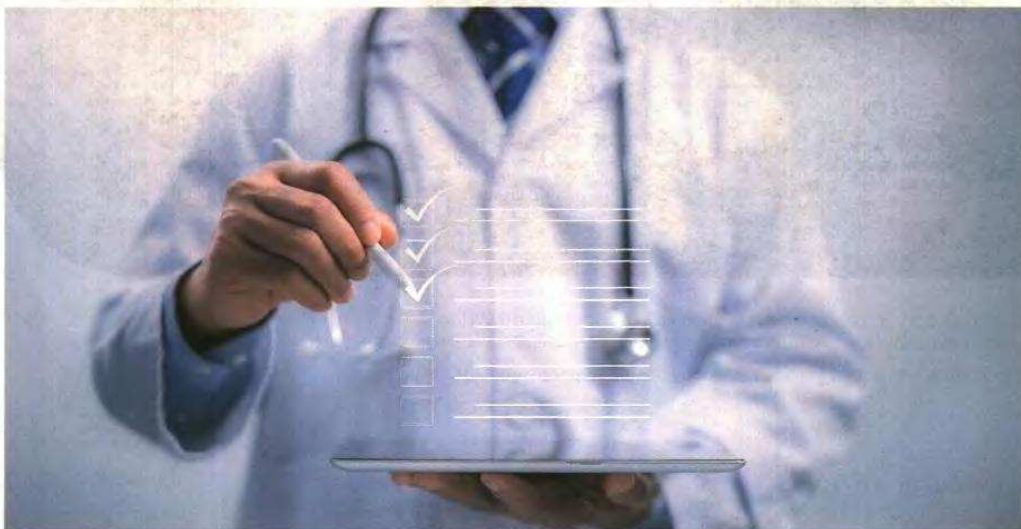
Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες τα φύλλα οδηγιών υπάρχουν ήδη σε ψηφιακή μορφή και είναι διαθέσιμα στους επαγγελματίες υγείας. Εκείνο που διαφοροποιεί την ελληνική προσέγγιση είναι ότι επικειρεί να αξιοποιήσει αυτές τις πληροφορίες μέσα στην ίδια τη διαδικασία της συνταγογράφησης. Τα δεδομένα των SPC κωδικοποιούνται σύμφωνα με διεθνή πρότυπα ταξινόμησης, ώστε να μπορούν να «συνομιλούν» με το πληροφοριακό σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ετσι οι πληροφορίες δεν θα είναι απλώς διαθέσιμες στον γιατρό, αλλά θα αξιοποιούνται αυτόματα κατά τη λήψη της θεραπευτικής απόφασης.

Σύμφωνα με το υπουργείο Υγείας, πρόκειται για μια από τις πιο καινοτόμες εφαρμογές που αναπτύσσονται σήμερα στον τομέα της ψηφιακής υγείας, καθώς συνδυάζει την επιστημονική τεκμηρίωση με την καθημερινή κλινική πρακτική.

Και τα νοσοκομεία

Παράλληλα με την ενσωμάτωση των SPC, προχωρά και η επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα δημόσια νοσοκομεία. Το νέο πληροφοριακό σύστημα θα καλύπτει το σύνολο της ενδονοσοκομειακής φαρμακευτικής αγωγής, με κοινά θεραπευτικά πρωτόκολλα, ενιαία πρότυπα λειτουργίας και δυνατότητα παρακολούθησης της συνταγογράφησης σε πραγματικό χρόνο.

Η αλλαγή αυτή αναμένεται να διευκολύνει τόσο τους γιατρούς όσο και τις διοικήσεις των νοσοκομείων, καθώς θα υπάρχει πληρέστερη εικόνα για τη χρήση των φαρμάκων, καλύτερος έλεγχος των αποθεμάτων και δυνατότητα αξιολόγησης της φαρμακευτικής δαπάνης σε πραγματικό χρόνο. Η ολοκλήρωση του έργου τοποθετείται μέσα στους επόμενους μήνες.





ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Δεκάδες εκατομμύρια πωλούνται χωρίς αποζημίωση

Το ένα τρίτο 30 σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται καθημερινά, διακινήθηκαν χωρίς να καλυφθούν από τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, επιβαρύνοντας τους πολίτες - Η Ελλάδα εξακολουθεί να συγκαταλέγεται στις χώρες με τη μεγαλύτερη κατανάλωση αντιβιοτικών στην Ευρώπη

Σχεδόν μία στις τρεις συσκευασίες από τα δημοφιλέστερα φάρμακα που διακινήθηκαν στα ελληνικά φαρμακεία το 2025 δεν αποζημιώθηκε από τον ΕΟΠΥΥ, αναδεικνύοντας μια λιγότερο ορατή πλευρά της φαρμακευτικής δαπάνης και της καθημερινής πρόσβασης των ασθενών στις θεραπείες τους. Η τακτική αυτή, αποζημιούμενα φάρμακα να αγοράζονται στο 100% της τιμής από την τσέπη μας, έχει εκτιμηθεί ότι επιβαρύνει τα ελληνικά νοικοκυριά κατά περίπου 600 εκατ. ευρώ.

Τα στοιχεία που έχει στη διάθεσή του «Το Βήμα» δείχνουν ότι από τα 73 εκατομμύρια συσκευασίες των 30 συνταγογραφούμενων-αποζημιούμενων φαρμάκων με τη μεγαλύτερη κυκλοφορία στα ελληνικά φαρμακεία το 2025, μόνο τα 49 εκατομμύρια αποζημιώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ. Αυτό σημαίνει ότι 24 εκατομμύρια συσκευασίες, δηλαδή περίπου το ένα τρίτο του συνόλου, διακινήθηκαν χωρίς να καλυφθούν από τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, επιβαρύνοντας τους πολίτες.

