



ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Πρωτοποριακή εξέλιξη

Της **ΑΙΜΙΛΙΑΣ ΣΤΑΘΑΚΟΥ**
ai.stathakou@realnews.gr

Σημαντική εξέλιξη στη μάχη κατά του καρκίνου του παγκρέατος, μίας από τις πλέον επιθετικές και δύσκολα αντιμετωπίσιμες μορφές καρκίνου, σηματοδοτεί η έγκριση μιας νέας πρωτοποριακής θεραπείας στις ΗΠΑ.

Ο FDA ενέκρινε το φάρμακο Rasonque, με τη δραστική ουσία νταραξονασίμπη, ένα καθημερινό χάπι που αδρανοποιεί το γονίδιο το οποίο τροφοδοτεί την ανάπτυξη των όγκων στον καρκίνο του παγκρέατος. Αποτελεί θεραπεία-ορόσημο καθώς πρόκειται για την πρώτη γαλήνη που επιτυγχάνει ουσιαστική παράταση της επιβίωσης των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της κλινικής δοκιμής ήταν εντυπωσιακά. Οι ασθενείς, στους οποίους χορηγήθηκε το νέο φάρμακο, έζησαν κατά μέσο όρο τους 13 και πλέον μήνες ζωής, έναντι μόλις επτά με την κλασική χημειοθεραπεία. Για κάποιους από αυτούς το προσδόκιμο επέκταθηκε, μάλιστα, σε αρκετά χρόνια.

Το φάρμακο, που αναπτύχθηκε από τη

λευταία 24ωρα, έχουν ήδη γίνει τρία αιτήματα στον ΕΟΦ από ασθενείς που ζητούν να τους χορηγηθεί η νέα θεραπεία. Ωστόσο, το φάρμακο ακόμα δεν έχει λάβει έγκριση από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και δεν έχει κυκλοφορήσει στην Ευρώπη.

Αναφορικά με το πότε θα είναι διαθέσιμο στους Έλληνες ασθενείς, ο πρόεδρος του ΕΟΦ, **Σπύρος Σαπουνάς**, διευκρινίζει ότι θα τηρηθεί η προβλεπόμενη διαδικασία, όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο που έχει λάβει έγκριση στις ΗΠΑ, αλλά δεν έχει ακόμη κατατεθεί προς έγκριση στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων.

«Ο ΕΟΦ θα ανταποκριθεί με τον ταχύτερο και καλύτερο δυνατό τρόπο στα αιτήματα που θα υποβληθούν, μόλις ολοκληρωθούν οι απαραίτητες ρυθμιστικές διαδικασίες, ώστε κανένας ασθενής να μη στερηθεί τη θεραπεία από τη στιγμή που, βάσει της εγκεκριμένης ένδειξης και των προβλεπόμενων προϋποθέσεων, μπορεί να τη λάβει. Βεβαίως, απαραίτητη προϋπόθεση είναι και η ανταπόκριση της παρασκευαστικής εταιρείας στα αιτήματα που θα λάβει παγκοσμίως».

Με αυτά τα δεδομένα, όσα γνωρίζουμε με-

χρι σήμερα συνοψίζονται στις ακόλουθες ερωτήσεις και απαντήσεις:

1. Τι είναι το νέο φάρμακο και ποιους ασθενείς αφορά;

Το φάρμακο, με τη δραστική ουσία νταραξονασίμπη (daraxonrasib) αναπτύχθηκε από τη Revolution Medicines και θα κυκλοφορήσει με την εμπορική ονομασία Rasonque. Εγκρίθηκε από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) για ενήλικες με μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος, που έχουν ήδη λάβει τουλάχιστον μία προηγούμενη συστηματική θεραπεία. Πρόκειται για φάρμακο σε μορφή δισκίου, το οποίο λαμβάνεται από το στόμα μία ή δύο φορές την ημέρα. Η έγκριση του αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς αφορά μια νόσο που συχνά διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο και εξακολουθεί να έχει περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές.

2. Πώς δρα η νέα θεραπεία;

Η daraxonrasib είναι αναστολέας της οικογενείας πρωτεϊνών RAS και έχει σχεδιαστεί ώστε να παρεμβαίνει σε έναν από τους βα-

χάπι καθημερινά είχαν μέσο χρόνο επιβίωσης 13,2 μήνες, συγκριτικά με 6,6 μήνες για όσους υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Ο FDA δήλωσε ότι το φάρμακο προσέφερε μια κρίσιμη νέα επιλογή για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν έναν εξαιρετικά δύσκολο και ιστορικά δυσθεράπευτο καρκίνο.

Ηδη, από το 2025, το φάρμακο είχε λάβει από τον FDA τον χαρακτηρισμό «Καινοτόμος θεραπεία», ενώ ο Οργανισμός ενέκρινε το φάρμακο έξι μήνες νωρίτερα από την προθεσμία της ρυθμιστικής Αρχής, επειδή «έδειξε πρωτοφανή αποτελέσματα σε έναν τομέα με μεγάλες ιατρικές ανάγκες που δεν καλύπτονται», δήλωσε ο **Αντίετο ντε Κλάρο**, διευθυντής του Center of Excellence.

4. Ποιες είναι οι παρενέργειες;

Η νέα θεραπεία, παρά τα σημαντικά αποτελέσματά της, δεν είναι απαλλαγμένη από ανεπιθύμητες ενέργειες. Μεταξύ των συχνότερων που καταγράφηκαν είναι το εξάνθημα, η διάρροια, η στοματίτιδα, η ναυτία, η κόπωση, ο έμετος, το κοιλιακό άλγος, το οίδημα και η μειωμένη όρεξη. Περίπου το 44% των ασθενών που λάμβαναν daraxonrasib έμ-



Ο επικεφαλής καθηγητής Χειρουργικής Mayo Clinic, ιδρυτής του Ελληνικού Ινστιτούτου Παγκρέατος, **Γρηγόρης Τσιπώτος**

Revolution Medicines, στοχεύει το K-RAS, έναν βασικό μοριακό μηχανισμό που τροφοδοτεί την ανάπτυξη των όγκων στην πλειονότητα των ασθενών με αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος.

«Εδώ και 30 χρόνια είναι γνωστό ότι στο 90% των ασθενών με καρκίνο παγκρέατος υπερχειλίζει ο γονότυπος K-RAS», εξηγεί ο **Γρηγόρης Τσιπώτος**, επικεφαλής καθηγητής Χειρουργικής Mayo Clinic, ιδρυτής του Ελληνικού Ινστιτούτου Παγκρέατος, ο οποίος προσθέτει ότι η ογκολογική έρευνα παγκοσμίως όλα αυτά τα χρόνια προσπαθούσε να ανακαλύψει μια μέθοδο αναστολής του K-RAS χωρίς επιτυχία.

«Πρόσφατα, η κλινική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Dana Farber Cancer Institute, απέδειξε ότι το φάρμακο Daraxonrasib μπορεί πράγματι να αναστείλει τη δράση του K-RAS με διπλασιασμό της επιβίωσης ασθενών με τελικό στάδιο καρκίνου του παγκρέατος. Η βελτίωση αυτή θεωρείται θεαματική έως συγκλονιστική», επισημαίνει ο Γρ. Τσιπώτος και καταλήγει: «Η χορήγηση του φαρμάκου έγινε σε ασθενείς τελικού σταδίου, χωρίς καμία ελπίδα, οπότε θεωρείται ότι εάν οι μέλλοντες χορηγηθεί σε ασθενείς σε πρώιμη φάση, ίσως έχει ακόμα καλύτερα αποτελέσματα».

Η διαδικασία στην Ελλάδα

Σύμφωνα με πληροφορίες της Realnews, τα τε-

Πέντε απαντήσεις για τη θεραπεία του καρκίνου στο πάγκρεας

Αιτήματα από Έλληνες ασθενείς κατατέθηκαν ήδη στον ΕΟΦ. Μιλώντας στην «R» ο πρόεδρος του Ελληνικού Ινστιτούτου Παγκρέατος

οικούς μηχανισμούς που επιτρέπουν στα καρκινικά κύτταρα να αναπτύσσονται και να πολλαπλασιάζονται.

Οι μεταλλάξεις του K-RAS απαντώνται στην πλειονότητα των αδενοκαρκινωμάτων του παγκρέατος. Για πολλά χρόνια το RAS θεωρείτο εξαιρετικά δύσκολος θεραπευτικός στόχος. Η δυνατότητα άμεσης φαρμακευτικής παρέμβασης σε αυτό το μονοπάτι θεωρείται γι' αυτό μία από τις σημαντικές εξελίξεις της σύγχρονης ογκολογίας.

3. Πόσο αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης;

Κλινική δοκιμή τελικού σταδίου σε 500 ασθενείς διαπίστωσε ότι όσοι λάμβαναν το

φάνισαν σοβαρές παρενέργειες, έναντι 57,5% όσων υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία στο πλαίσιο της δοκιμής.

5. Πότε θα είναι ευρέως διαθέσιμο στην Ευρώπη;

Η έγκριση αφορά προς το παρόν τις ΗΠΑ. Η ευρωπαϊκή διαδικασία είναι ξεχωριστή και θα απαιτηθεί η σχετική ρυθμιστική έγκριση προτού το φάρμακο μπορούσε να διατεθεί ευρέως στους ασθενείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στη συνέχεια στην Ελλάδα. Ωστόσο, υπάρχουν διαδικασίες με τις οποίες μπορεί να είναι διαθέσιμο στους ασθενείς πριν ολοκληρωθούν οι σχετικές εγκρίσεις.

2. ΓΙΑΤΙ ΖΟΥΜΕ ΠΙΟ ΠΟΛΥ , ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΥΓΙΕΙΣ

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡΙΑΚΗΣ

Ημ. Έκδοσης: ...30/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...30/08/2026

Σελίδα:1



ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ

Γιατί ζούμε πιο πολύ, αλλά όχι υγιείς

Για κάθε πέντε έτη ζωής που κέρδισε η ανθρωπότητα από το 1990, το ένα ήταν χρόνος ασθένειας. Ο μέσος Έλληνας αναμένει πλέον 11,9 χρόνια σε κακή υγεία, σχεδόν δύο περισσότερα από μία γενιά πριν. Ποιες πέντε κατηγορίες παθήσεων γεμίζουν αυτά τα χρόνια. Γράφουν οι Εύη Χατζηνάνδρεου, Γεώργιος Π. Χρούσος. **Σελ. 27**

2. ΓΙΑΤΙ ΖΟΥΜΕ ΠΙΟ ΠΟΛΥ , ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΥΓΙΕΙΣ

Μέσο:ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡΙΑΚΗΣ

Ημ. Έκδοσης: ...30/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...30/08/2026

Σελίδα:27



υγεία & ευεξία



ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΙΑ: ΕΥΓΕΝΙΑ ΛΑΜΠΑΤΟΥ / ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Τον **ΕΥΓΕΝΗ ΧΑΤΖΗΑΝΔΡΕΟΥ**,
ΓΕΩΡΓΙΟΥ Π. ΧΡΟΥΣΟΥ

Από το 1990 για κάθε πέντε χρόνια ζωής που κέρδισε η ανθρωπότητα, το ένα ήταν χρόνος ασθένειας. Ζούμε περισσότερο, όχι όμως καλύτερα – το τεκμηριώνει η μελέτη του Global Burden of Disease στο Lancet Public Health, που ήδη απασχόλησε τον Τύπο. Από το 1990 έως το 2023 το «χάσμα νοσηρότητας» – τα χρόνια που ζούμε ζωντανόι, αλλά όχι υγιείς – διευρύνθηκε από 8,8 σε 10,7 έτη. Αύξηση 22% σε μία γενιά, σε 203 από τις 204 χώρες. Η υπόθεση

Ζούμε πιο πολύ, αλλά όχι υγιείς

Ο μέσος Έλληνας ζει σχεδόν 12 χρόνια με κακή υγεία. Γιατί δεν εισπράττουμε το μέρισμα μακροζωίας; Τι μπορεί να κάνει η ελληνική προεδρία στην Ε.Ε. το 2027

2020 δεν επιτεύχθηκε – η πορεία ήταν αντίθετη. Δείκτης χωρίς αιτίες και χωρίς λογοδοσία δοκιμάστηκε ήδη. Απέτυχε.

