

## 1. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΗΠΙΟΤΕΡΟΣ Ο ΦΕΤΙΝΟΣ ΧΕΙΜΩΝΑΣ

Μέσο: .....ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Ημ. Έκδοσης: ...10/10/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...10/10/2026

Σελίδα: .....7



# Ηπιότερες οι λοιμώξεις του αναπνευστικού φέτος

Της ΠΙΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ

**Ηπιότερη** δραστηριότητα των λοιμώξεων του αναπνευστικού σε σύγκριση με πέρυσι και επικράτηση της γρίπης A(H3) προαναγγέλλουν τα δεδομένα από την έως σήμερα επιτήρηση των ιώσεων στο νότιο ημισφαίριο, αναφέρει στο χθεσινό ενημερωτικό σημείωμα ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, το οποίο υπογράφουν οι Καλλιόπη Παπαδήμα, Κασσιανή Γκολφινούπουλου, Στέλλα Βορρέ και Αθηνά Κολόν.

Ωστόσο, όπως επισημαίνεται, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία υπήρξε καθυστερημένη έναρξη της εποχικής δραστηριότητας. Αυτή η μετατόπιση της κορύφωσης προς το τέλος της περιόδου επιτήρησης δείχνει ότι η δραστηριότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων διατηρεί τη δυναμική της, με ταυτόχρονη κυκλοφορία του RSV και της γρίπης A. Καταγράφεται επικράτηση του A(H3) - κλάδος K, με πολύ περιορισμένη παρουσία των A(H1N1) και B.

Ο ΕΟΔΥ επισημαίνει ότι ο κλάδος K, παρά την αυξημένη μεταδοτικότητα που ευνοεί την επικράτησή του, δεν φαίνεται

να συνδέεται με αυξημένη κλινική σοβαρότητα. Παράλληλα, στη Νότια Αμερική και στη Νότια Αφρική το χειμερινό κύμα παρουσίασε πιο τυπική εικόνα, βαίνοντας επί του παρόντος προς ομαλή αποκλιμάκωση. Στις γεωγραφικές αυτές περιοχές επικράτησε επίσης ο A(H3) - κλάδος K, ενώ υπήρξε σε μικρότερο βαθμό κυκλοφορία των A(H1N1) και B. Σημειώνεται ότι η δραστηριότητα του ιού της γρίπης στο νότιο ημισφαίριο είναι μία ένδειξη για το τι θα ακολουθήσει στο βόρειο, χωρίς να αποκλείεται να υπάρξει διαφοροποίηση.

Αυτή τη στιγμή στη χώρα μας δεν έχει ξεκινήσει η εποχική έξαρση της γρίπης, ωστόσο καταγράφονται μεμονωμένα περιστατικά από τα οποία έχει απομονωθεί γρίπη A(H3). Την περασμένη εβδομάδα δηλώθηκε ένα σοβαρό περιστατικό γρίπης με νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας. Ο ιός SARS-CoV2 που προκαλεί λοίμωξη COVID-19 επίσης κινείται σε χαμηλά επίπεδα. Την προηγούμενη εβδομάδα παρουσίασε μικρή αύξηση, με 20 νέες εισαγωγές σε νοσοκομείο και έναν θάνατο.

Οι ειδικοί του ΕΟΔΥ τονί-

ζουν ότι το σημαντικότερο μέτρο πρόληψης των λοιμώξεων είναι ο έγκαιρος εμβολιασμός, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Ειδικά για τη γρίπη ο εμβολιασμός συνιστάται να γίνεται από τα μέσα Οκτωβρίου έως το τέλος Νοεμβρίου. Φέτος στη χώρα μας κυκλοφορούν

**Τι δείχνουν τα δεδομένα από την επιτήρηση των ιώσεων στο νότιο ημισφαίριο – Επικράτηση του κλάδου K της γρίπης, που είναι μεταδοτικός, αλλά δεν φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη κλινική σοβαρότητα.**

έξι εμβόλια γρίπης. Οι πολίτες που το επιθυμούν μπορούν να κάνουν ταυτόχρονα με της γρίπης το επικαιροποιημένο εμβόλιο για την COVID-19. Ο αντιγριπικός εμβολιασμός συστήνεται σε άτομα 60 ετών και άνω, βρέφη και παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 5 ετών και ενήλικες και παιδιά

άνω των πέντε ετών με ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα (αναπνευστικού, καρδιαγγειακά, σακχαρώδη διαβήτη, ανοσοκαταστολή, μεσογειακή αναιμία, παθήσεις ήπατος, νεφρού, νευρολογικά νευρομυϊκά νοσήματα). Το εμβόλιο συστήνεται επίσης σε εγκύους, παχύσαρκα άτομα, όσους φροντίζουν ανθρώπους με υποκείμενο νόσημα ή ηλικιωμένους και εργαζόμενους σε μονάδες υγείας.