Αν και οι φαρμακοποιοί διαμφεύουν το γεγονός ότι πωλούν φάρμακα χωρίς συνταγή, ξέρουμε ότι αυτό δεν ισχύει και πολλοί από εμάς έχουμε αγοράσει φάρμακα χωρίς συνταγή ενώ απαιτείται.

Βέβαια όπως αναφέρουν κύκλοι της φαρμακευτικής αγοράς, η διαφορά στις πωλήσεις μεταξύ συνόλου πωληθέντων και αποζημιούμενων δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι όλες αυτές οι συσκευασίες αγοράστηκαν χωρίς συνταγή. Ένα μέρος μπορεί να αφορά χει-

ρόγραφες συνταγές ιδιωτών γιατρών ή συνταγές από άλλους ασφαλιστικούς φορείς ή περιπτώσεις στις οποίες ένα συγκεκριμένο φάρμακο δεν αποζημιώνεται για συγκεκριμένες ενδείξεις. Ωστόσο, η εικόνα αναδεικνύει ότι ένα ιδιαίτερα μεγάλο τμήμα της αγοράς των φαρμάκων δεν περνά από το σύστημα αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ, και αυτό επιβαρύνει την τσέπη μας.

Το ενδιαφέρον είναι ότι η διαφορά αυτή δεν αφορά εξειδικευμένες ή σπάνιες θεραπείες, αλλά φάρμακα που χρησιμοποιούνται κα-

Παρότι από το 2020 η χορήγηση αντιβιοτικών γίνεται υποχρεωτικά με ηλεκτρονική συνταγή, τα στοιχεία των πωλήσεων δείχνουν ότι εξακολουθεί να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις συνολικές πωλήσεις και στις ποσότητες που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ

θημερινά από εκατοντάδες χιλιάδες πολίτες.

Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αποτελεί φάρμακο με ακετυλοσαλικυλικό οξύ, που χρησιμοποιείται για την πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων. Ενώ οι συνολικές πωλήσεις εκτιμάται ότι ξεπέρασαν τα 9,8 εκατομμύρια συσκευασίες στα ιδιωτικά φαρμακεία, περίπου 7 εκατομμύρια είναι αυτά που αποζημιώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ, αφήνοντας σχεδόν 2,8 εκατομμύρια συσκευασίες εκτός αποζημίωσης.

Ανάλογη εικόνα εμφανίζει πολύ γνωστά φάρμακα με βάση τη δραστική ουσία ατορβαστατίνη, μια από τις συχνότερα χορηγούμενες στατίνες για τη μείωση της χοληστερόλης. Οι συνολικές πωλήσεις ξεπέρασαν τα 3,7 εκατομμύρια συσκευασίες, ενώ οι αποζημιούμενες ήταν περίπου 1,3-1,4 εκατομμύρια, γεγονός που δείχνει ότι πάνω από δύο εκατομμύρια συσκευασίες διακινήθηκαν εκτός της αποζημιούμενης αγοράς.

Αντίστοιχα, σημαντικές αποκλίσεις καταγράφονται σε φάρμακα με δραστική ουσία τη μετοπρολόλη, βασική θεραπεία για τον σκακάρωδη διαβήτη τύπου 2, στην αμιλόπιλη, στη βισοπρολόλη και στη μετοπρολόλη, φάρμακα που χρησιμοποιούνται καθημερινά από ασθενείς με υπέρταση και καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ακόμη μεγαλύτερη είναι η διαφορά στα φάρμακα για τη γαστροπροστασία. Η εσομεπραζόλη εμφανίζει συνολικές πωλήσεις σχεδόν τριών εκατομμυρίων συσκευασιών, έναντι περίπου 1,55 εκατομμυρίων αποζημιούμενων, ενώ σημαντική απόκλιση κατα-

γράφεται και για την ομεπραζόλη.

Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στα αχολυτικά, με την αλπραζολόλη και τη βρωμαζεπάμη να εμφανίζουν εκατοντάδες χιλιάδες συσκευασίες εκτός αποζημίωσης. Εδώ μιλάμε για φάρμακα που χρειάζονται αποκλειστικά ηλεκτρονική συνταγή και δεν πρέπει για κανέναν λόγο να χορηγούνται χωρίς.

Η αγορά των αντιβιοτικών

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία για τα αντιβιοτικά, καθώς έρχονται λίγες ημέρες μετά την παρουσίαση της μεγάλης μελέτης του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, η οποία βασίστηκε στα δεδομένα της ΗΔΙΚΑ και επιβεβαίωσε ότι η Ελλάδα εξακολουθεί να συγκαταλέγεται στις χώρες με τη μεγαλύτερη κατανάλωση αντιβιοτικών στην Ευρώπη.

Παρότι από το 2020 η χορήγηση αντιβιοτικών γίνεται υποχρεωτικά με ηλεκτρονική συνταγή, τα στοιχεία των πωλήσεων δείχνουν ότι εξακολουθεί να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις συνολικές πωλήσεις και στις ποσότητες που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ.

Σε πασίγνωστο αντιβιοτικό με αμοξικιλίνη και κλαβουλανικό οξύ, που είναι και το συχνότερα χρησιμοποιούμενο αντιβιοτικό στα φαρμακεία, η διαφορά προσεγγίζει το ένα εκατομμύριο συσκευασίες. Αντίστοιχα, σημαντική απόκλιση εμφανίζουν η κεφουροξίμη και η σπιροφλοξασίνη, δύο ακόμη ευρέως χρησιμοποιούμενες δραστικές ουσίες.