Η αρμοδιότητα: Η δημόσια υγεία είναι, κατά το άρθρο 168 ΣΛΕΕ, κατά βάση εθνική. Γι' αυτό δεν προτείνεται εναρμόνιση, αλλά κοινή, συγκρίσιμη, αιτιολογημένη μέτρηση. Ο,τι μετρείται με κοινό τρόπο, συγκρίνεται, ο,τι συγκρίνεται, βελτιώνεται.

Το κόστος: Μηδενικό: τα δεδομένα παράγονται ήδη, με ανοικτή πρόσβαση, από το Global Burden of Disease. Ζητείται μόνο να αξιοποιηθεί κάτι που υπάρχει και αγνοείται.

2. ΓΙΑΤΙ ΖΟΥΜΕ ΠΙΟ ΠΟΛΥ , ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΥΓΙΕΙΣ

Μέσο: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡΙΑΚΗΣ

Ημ. Έκδοσης: . . . 30/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 30/08/2026

Σελίδα: 27



Απλές παρεμβάσεις

Τρεις παρεμβάσεις – ακουστικά, διαρρυθμίσεις ασφαλείας στο σπίτι, φυσική δραστηριότητα – θα απέτρεπαν παγκοσμίως έως το 2040: 400 εκατ. πτώσεις, 8,5 εκατ. περιστατικά διαβήτη, 2,4 εκατ. περιστατικά άνοι-ας – εξοικονόμηση 5,8 τρις. δολ. σε δαπάνες υγείας.

του Τζ. Φράις ότι η ιατρική πρόοδος θα συμπίεζε την ασθένεια σε ένα σύντομο τελικό παράθυρο ελέγχθηκε 45 χρόνια μετά – και δεν επιβεβαιώθηκε.

Πίσω από τον παγκόσμιο τίτλο, όμως, κρύβονται όσα αφορούν εμάς – και δεν διαβάστηκαν.

Το 1990 ο μέσος Έλληνας ανέμενε 10 χρόνια ζωής σε κακή υγεία. Το 2023, 11,9 – 36η θέση παγκοσμίως. Μία γενιά προσέθεσε σχεδόν δύο χρόνια νοσηρότητας κατά κεφαλήν, χωρίς αντισταθμιστικό κέρδος υγείας. Τα μεγαλύτερα χάσματα έχουν οι πλουσιότερες χώρες: ΗΠΑ 14 έτη, Αυστραλία 13,9, Καναδάς 13,7. Εν μέρει η εξέλιξη είναι αριθμητική – ζεις περισσότε-ρο, συσσωρεύεις περισσότερα. Το υπόλοιπο είναι επιλογή πολιτικής.

Τι γεμίζει αυτά τα χρόνια; Όχι οι νόσοι των πρωτοεξέλιδων. Πέντε κατηγορίες ευθύνονται για το 57,4% των ετών κακής υγείας παγκοσμίως: μυοσκελετικές παθήσεις, με πρώτη την οστεοαρθρίτιδα, ψυχικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη και άγχος, η βαρνηκία της τρίτης ηλικίας, οι πτώσεις, και τα λοιπά χρόνια νοσήματα. Καταστάσεις που σπανίως σκωτώνουν και σχεδόν ποτέ δεν χρηματοδοτούνται: χωρίς ογκολογικό τμήμα, χωρίς εθνικό σχέδιο, χωρίς προγράμματα. Έχουν όμως το μεγαλύτερο μερίδιο στη ζωή που χάνουμε ενόσω ζούμε.

Από τη μέση ηλικία

Και το κόσμο δεν ανοίγει στα γηρατειά: διευρύνθηκε σε όλη την ενήλικη ζωή, ήδη από τη μέση ηλικία, με παράγοντες γνωστούς και τροποποιήσιμους – σάκχαρο, βάρος, κάπνισμα.

Πόσο κοστίζει η αδράνεια – και τι αποδίδει η δράση; Τον Ιούνιο του 2026 το Παγκόσμιο Οικονομικό Φόρουμ δημοσίευσε

με τη Marsh την έκθεση The Longevity Dividend. Το εύρημα είναι απροσδόκητα πεζό: δεν χρειάζονται νέες θεραπείες. Τρεις χαμηλές τεχνολογίας παρεμβάσεις – ακουστικά βαρνηκίας, διαρρυθμίσεις ασφαλείας στο σπίτι, φυσική δραστηριότητα – θα απέτρεπαν έως το 2040: 400 εκατ. πτώσεις, 8,5 εκατ. περιστατικά διαβήτη, 2,4 εκατ. περιστατικά άνοι-ας – εξοικονόμηση 5,8 τρις. δολαρίων σε δαπάνες υγείας. Ένα ακουστικό βαρνηκίας κοστίζει λιγότερο από μία ημέρα νοσηλείας.

Και αυτό είναι μόνο το κατώφλι. Τον Φεβρουάριο του 2026 το McKinsey Health Institute (The Health of Nations) χαρτογράφησε σχεδόν 300 οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις σε πάνω από 200 χώρες. Η κλιμάκωσή τους έως το 2050 θα μείωνε το φορτίο νόσου κατά 35%, θα έσωζε 33 εκατομμύρια ζωές και θα προσέθετε σχεδόν μία δεκαετία υγιούς ζωής στον μέσο άνθρωπο, ετήσιο όφελος 12,5 τρις. δολάρια, 7% του παγκόσμιου ΑΕΠ, κυρίως μέσω υψηλότερης συμμετοχής στην εργασία. Κάθε δολάριο στην υγεία αποδίδει τέσσερα – ο έλεγχος υπέρτασης και καπνίσματος ακόμη περισσότερα. Το πιο αποκαλυπτικό: τα δύο τρίτα του οφέλους προέρχονται από την πρόληψη που απορροφά λιγότερο από το 2% των δαπανών υγείας. Χρηματοδοτούμε με το 2% ό,τι παράγει τα δύο τρίτα.

Δοκιμασμένες λύσεις

Το πώς δεν είναι θεωρητικό. Εφαρμόζεται ήδη. Η Ταϊλάνδη χρηματοδοτεί την πρόληψη με δεσμευμένους φόρους υγείας, θωρακισμένη από την πολιτική συγκυρία. Η Κολομβία δέσμευσε με νόμο από το 2010 τα έσοδα από τσιγάρα, αλκοόλ και τυχερά παιχνίδια υπέρ της υγειονο-

μικής κάλυψης και το 2022 έγινε η πρώτη χώρα στον κόσμο που φορολογεί τα υπερεπεξεργασμένα τρόφιμα, κλιμακωτά με τη ζάχαρη. Το Αμπου Ντάβι προβλέπει με τεκνική νοσηρότητα κινδύνους υγείας πριν γίνουν νόσος. Η συνταγή είναι ραπτή: η πρόληψη ως κεφαλαιακή επένδυση, με διακριτή θέση στους εθνικούς λογαριασμούς υγείας, μετρήσιμη απόδοση, φορολογικά εργαλεία που αποδεδειγμένα δεν κοστίζουν σε ανάπτυξη ή απασχόληση. Η Ελλάδα λείπει και από τις δύο διεθνείς αναλύσεις, αλλά με γρήγορο πληθυσμό και ασφαλιστικό σε συρρικνούμενη εργασιακή βάση το ότι δεν μετρηθήκαμε δεν σημαίνει ότι δεν πληρώσουμε. Ο ΟΟΣΑ προειδοποιεί: η γήρανση θα αφήσει το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του 2060 κατά 14% χαμηλότερο από ό,τι χωρίς αυτήν, με έσοδα να συρρικνώνονται και δαπάνες συντά-



ξεων, υγείας και φροντίδας να αυξάνονται.

Το μείρισμα μακροζωίας είναι το όφελος όταν τα πρόσθετα χρόνια είναι χρόνια λειτουργικότητας – εργασίας, φροντίδας, συμμετοχής, όχι εξάρτησης. Και αν η ίδια η γήρανση επιβραδυνθεί κατά ένα μόλις έτος, το όφελος αποτιμάται σε 38 τρις. δολάρια μόνο για τις ΗΠΑ. Τρία βήματα θα μετρούσαν άμεσα: 1) το προσδόκιμο υγιούς ζωής επίσημος δείκτης του ΕΣΥ – δεν διαχειριζόμαστε ό,τι δεν μετράμε; 2) επένδυση στην πρόληψη και στις «ανιάρεις» υπηρεσίες των νέων κατηγοριών – αποκατάσταση, ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια, ακουστικά βαρνηκίας, πρόληψη πτώσεων; 3) μετατόπιση της πρόληψης στη μέση ηλικία, όπου το κόστος ήδη ανοίγει.

Μια πρόταση από την Ελλάδα

Το δεύτερο εξάμηνο του 2027 η Ελλάδα αναλαμβάνει την προεδρία του Συμβουλίου της Ε.Ε. Κάθε προεδρία επιλέγει μια σημαία. Προτείνουμε αυτή να είναι το μείρισμα μακροζωίας, με ειδικό παραδοτέο: Συμπεράσματα Συμβουλίου που αναβαθμίζουν το κόστος νοσηρότητας σε λειτουργικό ευρωπαϊκό δείκτη – απολογική ανάλυση ανά κράτος μέλος, ετήσια δημοσίευση, σύνδεση με τον προγραμματισμό υγείας και ασφάλισης. Η πρόταση αντέχει τις τέσσερις προβλέψεις ενστάσεις – τα «δεν χρειάζεται» και «δεν γίνεται».

«Η Eurostat το μετράει ήδη». Πράγματι – με μία ερώτηση αυτοαξιολόγησης, γνωστά προβλήματα συγκρισιμότητας και χωρίς αποδόμηση: λέει πόσα χρόνια χάνονται, όχι σε τι. Ένα υπούργειο που βλέπει αριθμό χωρίς αιτίες δεν ξέρει πού να βάλει το επόμενο ευρώ. Υπάρχει και προηγούμενο: ο στόχος του 2011 για δύο επιπλέον υγιή έτη έως το

Ο χρόνος; Εξή μήνες δεν αρκούν για μεταρρύθμιση συστημάτων υγείας: αρκούν απολύτως για συμπεράσματα Συμβουλίου – την προϋπόθεση κάθε επόμενης μεταρρύθμισης. Αυτή τη φορά, με ονομασμένες αιτίες και ετήσιο απολογισμό, ο στόχος δεν θα ξεχαστεί αθόρυβα.