Ο καθηγητής Θεραπευτικής - Ογκολογίας - Αιματολογίας, διευθυντής της Θεραπευτικής Κλινικής ΕΚΠΑ στο νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» Θάνας Δημόπουλος συμβουλεύει για εμβολιασμό τους ασθενείς με νεοπλασίες. Μεταξύ άλλων ο καθηγητής αναφέρει ότι ο επίσιος αντιγριπικός εμβολιασμός συστήνεται για όλους τους ασθενείς, ειδικά σε όσους βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή ή/και έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών ή συμπαγούς οργάνου. Ειδικά για τους ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα συστήνεται η χορήγηση δύο δόσεων με ένα μήνα διαφορά και για ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων συστή-

νεται μία δόση 3-6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Σε ό,τι αφορά την COVID-19, συστήνεται ο αναμνηστικός εμβολιασμός με επικαιροποιημένο εμβόλιο τουλάχιστον τρεις μήνες μετά την τελευταία δόση ή από την τελευταία νόσηση, ειδικά σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω ή/και ανοσοκαταστολή.

Για τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων, συστήνεται σχήμα τριών δόσεων από τους 3-6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Και για το εμβόλιο του αναπνευστικού συγκυτιακού ιού (RSV), συστήνεται μία δόση σε άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω και σε άτομα ηλικίας 60-74 με αυξημένο κίνδυνο, όπως ανοσοκαταστολή (φαρμακευτική ή λόγω νόσου). Για τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων συστήνεται μία δόση μετά τους τρεις μήνες από τη μεταμόσχευση. Για τον πνευμονιόκοκκο συστήνεται μία δόση συζευγμένου εμβολίου PCV20. Αν έχει προηγηθεί εμβολιασμός με PCV13 και PPSV23, τότε ακολουθεί μία άπαξ δόση PCV20 τουλάχιστον πέντε χρόνια μετά την τελευταία δόση.

## 2. ΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΠΟΥ ΑΔΕΙΑΣΑΝ ΤΙΣ ΤΣΕΠΕΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ

Μέσο: . . . . . ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡ\_ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ

Ημ. Έκδοσης: . . . 11/10/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 11/10/2026

Σελίδα: . . . . . 1



### Τα προϊόντα που άδειασαν τις τσέπες των καταναλωτών

**Από το ρεύμα** και τη βενζίνη έως τον καφέ και το ενοίκιο, είκοσι είδη συγκεντρώνουν το 55% του καλαθιού του νοικοκυριού και καθορίζουν την πορεία της ακρίβειας. Στην κορυφή των αντιστοιχισμών της τελευταίας πενταετίας βρίσκονται το πετρέλαιο θέρμανσης, το μοσχάρι και ο ηλεκτρισμός. Ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή της ΕΛΣΤΑΤ καταγράφει κάθε μήνα τις τιμές εκατοντάδων αγαθών και υπηρεσιών. Το βάρος τους, όμως, στον προϋπολογισμό του μέσου νοικοκυριού κάθε άλλο παρά ισομερές είναι. Σύμφωνα με τις σταθμίσεις του 2026, μόλις είκοσι είδη απαρτίζουν το 55,25% του λεγόμενου καλαθιού. **Σελ. 7**



Του ΘΑΝΟΥ ΤΖΙΠΟΥ

Από το ρεύμα και τη βενζίνη ως τον καφέ και το ενοίκιο, είκοσι είδη συγκεντρώνουν το 55% του καλαθιού του νοικοκυριού και καθορίζουν την πορεία της ακρίβειας. Στην κορυφή των ανατιμήσεων της τελευταίας πενταετίας βρίσκονται το πετρέλαιο θέρμανσης, το μοσχάρι και ο ηλεκτρισμός. Ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή της ΕΛΣΤΑΤ καταγράφει κάθε μήνα τις τιμές εκατοντάδων αγαθών και υπηρεσιών, από το ρύζι και το αλεύρι μέχρι την ασφάλιση κατοικίας. Το βάρος τους, όμως, στον προϋπολογισμό του μέσου νοικοκυριού κάθε άλλο παρά ισομερές είναι. Σύμφωνα με τις σταθμίσεις του 2026, μόλις 20 είδη απαρτίζουν το 55,25% του λεγόμενου καλαθιού. Ο, τι συμβαίνει στις τιμές τους εξηγεί, κατά συνέπεια, περισσότερο από τον μισό πληθωρισμό που μετράει η χώρα.