Υπενθυμίζεται ότι σύμφωνα με τη μελέτη που παρουσιάστηκε από το Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών του ΠΙΣ, πριν από την καθιέρωση της υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περίπου το 40% των αντιβιοτικών δεν καταγραφόταν ηλεκτρονικά, ενώ σήμερα η εικόνα είναι σαφώς πληρέστερη.

Η ίδια μελέτη έδειξε ακόμη ότι το 45% του ελληνικού πληθυσμού έλαβε τουλάχιστον μία συνταγή αντιβιοτικού μέσα στο 2024, ενώ η χώρα εξακολουθεί να υπολείπεται σημαντικά των στόχων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως προς τη χρήση αντιβιοτικών πρώτης επιλογής, γεγονός που συνδέεται άμεσα με το πρόβλημα της μικροβιακής αντοχής.

Ο ρόλος της ΗΔΥΚΑ

Πέρα όμως από την εικόνα της αγοράς, τα στοιχεία αναδεικνύουν και τη σημασία των δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τον σχεδιασμό πολιτικών υγείας.

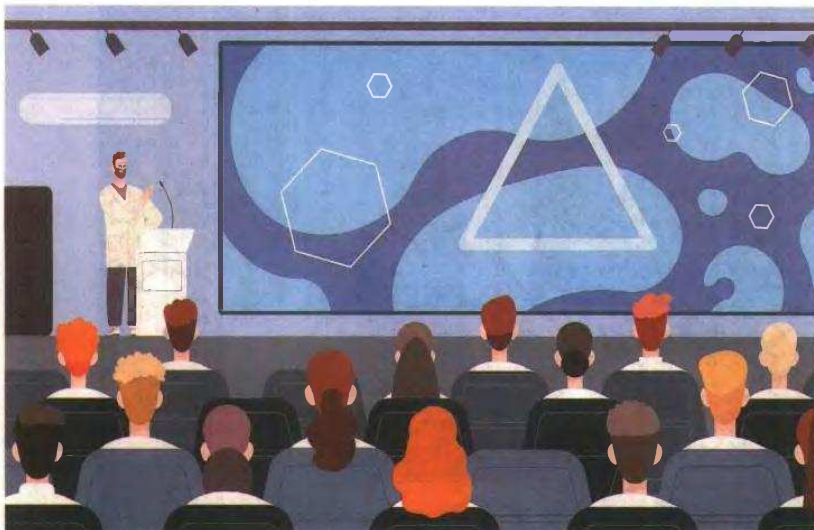
Όπως τονίζουν επιστήμονες υγείας, η αξιοποίηση των δεδομένων της «Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης» (ΗΔΥΚΑ) μπορεί να επιτρέψει στο σύστημα υγείας να εντοπίζει έγκαιρα τις στρεβλώσεις στη συνταγογράφηση, να αξιολογεί τη χρήση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και να σχεδιάζει στοχευμένες παρεμβάσεις ανά περιοχή, ηλικιακή ομάδα ή ιατρική ειδικότητα.

Η ίδια λογική με την ανάλυση των στοιχείων για τα αντιβιοτικά θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε άλλες μεγάλες θεραπευτικές κατηγορίες, όπως τα αντιδιαβητικά, τα αντιυπερτασικά ή τα υπολιπιδαιμικά φάρμακα, όπου επίσης παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των συνολικών πωλήσεων και των αποζημιούμενων ποσοτήτων.

Το τελικό συμπέρασμα είναι ότι πίσω από τους αριθμούς αναδεικνύεται μια πραγματικότητα με πολλές διαστάσεις. Από τη μία πλευρά, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση παρέχει πλέον πολύ πιο αξιόπιστα στοιχεία για τη χρήση των φαρμάκων στη χώρα. Από την άλλη, η μεγάλη απόσταση μεταξύ των συνολικών πωλήσεων και των αποζημιούμενων συσκευασιών δείχνει ότι ένα σημαντικό τμήμα της φαρμακευτικής κατανάλωσης εξακολουθεί να κινείται εκτός του πλαισίου της δημόσιας αποζημίωσης, γεγονός που δημιουργεί νέα ερωτήματα για τη φαρμακευτική δαπάνη, την πρόσβαση των ασθενών στις θεραπείες και την σχεδίαση της φαρμακευτικής πολιτικής τα επόμενα χρόνια.



ΥΓΕΙΑ



Τα εκατομμύρια της ιατρικής επιμόρφωσης

Πάνω από 2.000 επιστημονικές εκδηλώσεις, με συνολικό τζίρο που ξεπέρασε τα 100 εκατομμύρια ευρώ, έγιναν το 2025 στην Ελλάδα - Πώς νέες εταιρείες με μικρότερη εμπειρία αντιμετωπίζονται το ίδιο με άλλες που διαθέτουν μακρόχρονη εμπειρία

Περισσότερες από 2.000 επιστημονικές εκδηλώσεις στον χώρο της υγείας, με συνολικό τζίρο που ξεπέρασε τα 100 εκατομμύρια ευρώ, έγιναν το 2025 στην Ελλάδα, αποδεικνύοντας ότι εν λόγω κλάδος στη μετά COVID-19 εποχή αποτελεί μια έντονα επικερδή δραστηριότητα. Την ίδια ώρα, δημόσιοι φορείς υγείας αλλά και επιστημονικές ιατρικές εταιρείες σημειώνουν ότι η πληθώρα αυτών των εκδηλώσεων προκαλεί την αμφισβήτηση του οφέλους, που είναι η επιμόρφωση των γιατρών. Παράλληλα σημειώνουν ότι μπορεί να προκαλείται αδικαιολόγητη υψηλή δαπάνη, στερούντας πόρους από άλλες σημαντικές επιστημονικές δράσεις.