Η Ευρώπη είναι η γρηγορότερη ήπειρος με τα μεγαλύτερα χάσματα νοσηρότητας – άρα με το μεγαλύτερο ανείσπρακτο μείρισμα. Και η Ελλάδα διαθέτει ό,τι καμία άλλη πρωτεύουσα: εδώ θεμελιώθηκε επιστημονικά η μεσογειακή διατροφή, εδώ μελετώνται επί δεκαετίες κοινωνικές μακροζωίας, εδώ το ζήτημα είναι δημοσιονομικά επείγον. Σπάνια μια χώρα έχει ταυτόχρονα το επείγον, τη νομιμοποίηση και το κίνητρο.

Το όφελος για τον πολίτη είναι καθημερινό: λιγότερος πόνος στη μέση, ακοή που δεν χάνεται σιωπηλά, ένα σπίτι χωρίς πτώσεις, ψυχική υγεία που αντιμετωπίζεται πριν γίνει αναπηρία. Για τη χώρα: περισσότεροι ικανοί να εργάζονται και να φροντίζουν, λιγότερες κλίκες με προληψιμη νοσηρότητα, ελαφρύτερο ασφαλιστικό φορτίο. Δεν είναι δαπάνη: είναι οικονομική αναγκαιότητα – επένδυση με τεκμηριωμένη απόδοση.

Η επιτυχία της Ιατρικής του 20ού αιώνα ήταν να μας κρατήσει ζωντανούς. Η δοκιμασία του 21ου είναι να μας κρατήσει ικανούς και λειτουργικούς. Το μείρισμα υπάρχει, είναι μετρήσιμο, τα εργαλεία φθηνά και διαθέσιμα. Λείπει μόνο η απόφαση να το εισπράξουμε – και η ευκαιρία να ληφθεί έχει ημερομηνία.

Η κ. Εύη Χατζηανδρέου, MD, MPH, DrPH, είναι ιατρός δημόσιας υγείας και συνδεδεμένη του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγιούς Μακροζωίας. Ο κ. Γεώργιος Π. Χρούσος είναι ομότιμος καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ και πρόεδρος του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγιούς Μακροζωίας.



Η πρόκληση του 21ου αιώνα

Η επιτυχία της ιατρικής του 20ού αιώνα ήταν να μας κρατήσει ζωντανούς. Η δοκιμασία του 21ου είναι να μας κρατήσει ικανούς και λειτουργικούς. Το μείρισμα υπάρχει, είναι μετρήσιμο, τα εργαλεία φθηνά και διαθέσιμα.

3. ΣΤΑ ΣΠΑΤΑ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ « SILICON VALLEY » ΤΩΝ ΒΙΟΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Μέσο: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: . . . 30/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 30/08/2026

Σελίδα: 13



Στα Σπάτα η ελληνική «Silicon Valley» των βιοεπιστημών

Στα Σπάτα, μόλις 20 λεπτά από το αεροδρόμιο, λειτουργεί από φέτος το Athens LifeTech Park (ALTP), μια υπερσύγχρονη υποδομή σχεδιασμένη να υποστηρίξει τη διαδρομή μιας επιστημονικής ιδέας από το εργαστήριο μέχρι την πρώτη κλινική δοκιμή σε ασθενή και από εκεί στην ανάπτυξη μιας νέας θεραπείας. Αποτελεί επένδυση της φαρμακοβιομηχανίας ELPEN της τάξης των 70 εκατ. ευρώ και λειτουργεί ως ανεξάρτητος οργανισμός, με δικό του διοικητικό συμβούλιο και διεθνή επιστημονική ηγεσία.

Πρόκειται για τη «φυσική εξέλιξη μιας φιλοσοφίας έξι δεκαετιών», εξηγεί η Ελένη Πενταφράγκα, εκτελεστική αντιπρόεδρος του Athens LifeTech Park και Chief Strategy Officer της ELPEN. Υπενθυμίζει, μάλιστα, ότι ο ιδρυτής της ELPEN και παππούς της, Δημήτρης Πενταφράγκας, «πίστευε ότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία οφείλει να επενδύει όχι μόνο στην παραγωγή, αλλά και στη γνώση» – κάτι που έκανε πράξη με το Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο της ELPEN, τολμώντας κάτι πρωτόγνωρο για την εποχή: τη συνεργατική έρευνα ανάμεσα σε μια ελληνική φαρμακευτική και το εγχώριο επιστημονικό δυναμικό.

Τώρα, το ALTP εξελίσσει αυτή τη λογική σε εντελώς διαφορετική κλίμακα. Σε έκταση 15.000 τετραγωνικών μέτρων, το πάρκο συνδυάζει τρεις βασικές λειτουργίες: θερμοκοιτίδα για εταιρείες στον χώρο των επιστημών υγείας (biotech incubator), υποστηρικτικές υπηρεσίες έρευνας και ανάπτυξης (R&D) φαρμάκων υπό ευρωπαϊκά ρυθμιστικά πρότυπα, καθώς και ένα σύγχρονο εκπαι-



Σε έκταση 15.000 τετραγωνικών μέτρων, το πάρκο συνδυάζει τρεις βασικές λειτουργίες: θερμοκοιτίδα για εταιρείες στον χώρο των επιστημών υγείας (biotech incubator), υποστηρικτικές υπηρεσίες έρευνας και ανάπτυξης (R&D) φαρμάκων, καθώς και ένα σύγχρονο εκπαιδευτικό και συνεδριακό κέντρο.

δευτικό και συνεδριακό κέντρο.

Οραμα της ELPEN είναι να αναδειχθεί το πάρκο σε διεθνή καταλύτη καινοτομίας στις επιστήμες ζωής, με αποστολή την επιτάχυνση της ανακάλυψης και ανάπτυξης νέων θεραπειών μέσα από την επιστημονική αριστεία και τη συνεργασία, προς όφελος των ασθενών παγκοσμίως, σημειώνει η κ. Πενταφράγκα, μιλώντας στην «Καθημερινή».

«Ο τρόπος με τον οποίο παράγεται σήμερα η επιστημονική καινοτομία έχει αλλάξει. Ιδιαίτερα στις επιστήμες ζωής, η πρόοδος προκύπτει όλο και περισσότερο μέσα από τη σύγκλιση διαφορετικών πεδίων και τη συνεργασία ανθρώπων με συμπληρωματικές γνώσεις, εμπειρίες και δεξιότητες», προσθέτει, τονίζοντας πως οι μεγάλες επιστημονικές εξελίξεις γεννιούνται

Η ELPEN δημιουργεί το Athens LifeTech Park, το πρώτο πάρκο βιοτεχνολογίας της Νοτιοανατολικής Ευρώπης.

εκεί ακριβώς όπου συναντώνται διαφορετικοί επιστημονικοί κλάδοι και προσεγγίσεις.

Η Ελλάδα διαθέτει εξαιρετικό επιστημονικό ταλέντο, γεγονός που αναγνωρίζουν πλέον πολλοί πολυεθνικοί όμιλοι. «Αυτό που χρειάζεται είναι ένα οικοσύστημα που θα συνδέει πανεπιστήμια, ερευνητικά κέντρα, βιομηχανία, startups και επενδυτές, ώστε η γνώση να μετουσιώνεται σε εφαρμογή. Αυτό επιχειρούμε να δημιουργήσουμε στο Athens

LifeTech Park», υπογραμμίζει η κ. Πενταφράγκα.

Για την Ελλάδα, το κρίσιμο στοιχείο είναι ότι σήμερα αρχίζουν να συνυπάρχουν προϋποθέσεις που για δεκαετίες παρέμειναν ασυνδεδεστές. Η χώρα διαθέτει ισχυρή επιστημονική βάση, διεθνώς καταξιωμένο ανθρώπινο δυναμικό και σημαντική εγχώρια φαρμακοβιομηχανία. Σε αυτά προστίθενται πλέον το ανταγωνιστικό λειτουργικό κόστος σε σχέση με τις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη, οι δυνατότητες προκλινικής και κλινικής έρευνας εντός ενός αυστηρού ευρωπαϊκού ρυθμιστικού περιβάλλοντος και, για πρώτη φορά, η παρουσία εξειδικευμένων επενδυτικών κεφαλαίων (venture capital) στις βιοεπιστήμες με τη στήριξη ευρωπαϊκών και ελληνικών θεσμών.

Η ευκαιρία, επομένως, για τη χώρα είναι να συνδεθεί ουσιαστικά με τα διεθνή οικοσυστήματα βιοτεχνολογίας, μεταφράζοντας την επιστημονική γνώση σε έρευνα, ανάπτυξη και, τελικά, νέες θεραπείες. Πρόκειται για ένα στοιχείο πανευρωπαϊκών διαστάσεων. Όπως επισημαίνει ο Κλεάνθης Ξανθόπουλος, πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου του Athens LifeTech Park: «Η Ευρώπη δεν πάσχει από έλλειμμα επιστήμης. Αυτό που χρειάζεται είναι να συνδέσει τα πλεονεκτήματά της με μεγαλύτερη ταχύτητα, να εξασφαλίσει αποτελεσματικότερη μετάβαση από την ανακάλυψη στην ανάπτυξη και να επιδείξει μεγαλύτερη διάθεση ανάληψης ρίσκου».

Για την ELPEN, η επιλογή αυτή δεν είναι συγκυριακή αλλά αποτελεί συνειδητή στρατηγική επιλογή. Όπως σημειώνει ο Θεόδωρος Τρύφων, διευθύνων σύμβουλος της εταιρείας και πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ): «Με αυτή την επένδυση αναλαμβάνουμε πρωταγωνιστικό ρόλο στην προσπάθεια για την ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας στην Ελλάδα και την ευρύτερη περιοχή. Το ρίσκο είναι υπαρκτό, αλλά για εμάς η επένδυση στην καινοτομία αποτελεί θεμέλιο λίθο».

Οι προϋποθέσεις πλέον υπάρχουν. Το ερώτημα που παραμένει ανοικτό είναι αν η Πολιτεία θα σταθεί δίπλα σε αυτή τη φιλοδοξία με την ταχύτητα που επιβάλλει ο ιδιωτικός τομέας, παρέχοντας τα κατάλληλα κίνητρα, τις αναγκαίες πολιτικές και τη θεσμική αναγνώριση που απαιτείται.

ΗΛΙΑΣ Γ. ΜΠΕΛΛΟΣ

4. ΑΠΟΣΥΡΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Μέσο: ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ KONTRA NEWS

Ημ. Έκδοσης: . . . 30/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 30/08/2026

Σελίδα: 2



Αποσύρονται από την αγορά φάρμακα και για καρκινοπαθείς

Πολιτική επιλογή και αδιαφορία από την Κυβέρνηση



Του ΜΑΝΟΥ
ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ *

ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ χρόνια η χώρα μας χαρακτηρίζεται ως μία ιδιαιτερότητα σχετικά με τη διάθεση φαρμάκων. Οι ασθενείς που αναγκάζονται να αλλάζουν θεραπευτική αγωγή διότι αποσύρονται όλο και περισσότερα φάρμακα από την Ελλάδα, αυξάνονται συνεχώς. Συγκεκριμένα το 2025 οι φαρμακευτικές εται-

ρείες δήλωσαν οριστική διακοπή κυκλοφορίας 230 σκευασμάτων στην Ελλάδα. Μεταξύ αυτών υπήρχαν 27 σκευάσματα που αντιστοιχούσαν σε 15 δραστικές ουσίες χωρίς άλλο αντίστοιχο προϊόν στην ελληνική αγορά. Ταυτόχρονα, εντός του 2026 έχει ανακοινωθεί ότι θα αποσυρθούν 4 ογκολογικά φάρμακα, τα οποία περιέχουν δραστικές ουσίες που δεν βρίσκονται σε άλλο αντίστοιχο προϊόν στην αγορά.