Η λογική είναι απλή: κάθε είδος μετράει στον δείκτη ανάλογα με το μερίδιο που καταλαμβάνει στις πραγματικές δαπάνες των νοικοκυριών, όπως αυτές προκύπτουν από την Ερευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών και τους εθνικούς λογαριασμούς.

**Εστίαση, βενζίνη, ενοίκια και ηλεκτρισμός αποτελούν το 22% των δαπανών των νοικοκυριών.**

Μια αύξηση 10% στο ρεύμα, για παράδειγμα, βαραίνει τον πληθωρισμό σχεδόν τρεις φορές περισσότερο από μια ίδια αύξηση στα τυριά.

Η συγκέντρωση είναι ακόμη πιο έντονη στην κορυφή της λίστας. Εστιατόρια και καφετέριες (8,38%), βενζίνη (4,69%), ενοίκια κύριας κατοικίας (4,66%) και ηλεκτρισμός (4,27%) αθροίζουν μόνα τους το 22% των δαπανών. Τα τρία από αυτά –καύσιμα, ρεύμα, στέγη– είναι έξοδα που δύσκολα περικόπτονται, ενώ η εστίαση αποτυπώνει τη θέση που έχουν ο καφές και το φαγητό έξω στην καθημερινότητα των Ελλήνων.

• **Ενέργεια, φαγητό, στέγη.** Αν τα 20 είδη ομαδοποιηθούν, η εικόνα γίνεται σαφέστερη. Η εστίαση, μαζί με το πρόχειρο φαγητό, ζυγίζει 11,4%. Η ενέργεια –βενζίνη, ηλεκτρισμός και πετρέλαιο θέρμανσης– 10,5%. Πέντε βασικά τρόφιμα (λαχανικά, ψωμί, μοσχάρι, φρούτα, τυριά) περίπου 10,1%. Ακολουθούν η υγεία (φάρμακα, νοσοκομεία) με 5,2%, το ενοίκιο με 4,7%, η ένδυση με 4% και οι τηλεπικοινωνίες με 3,7%. Στη λίστα βρίσκονται επίσης τα καινούργια αυτοκίνητα, τα προϊόντα προσωπικής υγιεινής και τα τσιγάρα.

Η σύγκριση των τιμών του Σεπτεμβρίου 2026 με τον Σεπτέμβριο του 2021 αναδεικνύει πέντε είδη που ξεχωρίζουν.

## Τα προϊόντα που άδειασαν τις τσέπες των καταναλωτών

Οι τιμές του πετρελαίου θέρμανσης, του μοσχαριού και του ηλεκτρικού ρεύματος αυξήθηκαν την τελευταία πενταετία κατά 85,8%, 76,4% και 58,8% αντίστοιχα

**Τα 20 είδη με τη μεγαλύτερη βαρύτητα στον πληθωρισμό**

• Σεπτέμβριος 2026 έναντι Σεπτεμβρίου 2021

|                                       | ΣΤΑΘΜΙΣΗ<br>ΣΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ<br>2026 | ΜΕΤΑΒΟΛΗ<br>ΣΕΤΙΑΣ* |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| 1. Εστίαση (εστιατόρια, καφετέριες)   | 8,4%                            | 33,7%               |
| 2. Βενζίνη                            | 4,7%                            | 27,1%               |
| 3. Ενοίκια κύριας κατοικίας           | 4,7%                            | 31,8%               |
| 4. Ηλεκτρισμός                        | 4,3%                            | 58,8%               |
| 5. Πρόχειρο φαγητό (μν σεβριζόμενο)   | 3,0%                            | 39,2%               |
| 6. Φαρμακευτικά προϊόντα              | 2,8%                            | 21,1%               |
| 7. Λαχανικά                           | 2,8%                            | 23,2%               |
| 8. Προϊόντα προσωπικής υγιεινής       | 2,5%                            | 3,4%                |
| 9. Νοσοκομεία και κλινικές            | 2,4%                            | 7,9%                |
| 10. Γυναικεία και κοριτσάκια ενδύματα | 2,2%                            | 25,9%               |
| 11. Ψωμί και προϊόντα αρτοποιίας      | 2,1%                            | 30,8%               |
| 12. Μοσχάρι                           | 2,1%                            | 76,4%               |
| 13. Υπηρεσίες κινητής τηλεφωνίας      | 2,0%                            | -5,2%               |
| 14. Καινούργια αυτοκίνητα             | 1,9%                            | 22,2%               |
| 15. Ανδρικά και αγορίστικα ενδύματα   | 1,8%                            | 19,8%               |
| 16. Πακέτα τηλεφωνικών υπηρεσιών      | 1,7%                            | -9,2%               |
| 17. Φρούτα                            | 1,6%                            | 12,5%               |
| 18. Πετρέλαιο θέρμανσης               | 1,5%                            | 85,8%               |
| 19. Τυριά                             | 1,5%                            | 42,6%               |
| 20. Τσιγάρα                           | 1,4%                            | 2,3%                |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                         | <b>55,25%</b>                   |                     |