Βασικό χρηματοδότη όλων αυτών της δραστηριότητας αποτελούν κυρίως οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες δαπανούν πολλά εκατομμύρια κάθε χρόνο ως χορηγοί για τη διενέργεια των συνεδρίων αλλά και ως «Μαϊκνίβες» της επιμόρφωσης των Ελλήνων γιατρών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία στοιχεία του ΕΟΦ, την προηγούμενη χρονιά εγκρίθηκαν από τον Οργανισμό 2.280 επιστημονικά συνέδρια, ημερίδες αλλά και διαδραστικά σεμινάρια, που διοργανώθηκαν από 840 διαφορετικούς φορείς. Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με στοιχεία του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδας, οι σχετικές εκδηλώσεις οι οποίες περάσαν από τον έλεγχο ειδικής επιτροπής, ώστε να μπορούν οι φαρμακευτικές εταιρείες-μέλη του Συνδέσμου να χρηματοδοτηθούν ή να χορηγήσουν τη συμμετοχή Ελλήνων επαγγελματιών υγείας, ήταν 940.

Ο συνολικός προϋπολογισμός για τα συνέδρια αυτά προσέγγισε τα 36 εκατομμύρια ευρώ και αφορά μόνο κόστη και έσοδα που έχουν να κάνουν με την οργάνωση της κάθε εκδήλωσης, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα έξοδα μετακίνησης, διαμονής,

οίσιων και αμοιβής (όπου προβλέπεται) των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με εκτιμήσεις κύκλων της συγκεκριμένης αγοράς, αν συνυπολογιστούν και αυτές οι δαπάνες, ο συνολικός τζίρος που πραγματοποιείται λόγω της οργάνωσης των συνεδρίων ξεπερνά τα 100 εκατομμύρια ευρώ.

Όπως λέει σχετικά στο «Βήμα» ο καθηγητής Καρδιολογίας **Κωνσταντίνος Τούτοζας**, πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, «η σημερινή κατάσταση με τον υπερβολικό αριθμό ιατρικών συνεδρίων και επιστημονικών εταιρειών έχει οδηγήσει σε στρέβλωση του βασικού στόχου της ιατρικής επιμόρφωσης. Δεν αμφισβητείται η συμβολή πολλών φορέων στην εκπαίδευση, ωστόσο οι «εταιρείες κορμού», που διαθέτουν μακρόχρονη εμπειρία, δομημένα προγράμματα,

υποτροφίες και ερευνητική δραστηριότητα, δεν μπορεί να αντιμετωπίζονται ισότιμα με μικρότερες ή λιγότερο ενεργές εταιρείες. Η προσέγγιση από τους δημόσιους φορείς που επιτρέπει σε κάθε εταιρεία μετά από λίγα χρόνια λειτουργίας να διοργανώνει συνέδρια με τα ίδια δικαιώματα εντείνει τον κατακερματισμό. Ετσι προκύπτουν πολλαπλές, συχνά ταυτόχρονες εκδηλώσεις ακόμη και στο ίδιο επιστημονικό πεδίο, με αποτέλεσμα τη διάχυση πόρων και τη μείωση της ποιότητας».

Όπως αποδεικνύεται από τα στοιχεία τα οποία είναι υποχρεωμένες να δηλώνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες, με βάση το 2024, οι επιχειρήσεις αυτές κάλυψαν το κόστος συμμετοχής σε επιστημονικές εκδηλώσεις και περισσότερους από 20.000 επαγγελματίες υγείας, καθώς οι συνολικές θέσεις σε συνέδρια τις οποίες χρηματοδότησαν ξεπέρασαν τις 50.000 (πολλοί επαγγελματίες υγείας παίρνουν μέρος σε περισσότερα από ένα συνέδρια κάθε χρόνο εντός και εκτός Ελλάδας).

Είναι μάλιστα ενδεικτικό ότι μόλις 6 μεγάλες φαρμακευτικές με δυναμική παρουσία στον χώρο των ελληνικών φαρμακείων (ιδιωτικών αλλά και νοσοκομειακών - ΕΟΠΥΥ) δαπάνησαν περισσότερα από 6 εκατ. ευρώ για την εξασφάλιση περί των 8.000 θέσεων σε συνέδρια της Ελλάδας κυρίως για επαγγελματίες υγείας.

Το θέμα των χιλιάδων συνεδρίων και ημερίδων που λαμβάνουν χώρα κάθε χρόνο από τις εκατοντάδες επιστημονικές εταιρείες που έχουν δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια έχει απασχολήσει και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), που καλείται να εγκρίνει τις εκδηλώσεις αυτές, αλλά και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Μάλιστα τέθηκε ως θέμα δημόσιας συζήτησης το Σάββατο 4 Απριλίου στο πλαίσιο του ετήσιου συνεδρίου της αρχαιότερης ελληνικής επιστημονικής

εταιρείας, της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών.

Σύμφωνα με πληροφορίες, ο πρόεδρος του ΚΕΣΥ, καθηγητής **Δημήτρης Μπούμπας**, έχει καταλήξει στο ότι πλέον θα αναγνωρίζεται ως εκπροσώπους της επιστημονικής κοινότητας των γιατρών και ως επίσημο συνομιλητή μόνο τις 45 ιατρικές εταιρείες, η καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί και σε μια επίσημη ειδικότητα (παθολογία, καρδιολογία, ογκολογία, χειρουργική, ακτινολογία κ.ο.κ.), όπως και άλλες 12 που αφορούν τις εξειδικεύσεις (π.χ. ειδικότητα παθολογίας και εξειδίκευση - διαβητολόγοι, λοιμωξιολόγοι κ.λπ.).