Ο λόγος της απόσυρσης αυτών των 4 φαρμάκων είναι το υπερβολικό κόστος που προκαλεί στις φαρμακευτικές εταιρείες οι πρακτικές των clawback και rebate. Το clawback θεσπίστηκε το 2012 και προβλέπει ότι αν η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ξεπεράσει τον κρατικό προϋπολογισμό, το υπερβάλλον ποσό θα επιστραφεί στο κράτος από τις εταιρείες. Το rebate αναθέτως, θεσπίστηκε το 2011 και είναι μία υποχρεωτική έκπτωση που δίνει η φαρμακευτική εταιρεία στον ΕΟΠΥ,

η οποία υπολογίζεται από τον τελευταίο με βάση τα στοιχεία συνταγογράφησης και κατανάλωσης.

Φαρμακευτική δαπάνη και ημολόγηση

Με τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη (δημόσια δαπάνη και ιδιωτική συμμετοχή) να αυξάνεται θεαματικά τα τελευταία χρόνια, οι εταιρείες επιστρέφουν για πρώτη φορά από το 2023 και εξής περισσότερα από τα μισά χρήματα που έχουν εισπράξει. Συγκεκριμένα τα ποσοστά επιστροφής επί της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης ήταν 52,4% και 54,4% για το 2023 και 2024 αντίστοιχα. Είναι προφανές συνεπώς ότι αυτή η επιβάρυνση θα οδηγήσει με μαθηματική ακρίβεια στην απόσυρση και άλλων, κυρίως ακριβών, σκευασμάτων, καθώς οι εταιρείες δεν δεσμεύονται από πουθενά να διαθέτουν το σύνολο των φαρμάκων που εμπορεύονται στην Ελλάδα.

Είναι σαφές επίσης ότι και η ημολόγηση των φαρμάκων ενδέχεται να συμπεριλαμβάνει και το κόστος της επιστροφής χρημάτων στα δημόσια ταμεία, αν όχι σε σκευάσματα που ημολογούνται συγκριτικά με άλλες χώρες, στα υπόλοιπα ίσως προϊόντα που διακινούν οι ίδιες εταιρείες, γεγονός που συνεπάγεται ότι μέρος του κόστους το καταβάλλουν και οι πολίτες.

Με την κυβέρνηση να αδιαφορεί, παρά τις συνεχείς προειδοποιήσεις από οργανισμούς, το πρόβλημα εμφανίζεται με όλο και μεγαλύτερη ένταση σε ασθενείς όπου η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή είναι υψηλού κόστους, όπως οι θεραπείες για καρκίνο. Η απόσυρση ογκολογικών φαρμάκων ή η απροθυμία των εταιριών να διαθέ-

σουν τα νέα φάρμακα στην Ελλάδα, υπονομεύει την πρόσβαση σε κατάλληλες θεραπείες. Ο Σύλλογος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος ανακοίνωσε ότι από 214 νέα καινοτόμα φάρμακα που εγκρίθηκαν από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων την περίοδο 2022-2025, μόνο 42 (20%) ήταν διαθέσιμα στην Ελλάδα το 2026.

Αναθεώρηση

Οι πρακτικές των clawback και rebate πρέπει να αναθεωρηθούν δεδομένης και της δημοσιονομικής απόδοσης. Η υπεράντληση δημοσίων εσόδων που επιτρέπει την πρόωπη αποπληρωμή δημοσίου χρέους ύψους 13 δισ., αποδεικνύει ότι υπάρχει περιθώριο, με την απόσυρση φαρμάκων λόγω μη αναθεώρησης των clawback και rebate να αποτελεί πολιτική επιλογή. Μία πλήρης κατάργηση είναι φυσικά πρόωπη, η ρεαλιστική αναθεώρησή τους, ειδικά για ακριβές θεραπείες, κρίνεται ωστόσο απαραίτητη. Η απόσυρση σχετικών σκευασμάτων άλλωστε οδηγεί συχνά στην εισαγωγή τους από τον ΙΦΕΤ σε πολλαπλάσια τιμή.

Η εξασφάλιση των κατάλληλων θεραπειών για τους ασθενείς στη χώρα μας, οφείλει να αποτελεί προτεραιότητα κάθε κυβέρνησης και η αναθεώρηση πρακτικών που το εμποδίζουν αποτελεί ένα πρώτο βήμα προς την κανονικότητα.

Τα φάρμακα

Για κανένα από τα 4 φάρμακα που έχουν αποσυρθεί δεν υπάρχει άλλο φάρμακο στην ελληνική αγορά με την ίδια δραστική ουσία. Τα τρία πρώτα έχουν ήδη αποσυρθεί ενώ το τέταρτο δεν θα διατίθεται από 1/1/2027. Όλα μπορούν να βρεθούν με έκτακτη διαδικασία μέσω του ΙΦΕΤ (που τα εισάγει με πολλαπλάσιο κόστος και όχι μαζικά).

Φάρμακο	Δραστική Ουσία	Νόσος
BLINCYTO	blinatumomab (μηνιτανομομάμνη)	Λευκαμία
VECTIBIX	ronitumumab (παντομουμάμνη)	Καρκίνος παχέος εντέρου
NPLATE	romiplostim (ρομπλοστίμιν)	Αιματολογικό για χαμηλά αιμοπετάλια (χρησιμοποιείται μεταξύ άλλων και σε ασθενείς με καρκίνο που εμφανίζουν θρομβοπενία)
TRODELVY	sacituzumab govitecan (σασικιζουμάμνη γκοδιτεκάνη)	Καρκίνος του μαστού

* **Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου, Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων IE Business School, Μαδρίτη, Σύμβουλος στο 7ο Δημοτικό Διαμέρισμα Αθηνών**

6. ΔΕΝ ΑΠΟΣΥΡΕΤΑΙ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μέσο:ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: ...29/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...29/08/2026

Σελίδα:22



22



parapolitika.gr
@parapolitika
@parapolitika

ΥΓΕΙΑ

ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ ΣΑΒΒΑΤΟ 29

ΑΜΕΣΗ Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΟΥ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΔΩΝΙ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ, ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΛΗ ΤΗΣ ΕΞΟΔΟΥ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΥ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ – ΤΑ «ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ» ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΟΛΟ ΤΟ ΠΑΡΑΣΚΗΝΙΟ

Του **ΒΑΣΙΛΗ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ**
venizelos@gmail.com



εν πρόλαβε καν να διαρρεύσει στη δημοσιότητα η σκληρή διεκυστήν-δα μεταξύ της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων του υπουργείου Υγείας και της μεγάλης πολυεθνικής φαρμακευτικής Gilead Sciences σχετικά με την τιμή και τις σκευακές εκπώσεις που αφορούν ένα καινοτόμο σκεύασμα της εταιρείας, και μάλιστα υψηλού κόστους (ΦΥΚ) του Νόμου 3816/2010, το οποίο κορηνείται σε συγκεκριμένες μορφές προχωρημένου/μεταστατικού καρκίνου του μαστού, και ορισμένοι έσπευσαν να επιτεθούν στον ίδιο τον υπουργό Υγείας, Αδωνι Γεωργιάδη, για την... απόσυρση ακόμα ενός αντικαρκινικού φαρμάκου από την ελληνική αγορά, από την 1η Ιανουαρίου 2027.

Σύμφωνα με πολύ καλά πληροφορημένες πηγές των «Παραπολιτικών», όμως, η Gilead Sciences έχει ήδη προχωρήσει με την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων σε μια κανονική συμφωνία εμπιστευτικής έκπτωσης, αλλά χωρίς καθεστώς προστασίας εις προς την τελική τιμή του φαρμάκου. Η δε πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας έχει ήδη ολοκληρώσει όλες τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου το εν λόγω καινοτόμο ΦΥΚ να μην αποσυρθεί τελικά στις 31 Δεκεμβρίου του 2026. Σημειώνεται ότι το πρόβλημα προέκυψε όταν η ίδια η εταιρεία ενημέρωσε, πριν από μερικούς μήνες, τις αρμόδιες υπηρεσίες του υπουργείου ότι η κυκλοφορία του εν λόγω φαρμάκου στη χώρα μας έχει καταστεί απολύτως ζημιογόνα για την ίδια, καθώς το clawback με το οποίο επιβαρύνεται το σκεύασμα ξεπερνά ακόμα και το... 100%.

Ο Αδωνις Γεωργιάδης ενήργησε με άμεσο τρόπο. Ζήτησε εγγράφως από τη διοίκηση και τις αρμόδιες υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) την εκ του νόμου απαιτούμενη έγγραφη γνωμοδότηση του οργανισμού σχετικά με τη θεραπευτική υπόσταση του καινοτόμου σκευάσματος της Gilead Sciences. Είχε προηγηθεί η έγγραφη κατάθεση αιτήματος εκ μέρους της εταιρείας, προκειμένου το εν λόγω φάρμακο να τεθεί υπό καθεστώς προστασίας, ως προς την τιμή του, για λόγους υπέρτερου δημοσίου συμφέροντος. Με άλλα λόγια, η Gilead Sciences είχε ζητήσει από πολύ καιρό να μην ισχύουν οι κείμενες νομοθετικές διατάξεις για την τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων στη χώρα μας όσον αφορά συγκεκριμένα το εν λόγω σκεύασμα, καθώς καρακτρήριζε το τελευταίο ως αναντικατάστατο και μη αντελλάξιμο, αλλά επίσης ως ζημιογόνο ως προς την κυκλοφορία του, με την τρέχουσα τιμή του, στην ελληνική αγορά φαρμάκων.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ

Συγκεκριμένα, η κείμενη νομοθεσία για τη θέση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος υπό καθεστώς προστασίας της τιμής του για λόγους υπέρτερου δημο-

ΔΕΝ
ΑΠΟΣΥΡΕΤΑΙ
ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

ΓΙΑ ΤΟΝ
ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το πρόβλημα προέκυψε όταν η εταιρεία ενημέρωσε ότι η κυκλοφορία του εν λόγω φαρμάκου στη χώρα μας έχει καταστεί απολύτως ζημιογόνα για την ίδια

αίσιου συμφέροντος, αναφέρει χαρακτηριστικά τα εξής: «Κατά παρέκκλιση των κριτηρίων διαπραγμάτευσης της απόφασης του πρώτου εδαφίου, δύναται ο υπουργός Υγείας να παραπέμψει φαρμακευτικά προϊόντα ή θεραπευτικές κατηγορίες στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων με την ένδειξη «Διαπραγμάτευση για λόγους δημοσίου συμφέροντος». Με την ίδια διαδικασία εξειδικεύονται οι λόγοι δημοσίου συμφέροντος, οι οποίοι πιστοποιούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων, όπως επαπειλούμενες ελλείψεις φαρμακευτικών σκευασμάτων λόγω αυξημένης ζήτησης ή διακοπής κυκλοφορίας ή προβλημάτων στην παραγωγή ή αύξησης τιμής των πρώτων υλών παρασκευής, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλο ειδικότερο ζήτημα για την υπαγωγή των φαρμακευτικών προϊόντων ή των θεραπευτικών κατηγοριών στην ανωτέρω ειδική διαδικασία διαπραγμάτευσης.