ΠΗΓΗ:  
ΕΛΣΤΑΤ

Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

Πρώτο το πετρέλαιο θέρμανσης, με σωρευτικά άνοδο 85,8% –μέσο ρυθμό 13,2% τον χρόνο– και αύξηση 53,2% μόνο τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Δεύτερο το μοσχάρι, ακριβότερο κατά 76,4% σε πέντε χρόνια, με άνοδο 12,3% την τελευταία χρονιά. Τρίτος ο ηλεκτρισμός, +58,8%, που μόνο μέσα στον τελευταίο

χρόνο ακρίβυνε κατά 15%. Ακολουθούν τα τυριά (+42,6%) και το πρόχειρο φαγητό (+39,2%). Αμέσως μετά έρχεται μια ομάδα ειδών που ανεβαίνουν λιγότερο θεαματικά αλλά σταθερά: εστιατόρια και καφετέριες (+33,7%), ενοίκια (+31,8%), ψωμί (+30,8%) και βενζίνη (+27,1%).

Η εστίαση και το ενοίκιο έχουν ιδιαίτερη σημασία, επειδή συνδυάζουν μεγάλη στάθμιση με επίμονη άνοδο: και τα δύο κινήθηκαν πάνω από 5,5% τον χρόνο κατά μέσον όρο την πενταετία, και σχεδόν με τον ίδιο ρυθμό (5,8% και 5,9%) τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Πρόκειται για τον λεγόμενο «κολλώδη»

πληθωρισμό των υπηρεσιών, που δεν υποχωρεί εύκολα ακόμη κι όταν αποκλιμακώνονται οι διεθνείς τιμές ενέργειας.

Αν σταθμιστεί η άνοδος κάθε είδους με το βάρος του στο καλαθί του 2026, η εστίαση και ο ηλεκτρισμός εξηγούν από κοινού περίπου το ένα τρίτο της συνολικής ανατίμησης των 20 ειδών την τελευταία πενταετία. Ακολουθούν, σε απόσταση, το μοσχάρι, τα ενοίκια και το πετρέλαιο θέρμανσης. Αντίθετα, είδη με μικρή στάθμιση, όπως τα τσιγάρα ή τα προϊόντα προσωπικής υγιεινής, σχεδόν δεν επηρέασαν το αποτέλεσμα.

• **Τα είδη που φρενάρουν.** Στον αντίποδα, οι τηλεπικοινωνίες είναι η μοναδική κατηγορία με χαμηλότερες τιμές σε σχέση με το 2021: τα πακέτα τηλεφωνικών υπηρεσιών υποχώρησαν κατά 9,2% και η κινητή τηλεφωνία κατά 5,2%. Ηπια άνοδο κατέγραψαν τα τσιγάρα (+2,3%), τα προϊόντα προσωπικής υγιεινής (+3,4%) και οι υπηρεσίες νοσοκομείων και κλινικών (+7,9%). Τα φρούτα, παρότι ακρίβυναν κατά 12,5% σε βάθος πενταετίας, είναι φέτος 8% φθηνότερα σε ετήσια βάση. Οι τηλεπικοινωνίες λειτουργούν έτσι ως ένα από τα ελάχιστα

**Τον Σεπτέμβριο ο γενικός δείκτης τιμών καταναλωτή βρισκόταν 28,2% πάνω από τον μέσο όρο του 2020.**

αντίβαρα σε μια περίοδο γενικευμένων πιέσεων.