Η τακτική αυτή αναμένεται ότι θα έχει επίδραση και στο ποιες εταιρείες θα έχουν τη δυνατότητα να οργανώνουν μεγάλα συνέδρια επιμόρφωσης γιατρών και φυσικά να διεκδικούν εκπαιδευτικό και ερευνητικό ρόλο προς όφελος των μελών τους. Αν και μια τέτοια εξέλιξη δεν αναμένεται να γίνει άμεσα.

Όπως αναφέρεται, οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν αναλάβει ουσιαστικά τη χρηματοδότηση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της έρευνας των επιστημονικών υγείας, καλύπτοντας ένα κενό του κράτους.

Σύμφωνα με τον πρόεδρο της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, καθηγητή Παθολογίας **Κωνσταντίνο Μακρυλάκη**, «το φαινόμενο του υπερπληθωρισμού επιστημονικών εταιρειών και συνεδρίων στην Ελλάδα αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ιατρικής εκπαίδευσης και στη διαχείριση πόρων. Όπως αναφέρει η ισχύουσα νομοθεσία, επιτρέπει σε κάθε εταιρεία, μετά από πενταετή λειτουργία, να διοργανώνει πανελλήνια και περιφερειακά συνέδρια, γεγονός που έχει οδηγήσει σε υπερβολικό αριθμό εκδηλώσεων, πολλές φορές ταυτόχρονες και με χαμηλή συμμετοχή. Αποτέλεσμα είναι η δημιουργία ενός «ιατρικού τουρισμού» εντός χώρας, όπου δαπανώνται σημαντικά κονδύλια - κυρίως από φαρμακευτικές εταιρείες - χωρίς αντίστοιχο εκπαιδευτικό όφελος. Η επανάλληψη θεματολογίας και η ύπαρξη πολλών μικρών, συχνά αδύναμων επιστημονικών εταιρειών μειώνουν την ουσιαστική αξία των συνεδρίων, ενώ περιορίζουν τη δυνατότητα χρηματοδότησης συμμετοχής σε μεγάλα διεθνή συνέδρια».

Διαπιστώνεται λοιπόν η ανάγκη εξορθολογισμού του τοπίου, κάτι το οποίο, σύμφωνα με πληροφορίες, βρίσκει σύμφωνους και τους δημόσιους φορείς υγείας, ώστε να υπάρχει ενίσχυση των βασικών «εταιρειών κορμού» και καλύτερος συντονισμός και να διασφαλιστούν η ποιότητα της επιμόρφωσης και η αποδοτικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Το ζήτημα όμως είναι σύνθετο, καθώς εμπλέκονται αντικρουόμενα συμφέροντα επιστημονικών φορέων και χορηγών, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εφαρμογή ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων.

Σχετικό με τη διάσταση αυτή, ο πνευμονολόγος καθηγητής Ιατρικής και πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, **Στέλιος Λουκίδης**, σχολιάζει ότι «οι μετεκπαιδευτές που αφορούν περαιτέρω εξειδίκευση σε θέματα της ειδικότητας αυτή τη στιγμή δεν υφίστανται ως επίσημη θεσμική εκπαιδευτική διαδικασία και άπαιτοι κυρίως στις επιστημονικές εταιρείες, οι οποίες, χρησιμοποιώντας πόρους από τα έσοδά τους, δίνουν τη δυνατότητα σε νέους κυρίως γιατρούς να κάνουν μετεκπαιδευτικές είτε στο εσωτερικό είτε και στο εξωτερικό με κύριο αντικείμενο δεξιότητες ή εξειδίκευση πάνω σε θέματα της ειδικότητας. Μία πρόταση λοιπόν που θα μπορούσε να ενισχύσει αυτό το κομμάτι και να οδηγήσει σε περαιτέρω εκπαίδευση των γιατρών θα μπορούσε να είναι η μείωση των άπειρων ιατρικών συνεδρίων που συμβαίνουν στη χώρα μας, με τις αντίστοιχες χορηγίες, που κυρίως προέρχονται από τη φαρμακοβιομηχανία, να κατανέμονται στις «εταιρείες κορμού» με κύριο στόχο τις μετεκπαιδευτικές των νέων γιατρών».



ΥΓΕΙΑ



Η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια αθόρυβη αλλά διαρκώς εντεινόμενη υγειονομική κρίση. Δεν πρόκειται για κάποια νέα πανδημία, αλλά για τη συσσώρευση χρόνιων νοσημάτων που επηρεάζουν ολοένα μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και απειλούν τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Αυτό είναι το βασικό συμπέρασμα της νέας έκθεσης «Policy Roadmaps for Acting Early on NCDs: Greece» (Οδοί χάρτες πολιτικής για την έγκαιρη δράση κατά των μη μεταδοτικών νοσημάτων: Ελλάδα), που εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διεθνούς πρωτοβουλίας Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR), με τη συμμετοχή του Παγκόσμιου Οικονομικού Φόρουμ (WEF), του αγγλικού πανεπιστημίου London School of Economics (LSE) και άλλων διεθνών οργανισμών.

Σύμφωνα με την έκθεση, περίπου το 85% των ασθενειών που καταγράφονται στην Ελλάδα αποδίδεται πλέον στα μη μεταδοτικά νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα και η χρόνια νεφρική νόσος. Πρόκειται για ένα ποσοστό που αυξάνεται σταθερά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, καθώς ο πληθυσμός γηράσκει και οι παράγοντες κινδύνου παραμένουν ιδιαίτερα διαδεδομένοι.