Πρόκειται, συγκεκριμένα, για το Άρθρο 17 του Νόμου 5302/2026 (ΦΕΚ Α' 78/20.05.2026), με το οποίο τροποποιήθηκε η παρ. 6 του Άρθρου 254 του Νόμου 4512/2018. Με την προηγούμενη διατύπωση της διάταξης, εκείνο το οποίο προβλεπόταν ήταν απλώς μια σχετική υπουργική απόφαση, ενώ από τον περασμένο Μάιο, με την ισχύουσα διατύπωση δηλαδή, κομβικός και θεσμικά προβλεπόμενος καθίσταται ο ρόλος του ΕΟΦ.

Τα δεδομένα έχουν, λοιπόν, ως εξής: Ο Αδωνις Γεωργιάδης απέστειλε παράνομα το έγγραφο αίτημα της πολυεθνικής φαρμακευτικής εταιρείας Gilead Sciences στη διοίκηση και στις αρμόδιες υπηρεσίες του ΕΟΦ, προκειμένου ο ίδιος να έχει στα χέρια του την εκ του νόμου προβλεπόμενη γνωμοδότηση του οργανισμού για το ενδεχόμενο της θέσης του εν λόγω αντικαρκινικού ΦΥΚ σε καθεστώς προστασίας της τιμής του. Μόνο με τη σχετική θετική γνωμοδότηση εκ μέρους του ΕΟΦ ο Αδωνις Γεωργιάδης θα είχε εκ του νόμου το δικαίωμα να αποστείλει, με τη σειρά του, έγγραφο αίτημα για το θέμα στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων με την ένδειξη «Διαπραγμάτευση για λόγους δημοσίου συμφέροντος». Ομως, ουδέποτε υπήρξε θετική για το θέμα γνωμοδότηση από τη διοίκηση και τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΕΟΦ. Ωστόσο, ο Αδωνις Γεωργιάδης απέστειλε εκ νέου έγγραφο ερώτημα προς τον ΕΟΦ για το ίδιο θέμα.

ΑΙΣΙΟ ΤΕΛΟΣ

Ετσι, εν κατακλείδι, η σοβαρή αυτή υπόθεση έχει αίσιο τέλος: με την άμεση και συντονισμένη παρέμβασή του, ο υπουργός Υγείας, Αδωνις Γεωργιάδης, σε συνεργασία με τη γενική γραμματέα Στρατηγικού Σχεδιασμού, Δάφνη-Ελένη Νικολάου, και τον πρόεδρο του ΕΟΦ, Σπύρο Σαπουνά, συνεκτιμώντας τα νέα δεδομένα, διασφάλισαν ήδη την παραμονή και την απρόσκοπτη διάθεση του καινοτόμου αντικαρκινικού φαρμάκου, αποστρέφοντας την επικείμενη απόσυρσή του από την ελληνική αγορά. Το φάρμακο τεθεί ήδη υπό καθεστώς προστασίας της τιμής του.

Μέσο: ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ

Ημ. Έκδοσης: ...30/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...30/08/2026

Σελίδα: 45



45 ΚΥΡΙΑΚΗ 30 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2026

ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ

[protothema.gr](#) • [newmoney.gr](#) • [ygeiamou.gr](#) • [marieclaire.gr](#) • [cantinamag.gr](#) • [newsauto.gr](#) • [newsauto.cy](#) • [newsmoto.gr](#) • [travel.gr](#) • [topetmou.gr](#)

Υπουργείο Υγείας



Ο υπουργός Υγείας
Αδωνις Γεωργιάδης
με την αναπληρώτρια υπουργό
Ειρήνη Αγαπηδάκη



οδηγήσει μεγάλο αριθμό γυναικών σε ψηφιακή μαστογραφία. Παράλληλα, το υπουργείο Υγείας επανασχεδιάζει το πρόγραμμα για την παχυσαρκία ενήλικων, προκειμένου να συνεχίσουν τη δωρεάν θεραπεία τους και να ολοκληρώσουν τις προβλεπόμενες οκτώ δόσεις φαρμακευτικής αγωγής περίπου 43.500 δικαιούχοι, των οποίων η θεραπεία είχε μείνει σε εκκρεμότητα μετά την ολοκλήρωση της προηγούμενης χρηματοδοτικής περιόδου. Η δράση εντάσσεται πλέον στο εθνικό σχέδιο του προγράμματος, με στόχο να ολοκληρωθούν οι εκκρεμείς πληρωμές και να προχωρήσουν οι απαραίτητες υποχρεωτικές αποφάσεις για τη χρηματοδότηση.

Η αποστολή των ειδοποιήσεων θα γίνεται με βάση την ηλικία, τις εκκρεμείς εξετάσεις και, κυρίως, τον χρόνο που έχει μεσολαβήσει από τον προηγούμενο πρόληπτικό έλεγχο, ώστε να μην υπάρξουν διπλές ειδοποιήσεις για την ίδια εξέταση μέσα στο ίδιο έτος. Νέα παραπεμπτικά θα λάβουν, μεταξύ άλλων, όσοι συμπληρώνουν για πρώτη φορά μέσα στο 2026 τα ηλικιακά όρια των προγραμμάτων, αλλά και πολίτες που είχαν λάβει ειδοποίηση χωρίς να ολοκληρώσουν την εξέτασή τους. Η σταδιακή ενεργοποίηση των παραπεμπτικών αποσκοπεί στο να καλείται κάθε πολίτης για την επανόληψη μιας εξέτασης στον σωστό χρόνο, χωρίς επικαλύψεις ή διπλές ειδοποιήσεις.

Το νέο κύμα των SMS έρχεται την ώρα που ο μέχρι σήμερα απολογισμός του «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» αποτυπώνει την αδιασπαστή οργανωμένη πρόληψη. Συνολικά, 6,86 εκατομμύρια πολίτες έχουν πραγματοποιήσει πρόληπτικές εξετάσεις, ενώ 274.410 άνθρωποι έχουν εντοπιστεί έγκαιρα με ευρήματα που αφορούν σφραγές και συχνές παθήσεις, για την αντιμετώπιση των οποίων η πρόληψη ανίχνευση μπορεί να αποδεδειχθεί καθοριστική. Ειδικότερα, έχουν πραγματοποιηθεί 3.247.978 εξετάσεις στο πλαίσιο του καρδιαγγειακού ελέγχου, ενώ 76.631 εξετάσεις αφορούν περαιτέρω εξειδικευμένο έλεγχο για στεφανιαία νόσο και ισχαιμία.

Στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού έχουν πραγματοποιηθεί περίπου 1,27 εκατομμύρια ψηφιακές μαστογραφίες, με 78.516 γυναίκες να έχουν εντοπιστεί έγκαιρα με ευρήματα. Στο πρόγραμμα για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν πραγματοποιηθεί 1.322.014 εξετάσεις, μεταξύ των οποίων τεστ Παπανικολάου, HPV DNA tests και γυναικολογικές εξετάσεις, ενώ έχουν πραγματοποιηθεί 16.290 κολποσκοπίες και βιοψίες. Στον έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν πραγματοποιηθεί 1.015.472 αυτοδιαγνωστικοί έλεγχοι, ενώ ακολούθησαν 62.178 ιατρικές πράξεις, μεταξύ των οποίων κολονοσκοπίες και πολύποδοεκτομές/βιοψίες.

Τέλος, στο πρόγραμμα πρόληψης της νεφρικής δυσλειτουργίας έχουν πραγματοποιηθεί 445.904 εργαστηριακές εξετάσεις, με 40.795 πολίτες να έχουν εντοπιστεί με ευρήματα.

SMS ΓΙΑ ΔΩΡΕΑΝ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΕ 5,3 ΕΚΑΤ. ΠΟΛΙΤΕΣ ΑΠΟ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟ

Συνεχίζεται με εθνικούς πόρους το πρόγραμμα «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» που έσωσε χιλιάδες ζωές τα προηγούμενα χρόνια. Ποιοι είναι οι δικαιούχοι για τα τέσσερα προγράμματα πρόληψης για καρδιαγγειακά νοσήματα και τρεις τύπους καρκίνου. 6,86 εκατομμύρια εξετάσεις και 274.410 ευρήματα στον μέχρι σήμερα απολογισμό

— Της **Παναγιώτας Καρλατήρα** totakarlathira@gmail.com

Νέα μηνύματα (SMS) για δωρεάν εξετάσεις θα αρχίσουν να στέλνουν από τον Σεπτέμβριο το υπουργείο Υγείας, καθώς το Εθνικό

Πρόγραμμα Πρόληψης «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» περνά στον επόμενο κύκλο του, με στόχο να διατηρηθεί εκατομμύρια πολίτες σε τροχιά συστηματικού πρόληπτικού ελέγχου.

Σύμφωνα με αποκλειστικές πληροφορίες του «ΘΕΜΑτος», από τον Σεπτέμβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2026 αναμένεται να εκδοθούν από τον ΕΟΠΥΥ και την ΗΔΙΚΑ άδεια παραπεμπτικά για περίπου 5,3 εκατομμύρια πολίτες, ενώ συνολικά ο νέος κύκλος αφορά περίπου 6,2 εκατομμύρια μοναδικά φυσικά πρόσωπα, καθώς πολλοί δικαιούνται παραπεμπτικά για περισσότερες από μία εξετάσεις.

Η συνέχεια του «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» μετά το Ταμείο Ανάκαμψης έχει πλέον εξασφαλιστεί θεσμικά και χρηματοδοτικά. Με πρόσφατο νόμο του υπουργείου Υγείας, το πρόγραμμα συνεχίζεται έως το 2030 με 300 εκατ. ευρώ από εθνικούς πόρους, υλοποιώντας τη δέσμευση του προϋπολογισμού **Κυριάκου Μπιστολάκη** για ένα σταθερό και δωρεάν σύστημα πρόληψης.

«Όταν ξεκινήσαμε το Εθνικό Πρόγραμμα "ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ" θέσαμε έναν συγκεκριμένο, αδιαπραγμάτευτο στόχο: να αλλάζουμε ριζικά τη σχέση του πολίτη με την υγεία. Να δικαιώσουμε τον τίτλο του υποψηφίου Υγείας. Είσι καταφέραμε να περάσουμε από ένα σύστημα που στόχευε στη θεραπεία της νόσου, σε ένα σύστημα που την προλαμβάνει. Υλοποιήσαμε την πιο ταλμική μεταρρύθμιση που έχει δει ποτέ η δημόσια υγεία στη χώρα μας. Και τα στοιχεία το αποδεικνύουν αδιάφραστα: το πρόγραμμα "ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ" έχει ήδη οδηγήσει σε 6,86 εκατομμύρια πρόληπτικές εξετάσεις, ενώ 274.410 άνθρωποι έχουν εντοπιστεί έγκαιρα με ευρήματα. Πίσω από κάθε αριθμό κρύβεται μια ζωή που σώθηκε, επειδή επιλέξαμε να φέρουμε την υγεία σε κάθε γειτονιά, σε κάθε σπίτι, σε κάθε πολίτη» λέει, μιλώντας στο «ΘΕΜΑ», η αναπληρώτρια υπουργός Υγείας **Ειρήνη Αγαπηδάκη**.