Μάλιστα, περισσότεροι από τέσσερις στους δέκα ενήλικες δηλώνουν ότι πάσχουν από τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση, ενώ στους πολίτες άνω των 65 ετών η κατάσταση γίνεται ακόμη πιο σύνθετη. Η έκθεση καταγράφει ότι το 52% των ηλικιωμένων στην Ελλάδα ζει με τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις ταυτόχρονα, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά πολυνοσηρότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Οι ερευνητές προειδοποιούν ότι η συνύπαρξη πολλών χρόνιων νοσημάτων δημιουργεί νέες και πολύπλοκες ανάγκες φροντίδας, οι οποίες δύσκολα μπορούν να καλυφθούν από ένα σύστημα που παραμένει προσανατολισμένο κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη θεραπευτική παρέμβαση.

Ένα σύστημα που θεραπεύει αντί να προλαμβάνει

Ενα από τα πιο αιχμηρά ευρήματα της έκθεσης αφορά τον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται οι πόροι του ελληνικού συστήματος υγείας. Παρά τις διακηρύξεις για ενίσχυση της πρόληψης, η χώρα εξακολουθεί να επενδύει πολύ περισσότερο στη θεραπεία των νοσημάτων παρά στην έγκαιρη αποτροπή τους. Οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αντιστοιχούν σε περισσότερο από το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, έναντι μέσου όρου 28% στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Την ίδια στιγμή, οι δαπάνες για πρόληψη παρέμειναν διαχρονικά κάτω από το 2% των συνολικών

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η «τέλεια καταגיγίδα» που απειλεί το ΕΣΥ

Έκθεση καταγράφει μια αθόρυβη αλλά διαρκώς εντεινόμενη υγειονομική κρίση στην Ελλάδα, από τη συνύπαρξη πολλαπλών νοσημάτων τα οποία δύσκολα μπορούν να αντιμετωπιστούν από ένα σύστημα που παραμένει προσανατολισμένο στη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη θεραπευτική παρέμβαση

δαπανών υγείας, αυξήθηκαν προσωρινά κατά την πανδημία και διαμορφώθηκαν στο 3,1% το 2023.

Κατά τους συντάκτες της έκθεσης, το μοντέλο αυτό δεν είναι βιώσιμο για μια κοινωνία που γεννά και αντιμετωπίζει αυξανόμενο βάρος χρόνιων νοσημάτων. Η μετάβαση από ένα «αντιβραχικό» σύστημα σε ένα σύστη-

μα που επενδύει στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη συνεχή παρακολούθηση θεωρείται πλέον αναγκαία προϋπόθεση για τη διατήρηση της ανθεκτικότητας του ΕΣΥ.

Η σωτηριώδης απειλή της νεφρικής νόσου

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά στη χρόνια νεφρική νόσο, η οποία περιγράφεται ως μια υποτιμημένη αλλά ταχέως αναδυόμενη απειλή. Η επιβάρυνση από τη νόσο αυξήθηκε από 827 DALYs, δηλαδή «χαμένα χρόνια υγιούς ζωής», ανά 100.000 κατοίκους το 2014 σε 1.110 το 2021, επίπεδο υπερδιπλάσιο του ευρωπαϊκού μέσου όρου που ανέρχεται σε 548 DALYs. Παράλληλα, η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών. Οι ειδικοί αποδίδουν το φαινόμενο κυρίως στην ανεπαρκή αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και η παχυσαρκία.

Κάπνισμα, παχυσαρκία και ανθυγιεινές συνήθειες

Παρά τις βελτιώσεις των τελευταίων ετών, η Ελλάδα εξακολουθεί να εμφανίζει από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη. Το ποσοστό των καπνιστών μειώ-

θηκε από 38,4% το 2015 σε 32,8% το 2022, ωστόσο παραμένει ιδιαίτερα υψηλό, ειδικά στις γυναίκες. Την ίδια στιγμή, η παιδική παχυσαρκία αναδεικνύεται σε μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις δημόσιας υγείας. Το 34% των παιδιών και εφήβων ηλικίας 5 έως 19 ετών ήταν υπέρβαρο το 2022, έναντι μέσου όρου 23,8% στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η έκθεση συνδέει το πρόβλημα με κοινωνικές ανισότητες αλλά και με την ανεπαρκή εφαρμογή πολιτικών προαγωγής υγιεινής διατροφής στα σχολεία.

Κλιματική κρίση και υγεία

Η μελέτη δίνει ιδιαίτερη έμφαση και στον ρόλο του περιβάλλοντος. Η μέση συγκέντρωση μικροσωματιδίων PM2.5 στην Ελλάδα φτάνει τα 15 μικρογραμμάρια ανά κυβικό μέτρο, επίπεδο τριπλάσιο από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έκθεσης, περίπου το 16% των θανάτων από εγκεφαλικά επεισόδια και ισχαιμική καρδιοπάθεια συνδέεται με την ατμοσφαιρική ρύπανση. Οι συντάκτες υποστηρίζουν ότι η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων δεν μπορεί πλέον να περιορίζεται αποκλειστικά στις υπηρεσίες υγείας, αλλά πρέπει να ενσωματώνει πολιτικές για το περιβάλλον, την εκπαίδευση, την κοινωνική πρόνοια και τον ψηφιακό μετασχηματισμό.

Το στοιχείο της πρόληψης

Η έκθεση αναγνωρίζει ως θετικές εξελίξεις το πρόγραμμα «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ», το πρόγραμμα «Σπίρος Δοξιάδης», την ηλεκτρονική καταγραφή δεδομένων υγείας μέσω του MyHealth και τη λειτουργία του Εθνικού Μητρώου Νεοπλασιών από το 2025. Ωστόσο, υπογραμμίζει ότι η πραγματική πρόκληση δεν είναι η έναρξη αυτών των δράσεων αλλά η διατήρησή τους μετά τη λήξη της χρηματοδότησης από το Ταμείο Ανάκαμψης και η ενσωμάτωσή τους στη μόνιμη λειτουργία του συστήματος υγείας. Το βασικό μήνυμα της έκθεσης είναι σαφές: η Ελλάδα δεν μπορεί πλέον να περιμένει μέχρι να εμφανιστεί η νόσος για να παρέμβει. Η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας θα κριθεί από την ικανότητά του να προλαμβάνει, να ανιχνεύει έγκαιρα και να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τα χρόνια νοσήματα πριν αυτά εξελιχθούν σε βαρύτερες και ακριβότερες καταστάσεις.

Η έκθεση

Η έκθεση για την Ελλάδα αποτελεί μέρος μιας σειράς μελετών που θα καλύψουν οκτώ χώρες στο πλαίσιο της διεθνούς πρωτοβουλίας Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR), στην οποία συμμετέχουν μεταξύ άλλων το Παγκόσμιο Οικονομικό Φόρουμ (WEF), το London School of Economics (LSE), το Ιδρυμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως και ιδιωτικές εταιρείες από τον χώρο της υγείας. Στόχος της πρωτοβουλίας είναι να διερευνήσει πώς τα σύγχρονα συστήματα υγείας μπορούν να μεταβούν από ένα μοντέλο που αντιμετωπίζει τις ασθένειες αφού εμφανιστούν σε ένα μοντέλο έγκαιρης πρόληψης και παρέμβασης.

Τη συγγραφή της ελληνικής έκθεσης ανέλαβαν οι καθηγητές **Κώστας Αθανασάκης, Παναγιώτα Νασού και Γιάννης Κυρίδης** από το Εργαστήριο Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, καθώς και ο **Ηλίας Κυρίδης** από το London School of Economics. Για την εκπόνηση της πραγματοποιήθηκε διαβούλευση με κορυφαίους Έλληνες επιστήμονες, εκπροσώπους ασθενών και φορείς υγείας, μεταξύ των οποίων οι καθηγητές **Ιωάννης Μπολέτης, Δημήτρης Μπούμπας, Δάφνη Κατελλίδου, Κυριάκος Σουλιάτης, Χρήστος Λιονής, Κωνσταντίνος Τούτσουρας, Δημήτρης Παρασκευάς** και άλλοι εκπρόσωποι της επιστημονικής κοινότητας και των ασθενών.

Περίπου το 85% των ασθενειών που καταγράφονται στην Ελλάδα αποδίδεται πλέον στα μη μεταδοτικά νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα και η χρόνια νεφρική νόσος



ΥΓΕΙΑ

ΕΟΠΥΥ

Μπορεί να εφαρμόσει νέο μοντέλο χρηματοδότησης-ασφάλισης;

Ο ΕΟΠΥΥ πλησιάζει τα 15 έτη λειτουργίας έχοντας αλλάξει 7 επικεφαλής (Διοικητές). Δημιουργήθηκε για να συγκεντρώσει τη δημόσια χρηματοδότηση, στην υγεία, που παραμένει χαμηλά (κάτω από 6% του ΑΕΠ παρά την αύξηση) σε σχέση με την ΕΕ (μέσος όρος πάνω από 7%). Η Ελλάδα καταγράφει το υψηλότερο επίπεδο ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (39% στο 2024), με τις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών (out-of-pocket) να υπερβαίνουν κατά πολύ τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (34% έναντι 14%).

Παρά την ύπαρξη καθολικής δημόσιας ασφάλισης, κοινωνικές εισφορές και κρατικές επιχορηγήσεις δεν συναντώνται σε μια ενιαία αγορά, που θα έθετε κανόνες στην παροχή (και όπου τους θέτει δεν τηρούνται). Έτσι το σύστημα χαρακτηρίζεται από ένα άτυπο καθεστώς «διπλής ασφάλισης», όπου τα νοικοκυριά καλούνται να χρηματοδοτούν εκ νέου υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στο δημόσιο πακέτο παροχών. Η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση (5%) καλύπτει κάποια πρόσβαση, κυρίως σε μεγάλα αστικά κέντρα με έμφαση τα νοσοκομεία, και έξω-νοσοκομειακά, χωρίς να μειώνει τις άμεσες πληρωμές.

Το φαινόμενο αυτό αποτελεί μια δομική χαρακτηριστική του συστήματος χρηματοδότησης, αντανακλώντας κενά στην κάλυψη, συμμετοχές στο κόστος και περιορισμούς στη διαθεσιμότητα δημόσιας χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών, των οποίων το ανθρώπινο δυναμικό δεν αμειβεται με βάση την απόδοσή. Η συνέπεια είναι διττή: αφενός δεν προστατεύονται οι πολίτες, με αυξημένο κίνδυνο καταστροφικών δαπανών, και αφετέρου ενισχύονται οι ανισότητες στην πρόσβαση, υπέρ μεγάλων εισοδημάτων και αστικών κέντρων, σε βάρος χαμηλότερων εισοδηματικά στρωμάτων, ιδιαίτερα των ημισιτικών και

ΓΝΩΜΗ

Του
Νίκου Πολύζου

αγροτικών περιοχών, που μετακινούνται.