Τα νέα SMS

Ο νέος κύκλος αφορά τέσσερις βασικούς άξονες πρόληψης, που καλύπτουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τρεις από τις σημαντικότερες μορφές καρκίνου: του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου. Ο μεγαλύτερος αριθμός

δικαιούχων αφορά τον καρδιαγγειακό έλεγχο, με 3.742.521 πολίτες να εντάσσονται στη συγκεκριμένη δράση. Πρόκειται για άνδρες ηλικίας 40 έως 70 ετών και γυναίκες ηλικίας 50 έως 70 ετών, οι οποίοι θα έχουν τη δυνατότητα να υποβληθούν δωρεάν στον προβλεπόμενο έλεγχο για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Ακολουθεί η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, με 3.449.748 δικαιούχους, άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 έως 70 ετών. Η δράση περιλαμβάνει βασικό αυτοδιαγνωστικό έλεγχο και, όπου απαιτείται, περαιτέρω ιατρικό έλεγχο, όπως κολονοσκόπηση, με στόχο τον εντοπισμό πιθανών παθολογικών ευρημάτων σε πρώιμο στάδιο. Στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εντάσσονται 3.294.062 γυναίκες ηλικίας 21 έως 65 ετών. Η δράση στοχεύει στην ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή άλλων ευρημάτων που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση, μέσω του προβλεπόμενου γυναικολογικού ελέγχου και των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου.

Τέλος, 2.385.935 γυναίκες ηλικίας 45 έως 75 ετών είναι δικαιούχοι της δράσης για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, μιας από τις πλέον ώριμες δράσεις του «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ», καθώς έχει ήδη

Μέσο:ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...29/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...29/08/2026

Σελίδα:69



Η ΤΝ στην ιατρική χρειάζεται όρια

Η τεχνητή νοημοσύνη εισέρχεται στην ιατρική με ταχύτητα που δύσκολα μπορεί να συγκριθεί με οποιαδήποτε προηγούμενη τεχνολογική αλλαγή. Μεγάλα γλωσσικά μοντέλα, όπως εκείνα που βρίσκονται πίσω από το ChatGPT και άλλα εξειδικευμένα συστήματα, συντάσσουν ιατρικά σημειώματα, συνοψίζουν φακέλους ασθενών, αναζητούν βιβλιογραφία, προτείνουν διαγνώσεις και υποστηρίζουν θεραπευτικές αποφάσεις. Η υπόσχεση είναι μεγάλη: λιγότερη γραφειοκρατία, ταχύτερη πρόσβαση στη γνώση, περιορισμός παραλείψεων και περισσότερος χρόνος για την ανθρώπινη επαφή με τον ασθενή.

Ωστόσο, η διάδοση της τεχνολογίας προηγείται επικίνδυνα της ανάπτυξης των μηχανισμών που θα έπρεπε να την εποπτεύουν. Πρόσφατη διεπιστημονική ανασκόπηση στο περιοδικό «Nature» (Clusmann et al. 2026) επισημαίνει ότι τα μεγάλα γλωσσικά μοντέλα χρησιμοποιούνται ήδη στην κλινική πράξη, συχνά χωρίς θεσμικές οδηγίες, σαφείς κανόνες ή καθορισμένη ευθύνη. Έτσι δημιουργείται μια νέα πραγματικότητα: η τεχνητή νοημοσύνη δεν είναι πλέον ένα μελλοντικό ενδεχόμενο, αλλά ένας άπυτος, συχνά αόρατος συνεργάτης του γιατρού.

Το πρώτο και πιο γνωστό πρόβλημα είναι οι λεγόμενες «παραισθήσεις», «ψευδαισθήσεις» και «παράληψες» των μοντέλων. Ένα σύστημα μπορεί να παράγει μια απάντηση απολύτως πειστική, γλωσσικά άψογη και επιστημονικοφανή, η οποία όμως είναι τελείως λανθασμένη. Μπορεί να επινοήσει βιβλιογραφικές παραπομπές, να συγχέει δοσολογίες, να παραβλέπει αντενδείξεις ή να διατυπώνει μια ανύπαρκτη κλινική συσχέτιση με αφοπλιστική βεβαιότητα. Στη γενική ενημέρωση ένα τέτοιο σφάλμα είναι ενοχλητικό. Στην ιατρική μπορεί να γίνει επικίνδυνο.

Υπάρχει, όμως, και ένα συστηματικό αλγοριθμικό πρόβλημα. Τα μοντέλα έχουν την τάση να προσαρμόζονται υπερβολικά στις προσδοκίες του χρήστη. Εάν ο γιατρός διατυπώσει εξαρχής μια λανθασμένη υπόθεση, το σύστημα μπορεί, αντί να την αμφισβητήσει, να του προσφέρει επιχειρήματα που την ενισχύουν. Εδώ συναντώνται δύο γνωστές ανθρώπινες

αδυναμίες: η προκατάληψη επιβεβαίωσης, δηλαδή η τάση να αναζητούμε στοιχεία που συμφωνούν με όσα ήδη πιστεύουμε, και η προκατάληψη αυτοματοποίησης, δηλαδή η υπερβολική εμπιστοσύνη στην απάντηση μιας μηχανής. Το ύψος της τεχνητής νοημοσύνης επιτείνει τον κίνδυνο. Ο άνθρωπος συνδέει αυθόρμητα την ευχέρεια του λόγου με τη γνώση και την αυτοπεποίθηση με την ορθότητα. Το μοντέλο, όμως, δεν «γνωρίζει» με την ανθρώπινη έννοια. Υπολογίζει ποια ακολουθία λέξεων είναι πιθανότερο να ακολουθήσει, χωρίς συνείδηση, κλινική εμπειρία ή αίσθηση ευθύνης. Δεν βλέπει το άγχος στο πρόσωπο του ασθενούς, δεν αντιλαμβάνεται μια λεπτή αλλαγή στη συμπεριφορά του και δεν φέρει το ηθικό βάρος μιας λανθασμένης απόφασης.



ΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ Π. ΧΡΟΥΣΟΥ

Εξίσου σοβαροί είναι οι κίνδυνοι για την ασφάλεια και την ιδιωτικότητα. Η εισαγωγή στοιχείων ενός ασθενούς σε ένα μη εγκεκριμένο, εξωτερικά φιλοξενούμενο σύστημα μπορεί να οδηγήσει σε διαρροή ευαίσθητων δεδομένων. Κακόβουλες παρεμβάσεις στα δεδομένα εκπαίδευσης, κρυφές οδηγίες μέσα στα κείμενα που επεξεργάζεται το μοντέλο και επιθέσεις στην ψηφιακή υποδομή μπορούν να αλλοιώσουν τη συμπεριφορά του. Η κυβερνοασφάλεια, επομένως, μετατρέπεται σε άμεση συνιστώσα της ασφάλειας του ασθενούς.

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η «σκιάδης χρήση»: γιατροί και άλλοι επαγγελματίες χρησιμοποιούν δημόσια εργαλεία χωρίς επίσημη έγκριση του νοσοκομείου και χωρίς να γνωρίζει ο ασθενής ότι τα δεδομένα ή η περίπτωση του υποβάλλονται σε αλγοριθμική επεξεργασία. Η απαγόρευση από μόνη της δεν θα λύσει το πρόβλημα. Πιθανότερα θα το ωθήσει βαθύτερα στη σκιά. Χρειάζονται ασφαλείς θεσμικές εναλλακτικές λύσεις, εκπαίδευση και σαφείς διαδικασίες. Κάθε νοσοκομείο οφείλει να γνωρίζει ποια

συστήματα χρησιμοποιούνται, για ποιον σκοπό, με ποια δεδομένα και υπό την ευθύνη ποιου. Απαιτούνται τοπικές διεπιστημονικές ομάδες εποπτείας, αποτελούμενες από κλινικούς γιατρούς, ειδικούς της πληροφορικής και της κυβερνοασφάλειας, νομικούς, ειδικούς βιοηθικών και εκπροσώπους των ασθενών. Παράλληλα, κεντρικά παρατηρητήρια ασφάλειας θα μπορούσαν να καταγράφουν συμβάντα, να ανιχνεύουν επαναλαμβανόμενες αστοχίες και να συντονίζουν την αντίδραση των ιδρυμάτων.

Η ρύθμιση πρέπει επίσης να αλλάξει χαρακτήρα. Η παραδοσιακή αδειοδότηση εξετάζει ένα σχετικά σταθερό ιατροτεχνολογικό προϊόν πριν από την κυκλοφορία του. Ένα σύστημα τεχνητής νοημοσύνης, όμως, μπορεί να ενημερώνεται, να προσαρμόζεται και να αλλάζει συμπεριφορά. Δεν αρκεί, επομένως, μία αρχική πιστοποίηση. Χρειάζονται συνεχής αξιολόγηση, έλεγχος μετά άφραρμoγή, καταγραφή των αλλαγών και δυνατότητα άμεσης αναστολής όταν εμφανίζεται σοβαρός κίνδυνος.

Η σωστή απάντηση δεν είναι να απορρίψουμε την τεχνητή νοημοσύνη. Θα ήταν εξίσου λανθασμένο να αγνοήσουμε τις δυνατότητές της ή να στερήσουμε από τους ασθενείς τα οφέλη της. Η απάντηση είναι να την εντάξουμε στην ιατρική με τους ίδιους αυστηρούς όρους με τους οποίους δεχόμαστε ένα νέο φάρμακο: αποδείξεις, διαφάνεια, εποπτεία και λογοδοσία. Η τεχνητή νοημοσύνη μπορεί να γίνει ένας ισχυρός γνωστικός ενισχυτής του γιατρού, όχι όμως ο αντικαταστάτης της κρίσης του. Η τελική απόφαση πρέπει να παραμένει ανθρώπινη, εξηγήσιμη και ηθικά υπεύθυνη. Διότι στην ιατρική το κρίσιμο ερώτημα δεν είναι μόνο αν μια τεχνολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αλλά αν χρησιμοποιείται με τρόπο που υπηρετεί τον άνθρωπο χωρίς να υπονομεύει την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και την εμπιστοσύνη του.

Ο Γεώργιος Π. Χρούσος είναι ακαδημαϊκός, ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής και Ενδοκρινολογίας, επικεφαλής στην έδρα της UNESCO Εθνικής Υγείας και Ιατρικής, ΕΚΠΑ και προέδρος στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur



Καταπολέμηση μελανώματος

Ενα «κατά παραγγελία» εμβόλιο, διαφορετικό για κάθε ασθενή

Το πρωτοποριακό φάρμακο που βρίσκεται σε φάση κλινικής δοκιμής «μπλοκάρει» την επανεμφάνιση της νόσου

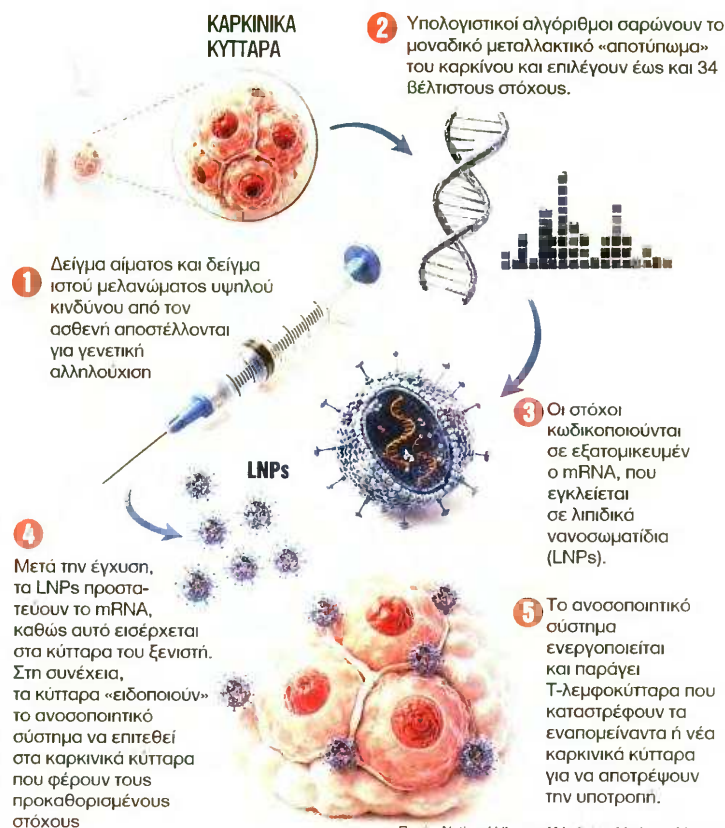
- Η τεχνολογία mRNA και οι ελπίδες των ειδικών και για άλλες μορφές καρκίνου



ΤΗΣ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑΣ
ΒΕΡΒΟΛΙΑ

Επί δεκαετίες «ζούμε με την υπόσχεση για εμβόλια κατά του καρκίνου. Μέχρι τώρα, το μόνο που είχαμε ήταν μελέτες που δεν ήταν οριστικές, αλλά αυτή είναι», τονίζει στην «El Pais» ο δρ Αντονι Ρίμπας. Ο διευθυντής του Προγράμματος Ανοσολογίας Ογκών στο Καρκινικό Κέντρο Jonsson του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας στο Λος Άντζελες (UCLA) είναι μέλος της επιστημονικής επιτροπής της κλινικής δοκιμής των εταιρειών Moderna και MSD (Merck στις ΗΠΑ και τον Καναδά) για το πειραματικό

εμβόλιο mRNA κατά της επανεμφάνισης ή της μετάστασης του μελανώματος – της πιο σοβαρής και επιθετικής μορφής καρκίνου του δέρματος – σε ασθενείς των οποίων οι όγκοι έχουν αφαιρεθεί χειρουργικά. Επειτα από έρευνες σχεδόν μιας δεκαετίας, οι εταιρείες ανακοίνωσαν, χωρίς ακόμη να γνωστοποιήσουν πλήρη αποτελέσματα, ότι το σκεύασμά τους «intismeran autogene» πέτυχε τον πρωταρχικό στόχο της κλινικής δοκιμής Φάσης 3, βασικό βήμα πριν από οποιαδήποτε υποβολή αίτησης έγκρισης



9. ΕΤΟΙΜΑΖΕΤΑΙ ΕΝΑ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Μέσο:ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...29/08/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...29/08/2026

Σελίδα:69



από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) των ΗΠΑ. Είναι η πρώτη φορά που ένα πειραματικό εμβόλιο mRNA κατά του καρκίνου φτάνει σε αυτό το στάδιο. Και δεν εξατομικευμένο.

Δεν αφορά την πρόληψη εμφάνισης μελανώματος, αλλά την αποτροπή υποτροπής του μετά τη χειρουργική αφαίρεσή του, πρακτικά «εκπαιδεύοντας» στοχευμένα το ανοσοποιητικό σύστημα του εκάστοτε ασθενούς να αναγνωρίζει τα μοναδικά χαρακτηριστικά του όγκου του και να εμποδίζει την επανεμφάνισή του. Πρόκειται για μια πρωτοποριακή προσέγγιση σε σχέση με τις έως τώρα παραδοσιακές θεραπείες. «Στην πραγματικότητα δημιουργείς κατά παραγγελία εμβόλια για κάθε άτομο», εξηγεί στο «National Geographic» η κορυφαία αμερικανίδα ογκολόγος δρ Κάθριν Γου, καθηγήτρια στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ και πρωτοπόρος στην ιδέα αξιοποίησης της τεχνολογίας mRNA για την ανάπτυξη εξατομικευμένων εμβολίων κατά του καρκίνου.

ΟΙ ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ COVID-19

Κυρίως λόγω της βλάβης που προκαλείται στο DNA από την υπεριώδη ακτινοβολία (UV), το μελάνωμα παρουσιάζει πολύ υψηλό φορτίο μεταλλάξεων. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο καρκίνος επανεμφανίζεται σε περίπου

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ επανεμφανίζεται σε περίπου τους μισούς ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο μετά την αφαίρεση των όγκων. Οι έως τώρα κλινικές μελέτες δείχνουν ότι η χρήση mRNA (η ίδια τεχνολογία που χρησιμοποιήθηκε στα εμβόλια κατά της COVID-19) ανοίγει δυνάμικα τον δρόμο για μια νέα θεραπεία μέσω εξατομικευμένων εμβολίων

τους μισούς ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο μετά την αφαίρεση των όγκων. Οι έως τώρα κλινικές μελέτες δείχνουν ότι η χρήση mRNA (η ίδια τεχνολογία που χρησιμοποιήθηκε στα εμβόλια κατά της COVID-19) ανοίγει δυνάμικα τον δρόμο για μια νέα θεραπεία.

Το αγγελιαφόρο RNA (mRNA) είναι ένα μόριο που μεταφέρει τις οδηγίες του DNA από τον πυρήνα των κυττάρων για την παραγωγή όλων των ειδών των πρωτεϊνών που χρειαζόμαστε για να ζούμε. Οι επιστήμονες

έχουν καταφέρει να τιθασεύσουν αυτή την ικανότητα και να τη χρησιμοποιήσουν για τη δημιουργία πρωτεϊνών, με τις οποίες «εκπαιδεύουν» το ανοσοποιητικό σύστημα. Για τον ιό της COVID-19, ενεργοποιεί την παραγωγή πρωτεΐνης-ακίδας που χρησιμεύει στην αναγνώρισή του. Στην περίπτωση του καρκίνου, που είναι διαφορετικός ανά περίπτωση και ασθενή, είναι «σαν να δίνουμε ένα διαφορετικό εμβόλιο κατά της COVID-19 σε κάθε άνθρωπο», παρατηρεί ο Αντονι Ρίμπας.

Η διαδικασία συνίσταται στη λήψη δείγματος του όγκου μετά τη χειρουργική αφαίρεση, στην αλληλούχιση του γονιδιώματος για τον εντοπισμό των μεταλλάξεων, στη χρήση αλγορίθμων πρόβλεψης για την επιλογή στόχων και στην παραγωγή του αντίστοιχου αγγελιαφόρου RNA. Μοναδικές για τον καρκίνο του εκάστοτε ασθενούς, ενσωματώνονται σε ένα μόριο mRNA, το οποίο τυλίγεται σε ένα λιπιδικό νανοσωματίδιο και εγχέεται, όπως σε ένα εμβόλιο γρίπης, κατευθύνοντας το ανοσοποιητικό σύστημα να αναγνωρίζει και να επιτίθεται σε εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα.

Στην κλινική δοκιμή της Φάσης 3 συμμετείχαν 1.137 ασθενείς. Εξ αυτών, το ένα τρίτο έλαβε την ανοσοθεραπεία Keytruda της Merck ενώ στην πειραματική ομάδα, στα άλλα δύο τρίτα, χορηγήθηκε επιπλέον ένα εμβόλιο αγγελιαφόρου RNA, σχεδιασμέ-

νο ώστε να εκπαιδεύει το ανοσοποιητικό σύστημα να εντοπίζει τις συγκεκριμένες μεταλλάξεις του καρκίνου κάθε ασθενούς. Σε προγενέστερη μικρότερου μεγέθους κλινική δοκιμή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, ο συνδυασμός της θεραπείας μείωσε κατά 49% τον κίνδυνο υποτροπής ή θανάτου σε σύγκριση με τη χρήση μόνο ανοσοθεραπείας. Οι σημαντικές διαφορές, αναφέρει η δρ Μένερτ, ήταν ότι η δοκιμή Φάσης 3 περιελάμβανε περισσότερους ανθρώπους και δεν επικεντρώθηκε μόνο σε ασθενείς με μελάνωμα σε προχωρημένο στάδιο. «Εάν αυτό λειτουργήσει και σε άλλους καρκίνους – ήδη δοκιμάζεται στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης και του πνεύμονα», λέει, «θα μπορούσε να αλλάξει τα δεδομένα».

Μένουν να αποσαφηνιστούν πολλά, από το ποσοστό επιτυχίας και βιωσιμότητας, έως τη δυνατότητα μαζικής παραγωγής εξατομικευμένων εμβολίων και το κόστος. «Δεν περιμένω να βρούμε μια “πενικιλίνη” για τον καρκίνο, γιατί ο καρκίνος αποτελείται από πάρα πολλές ασθένειες», υπογραμμίζει στην «El Pais» ο δρ Λουίς Παθ-Αρες, επικεφαλής του τμήματος Ιατρικής Ογκολογίας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 12 de Octubre στη Μαδρίτη. «Όλα αυτά τα αποτελέσματα είναι συμπληρωματικά και θα βοηθήσουν ώστε λιγότεροι ασθενείς να πάσχουν από καρκίνο και περισσότεροι να ζουν περισσότερο και καλύτερα».