Συνεπώς, η ανάγκη μεταρρύθμισης της χρηματοδότησης δεν αφορά απλώς την αύξηση των δημόσιων πόρων, που παραμένει δημοσιονομικά χαμηλή, και περιορίζεται κι από τις αναγκαστικές επιστροφές (rebates & claw back άνω του 1% του ΑΕΠ), αν και αυξανόμενη (ιδιαίτερα σε επενδύσεις), αλλά κυρίως την αναδιοργάνωση της υφιστάμενης ιδιωτικής δαπάνης. Το υπάρχον μοντέλο, όπου οι ιδιωτικές πληρωμές λειτουργούν ως μηχανισμός κάλυψης των κενών του συστήματος, είναι εγγενώς αναποτελεσματικό και μη αναδιανεμητικό. Αντί να συγκεντρώνονται σε μηχανισμούς προπληρωμής και κατανομής

κινδύνου, οι δαπάνες γίνονται αποσπασματικά, εκ των υστέρων, και αιφνιδιαζόντας.

Στο πλαίσιο αυτό, απαιτείται η συγκέντρωση των κοινωνικών και δημοσίων πόρων στον ΕΟΠΥΥ, με επιπλέον εισαγωγή ενός πλαισίου ρυθμιζόμενης συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας (regulated complementary health insurance) ως πλέον κατάλληλη πολιτική επιλογή. Σε αντίθεση και με ανεξέλεγκτη ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία τείνει να ενισχύει τις ανισότητες, γιατί δεν ρυθμίζει αποδοτικά τις παροχές, το προτεινόμενο μοντέλο ενσωματώνει ιδιωτική χρηματοδότηση σε ένα θεσμικά ρυθμιζόμενο πλαίσιο, με σαφή διαχωρισμό ρόλων μεταξύ δημόσιας και συμπληρωματικής κάλυψης. Η βασική αρχή είναι η μετατροπή μέρους των άμεσων πληρωμών σε προπληρωμένες και συλλογικά κατανεμημένες εισφορές (risk pooling).

Μπορεί ο ΕΟΠΥΥ και θέλει η Πολιτική Υγείας να επεξεργαστεί και εφαρμόσει τη λειτουργία του σκάματος, που βασίζεται σε ένα «τριεπίπεδο» (3-Tier) σύστημα χρηματοδότησης; Αν ναι, κρατά το πρώτο επίπεδο (Tier I), διατηρώντας καθολική δημόσια κάλυψη, αλλά συνενώνοντας την (αναλογιστικά στον ΕΟΠΥΥ, τουλάχιστον για τους ως 65 ετών). Το δεύτερο επίπεδο (Tier II) εισάγει ρυθμιζόμενη συμπληρωματική ασφάλιση, η οποία θα καλύπτει συγκεκριμένα προκαθορισμένα κενά, όπως συμμετοχές, εκπώσεις και μη πλήρως καλυπτόμενες υπηρεσίες, που, εκτός από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, μπορεί να συμμετέχει και ο ΕΟΠΥΥ (π.χ. Γαλλία κ.ά.), ανάλογα με τις ηλικίες κ.ά. Το τρίτο επίπεδο (Tier III) περιορίζεται σε υπολειμματικές ιδιωτικές πληρωμές. Με τον τρόπο αυτόν, η ιδιωτική δαπάνη παύει να λειτουργεί ως ανεξέλεγκτος μηχανισμός και ενσωματώνεται σε ένα σύστημα με χαρακτηριστικά αλληλεγγύης, που δεν αυξάνεται προκαλώντας

αλόγιστα τη ζήτηση από την προσφορά.

Κεντρικό στοιχείο σχεδιασμού αποτελεί η οργάνωση της χρηματοδότησης με βάση πρόβλεψη πρότυπα δαπανών, ιδίως ως προς την ηλικία. Μελέτη μας (ΔΠΘ) στο Πανεπιστήμιο Πειραιά παρουσιάζει και ενδεικτικό σενάριο κατανομής εισοδημάτων, που δεν είναι σκοπός εδώ να αναλυθεί τεχνικά. Αυτό δεν αποσκοπεί στην ατομική τιμολόγηση κινδύνου, που στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι πολλαπλάσια, αλλά στη συλλογική κατανομή του κόστους, εντός ενός πλαισίου αλληλεγγύης. Παράλληλα, η εφαρμογή πρέπει να συνοδεύεται από μηχανισμούς προστασίας της προσβασιμότητας (π.χ. εισοδηματικές επιδοτήσεις, ανώτατα όρια εισοδημάτων), ώστε να αποτραπεί η αναπαραγωγή ανισοτήτων όσο γίνεται.

Η ρυθμιζόμενη συμπληρωματική ασφάλιση συνιστά ρεαλιστική και συστηματικά συνεπή απάντηση στο πρόβλημα των υψηλών ιδιωτικών δαπανών. Δεν υποκαθιστά τη δημόσια χρηματοδότηση, αλλά αναδιοργανώνει την ιδιωτική, ενισχύοντας την οικονομική προστασία και τη συνοχή του συστήματος. Συμπληρωματική μεταρρύθμιση αποτελεί η αλλαγή στο ΕΣΥ, που πρέπει να λειτουργήσει σε ένα ανεξάρτητο κι αποτελεσματικό οργανισμό (βλέπε και μελέτη διαΝΕΟσις), ικανό να συμβληθεί με τα ανωτέρω, «ανταγωνιζόμενο» κατάλληλα τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος πρέπει να συμπληρώνει το ΕΣΥ, με τιμές, όγκο και ποιότητα που θα τηρούνται από συμβάσεις. Ευχή αποτελεί να συζητηθούν τα ανωτέρω στα προγράμματα των κομμάτων που θέλουν να κυβερνήσουν.

Ο κ. Νίκος Πολύζος είναι καθηγητής Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