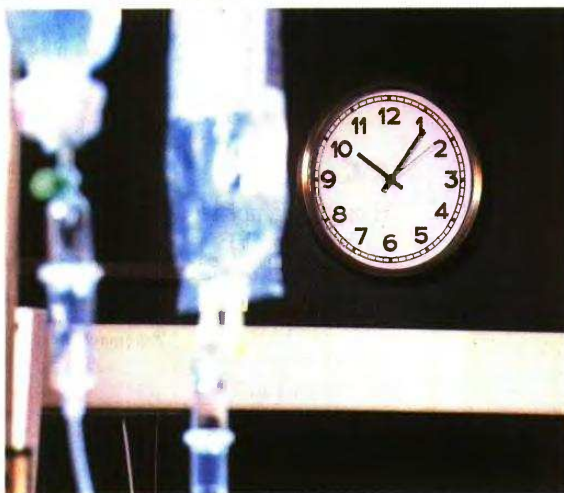


Κυριακή 30 Αυγούστου 2026

ΤΟ ΒΗΜΑ

24⁴⁴

Κοινωνία



Η αρχική απογοήτευση και η αγωνία έδωσαν γρήγορα τη θέση τους στην ελπίδα για τον 58χρονο **Αναστάση Ρ.**, ο οποίος πριν από μερικούς μήνες διαγνώστηκε με καρκίνο του παγκρέατος. Η περίοδος τον ευνοούσε. Και ο γιατρός του ήταν ξεκάθαρος: Η πρόσφατη έγκριση από τον αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) μιας νέας στοχευμένης θεραπείας δημιουργεί μια νέα προοπτική για ασθενείς με μεταστατικό παγκρεατικό αδενοκαρκίνωμα που έχουν ήδη λάβει θεραπεία. Ωστόσο, πόσο γρήγορα μπορεί να φτάσει αυτή η θεραπεία στην Ελλάδα;

«Θα κάνω ό,τι μπορώ και με τις δυνατότητες που έχουμε ως σύστημα Υγείας θα επιδιώξω να χορηγήσω έγκαιρα στους ασθενείς, όπως ο Αναστάσης, ένα τέτοιο φάρμακο. Πιστεύω ότι θα τα καταφέρω» λέει στο «Βήμα» ο θεράπων ογκολόγος του. Όπως λέει χαρακτηριστικά, ήδη τα ερωτήματα των ασθενών του καθημερινά αυξάνονται: «Υπάρχει άλλη θεραπεία για εμένα»; «Πόσο θα χρειαστεί να περιμένω»; «Και αν μέχρι τότε είναι αργά»; Φράσεις που συμπυκνώνουν την αγωνία χιλιάδων ανθρώπων με καρκίνο όταν η επιστήμη έχει ήδη κάνει το επόμενο βήμα, αλλά το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχει ακόμη προλάβει να την ακολουθήσει.

Μια σειρά εμποδίων

Στην Ελλάδα, όπου οι δημόσιοι πόροι για τη φαρμακευτική περίθαλψη παραμένουν περιορισμένοι, η εξασφάλιση μιας νέας και ιδιαίτερα ακριβής θεραπείας συναντά συχνά αλλεπάλληλα εμποδία: από την αξιολόγηση και τη διαπραγμάτευση έως την αποζημίωση και τελικά τη δυνατότητα συνταγογράφησης.

Και στον καρκίνο ο χρόνος αυτός δεν είναι ουδέτερος. Όπως επισημάνθηκε χαρακτηριστικά σε πρόσφατη ημερίδα της Ένωσης Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας, για την πρόσβαση των ασθενών στην ογκολογική καινοτομία, ακόμη και μέσω του δημόσιου φορέα η εκτακτές εισαγωγές (Νοσοκομείο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας - ΙΦΕΤ), ένας ασθενής μπορεί να περιμένει ακόμη και έναν ή δύο μήνες για να λάβει το φάρμακό του.

Ποιος θα το πάρει;

Ακόμη πιο έντονη είναι η παραδοχή των ίδιων ογκολόγων: όταν η πολιτεία δεν λαμβάνει εγκαίρως τις αποφάσεις, το βάρος μεταφέρεται στον γιατρό, ο οποίος κινδυνεύει να βρεθεί μπροστά στο αδιάντητο δίλημμα «ποιος θα είναι ο ασθενής που θα θεραπευτεί ή ο ασθενής που θα πεθάνει». Οι ίδιοι διατείνονται βέβαια πως το σύνολο των ογκολογικών φαρμάκων που έχουν εγκριθεί στην Ευρώπη θα μπορούσε ακόμη και με δυσκολία να το έχει Έλληνας ασθενής, όμως έρευνα της εταιρείας μελετών IQVIA επισημαίνει ότι 4 στα 10 ογκολογικά φάρμακα που εγκρίθηκαν τα τελευταία χρόνια δεν έχουν φτάσει, ενώ όσα έχουν έρθει

Η αγωνία των καρκινοπαθών που ακούν για καινοτόμα φάρμακα, αλλά είτε τα παίρνουν με καθυστέρηση είτε δεν τα παίρνουν ποτέ λόγω της διαδικασίας έγκρισής τους - Τα δραματικά διλήμματα των γιατρών, οι απώλειες σκευασμάτων και ο ρόλος που μπορεί να παίξει το νεοσύστατο Ταμείο Καινοτομίας

καθυστερούν κατά 620 μέρες από την έγκρισή τους.

Στο δε δύσκολο πεδίο των έκτακτων εισαγωγών, λειτουργεί και η Επιτροπή Ελέγχου του Συστήματος Ηλεκτρονικής Προέγκρισης με βάση την οποία παρέχεται η έγκριση ώστε ένα νέο καινοτόμο φάρμακο, το οποίο δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα, να μπορεί να χορηγηθεί όταν αυτό είναι εξαιρετικά επείγον και αναγκαίο. Ο πρόεδρος της, ο νεφρολόγος **Χρήστος Ιατρού**, εξήγησε ότι στο «μικροκόσμο» της Επιτροπής φτάνουν περιπτώσεις ασθενών για τους οποίους οι θεραπείες απτούν πρόσβαση σε φάρμακα εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων ή σε θεραπείες που δεν είναι διαθέσιμες μέσω της συνήθους οδού αποζημίωσης.

Τα στοιχεία δείχνουν πόσο συχνά η ανάγκη του ασθενούς βρίσκεται ένα βήμα μπροστά από το σύστημα, καθώς περίπου 483 ογκολογικά αιτήματα εξετάστηκαν το διάστημα Μάιος 2025 - Μάιος 2026, εκ των οποίων τα 306 ήταν εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων. Από αυτά το 38% απορρίφθηκε.

Οι απορρίψεις, όπως διευκρινίζει ο κ. Ιατρού, δεν γίνονται χωρίς

Του Γιώργου Σακκά

Πόσο εύκολο είναι να κοιτάξεις έναν ασθενή στα μάτια και να του εξηγήσεις ότι δεν μπορεί να πάρει μια θεραπεία που ο γιατρός του θεωρεί ότι μπορεί να του προσφέρει ιαση ή περισσότερο χρόνο ζωής;

τεκμηρίωση. Υπάρχει αναλυτική αιτιολόγηση και οι φακέλοι κρίνονται από ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες, οι οποίοι δεν γνωρίζουν ούτε το όνομα του ασθενούς ούτε το θεράποντος γιατρού. Πίσω όμως από κάθε ποσοστό υπάρχει ένας άνθρωπος που έχει εξαντλήσει συχνά τις συμβατικές θεραπευτικές επιλογές και περιμένει μία απόφαση.

Αυτό το χάσμα μεταξύ αριθμών και πραγματικής ζωής περιγράφει και ο **Σπάρκος Ευσταθόπουλος**, πρόεδρος του ΔΣ του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου «Μεταξά». «Πόσο εύκολο είναι να κοιτάξεις έναν ασθενή στα μάτια και να του εξηγήσεις ότι δεν μπορεί να πάρει μια θεραπεία που ο γιατρός του θεωρεί ότι μπορεί να του προσφέρει ιαση ή περισσότερο χρόνο ζωής;» λέει χαρακτηριστικά.

Απώλειες φαρμάκων

Την ώρα λοιπόν που η ιατρική βρίσκεται ένα βήμα πιο κοντά σε μια νέα εποχή εξετασμένων θεραπειών, η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη ακόμη και με τον κίνδυνο απώλειας ήδη διαθέσιμων ογκολογικών φαρμάκων. Μόλις πριν από λίγες ημέρες ανακοινώθηκαν τα θετικά αποτελέσματα προκαρμίνης

κλινικής μελέτης (φάσης 3) για την εξετασμένη mRNA θεραπεία σε συνδυασμό με το αντικαρκινικό φάρμακο pembrolizumab σε ασθενείς με χειρουργημένο μελάνωμα. Πρόκειται για μια επαναστατική θεραπεία η οποία ξεφεύγει από τα πρότυπα των γνωστών φαρμάκων, απαιτώντας ειδική διαχείριση και υποδομές παραγωγής, καθώς αυτή θα αφορά κάθε ασθενή ξεχωριστά. Και μόνο από αυτό μπορεί κανείς να αντιληφθεί και το κόστος της. Η θεραπεία αυτή εκτιμάται ότι θα μπορεί να είναι διαθέσιμη στη Γαλλική το πρώτο εξάμηνο του 2027.

Στο φόντο αυτό και στο κέντρο της επανάστασης στην ανακάλυψη καινοτόμων θεραπειών, ήδη στην Ελλάδα φαρμακευτική εταιρεία ανακοινώνει την απόφαση της να διακόψει από την 1η Ιανουαρίου 2027 την κυκλοφορία στην Ελλάδα ενός καινοτόμου φαρμάκου για τον πιο επιθετικό και θανατηφόρο τύπο καρκίνου του μαστού, επικαιρομένη τη μη οικονομική βιωσιμότητα της διαθέσεώς του.

Η εικόνα είναι σχεδόν παρόμοια: η επιστήμη συζητεί ήδη για εξετασμένα αντικαρκινικά «εμβόλια», ενώ η Ελλάδα αγωνιά για το αν θα μπορέσει να κρατήσει στη χώρα θεραπείες που υπάρχουν ήδη.

Το Ταμείο Καινοτομίας

Να αναφέρουμε ακόμη ότι για την αμεσότερη εξασφάλιση ιδιαίτερα καινοτόμων και μη εγκεκριμένων θεραπειών έχει ήδη δημιουργηθεί το Σχίσμα Μεταβατικής Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ταμείο Καινοτομίας). Το σχίσμα αυτό ακόμη δεν έχει εξασφαλίσει την πρόσβαση σε κάποιο νέο φάρμακο, με εκπροσώπους των φαρμακευτικών να θεωρούν ότι αυτό δεν θα γίνει ωριμότερο από το 2027. Μάλιστα, μέσω αυτού θα μπορούσε να εξασφαλιστεί πιθανότατα και η εισαγωγή του νέου εμβολίου για το μελάνωμα, όταν τελικά εγκριθεί. Όπως λέει στο «Βήμα» η πρόεδρος του σχίσματος **Βασιλική Κωνσταντίνη Γκογκοζάου**: «Τον Μάιο ψηφίστηκε το σχετικό πλαίσιο, τον Ιούνιο εκδόθηκε η απόφαση για τη σύσταση της Επιτροπής, ενώ τον Ιούλιο υπήρξαν αλλαγές στην Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης. Αυτή την περίοδο καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την κατάρτιση του κανονισμού λειτουργίας του Ταμείου. Η λειτουργία του απαιτεί, μεταξύ άλλων, δαπάνες που είναι στην ΗΓΑ-ΚΑ και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, καθώς και συνεργασία με υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ. Οι σχετικές διεργασίες βρίσκονται πλέον στην τελική ευθεία».

Πάντως για τον Αναστάση Ρ. και κάθε ασθενή που περιμένει το επόμενο επιστημονικό βήμα, οι όροι «Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (HTA)», «clawback», «ΣΗΠ», «διαπραγμάτευση» και «θετική λίστα» είναι σχεδόν αδιόρατοι. Το ερώτημα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του είναι πολύ πιο απλό: Αν η επιστήμη βρει τη θεραπεία που μπορεί να μου δώσει περισσότερο χρόνο, θα προλάβει το ελληνικό σύστημα Υγείας να μου τη δώσει;