**Τι σημαίνει για το νοικοκυριό**

Τον Σεπτέμβριο του 2026 ο γενικός δείκτης τιμών καταναλωτή βρισκόταν 28,2% πάνω από τον μέσο όρο του 2020, με τον ετήσιο πληθωρισμό να σκαρφάζεται στο 5%. Πίσω από τον μέσο όρο, ωστόσο, κρύβονται πολύ διαφορετικές επιπλοκές. Ένα νοικοκυριό που μένει στο ενοίκιο, θερμαίνεται με πετρέλαιο και μετακινείται με αυτοκίνητο έχει δει το κόστος ζωής του να αυξάνεται πολύ ταχύτερα από ό, τι δείχνει ο επίσημος δείκτης. Αντίθετα, όσοι φοβούνται αναλογικά περισσότερα σε ένδυση, τηλεπικοινωνίες ή προσωπική φροντίδα έχουν αισθανθεί μικρότερη πίεση. Και δεν είναι μόνο θέμα καταναλωτικών προτιμήσεων αλλά και εισοδηματικής κατάστασης. Τα προϊόντα στην κορυφή της λίστας χαρακτηρίζονται και από μεγαλύτερη «ανελαστικότητα». Δηλαδή, δεν είναι δυνατόν να περιοριστεί εύκολα η κατανάλωση σε βενζίνη, ηλεκτρική ενέργεια και φάρμακα. Αυτό σημαίνει επομένως ότι τα νοικοκυριά με τα χαμηλότερα εισοδήματα είναι σαφώς πιο εκτεθειμένα σε μια πληθωριστική κρίση η οποία «κτυπά» κυρίως τα αγαθά και τις υπηρεσίες με τη μεγαλύτερη βαρύτητα στο καλαθί του νοικοκυριού.



# Η επίκληση της πολιτικής σταθερότητας και το 25%

Τα σενάρια των πολιτικών εξελίξεων «άνοιξε» ο Κυριάκος Μητσοτάκης

Με την τελευταία του συνέντευξη όπου έβαλε τον πήχη της παραμονής του στην ηγεσία της Ν.Δ. στο 25%, ο Κυριάκος Μητσοτάκης άνοιξε μόνος του όλη την ατζέντα των πολιτικών εξελίξεων και των σεναρίων, πριν αλλά κυρίως μετά τις εκλογές.

Του Σπύρου Γκουτζάνη  
sgkoutzanis@naftemporiki.gr

**ΑΝ ΚΑΙ Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ** δημοσίως εμφανίστηκε μετριοπαθής και αρνήθηκε το δίλημμα «Μητσοτάκης ή χάος», υπαινικτικά το διατηρεί και το επαναφέρει σε κάθε ευκαιρία μέσα από το αφήγημα της πολιτικής σταθερότητας. Είναι χαρακτηριστική η χθεσινή του ανάρτηση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, όπου αναφέρει επικαλούμενος τις υπεραισιόδοξες προβλέψεις για την ανάπτυξη της οικονομίας στο 2,3% για το 2027: «Έχουμε καταφέρει πολλά τα τελευταία χρόνια. Και ακριβώς γι' αυτό έχουμε ευθύνη να μη χάσουμε τον δρόμο, αλλά να συνεχίσουμε με την ίδια σοβαρότητα».

Παράλληλα, κάνει εκτενή αναφορά στα αποτελέσματα και στη σημασία της επίσκεψης Ρούμπιο, επαναλαμβάνοντας: «Η Ελλάδα εδραιώνει τη θέση της ως πλώνας σταθερότητας σε μια ασταθή περιοχή και ως αξιόπιστος εταίρος, αλλά και ως γέφυρα συνεργασίας ανάμεσα στην Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Μέση Ανατολή και τις χώρες του αραβικού κόσμου και του Κόλπου». Δεν χρειάζεται ρητή υπογράμμιση ότι με αλλαγή κυβέρνησης αυτά αμφισβητούνται.

Η αναφορά στο 25% συνεχίζει να προκαλεί κυματισμούς στο εσωτερικό της Ν.Δ. αλλά και στο πολιτικό σύστημα.

Είναι χαρακτηριστική η ανακοίνωση του ΠΑΣΟΚ για τη χθεσινή του ανάρτηση: «Η χώρα δεν χρειάζεται πρωθυπουργό της παρακμής που ζητά 25% για να διαπραγματευτεί με τους βαρόνους της Ν.Δ. Ο πρωθυπουργός είναι πλέον και κατά δική του ομολογία σε τροχιά αποχώρησης. Το 2023 ζητούσε αυτοδυναμία, προχθές ζήτησε 25% για να παραμείνει πρόεδρος της Νέας Δημοκρατίας.



Το αφήγημα της πολιτικής σταθερότητας χρησιμοποιεί συχνά ο Κυριάκος Μητσοτάκης στις αναρτήσεις και τις ομιλίες του.

Νομίζει πως θα βάλει ο ίδιος πήχη για τον εαυτό του». Κυρίως όμως το 25% τροφοδοτεί τη σεναριολογία και ενισχύει το εσωκομματικό παιχνίδι των στελεχών, που και χωρίς αυτό έκαναν τις κινήσεις τους εν όψει της επόμενης μέρας. Νίκος Δένδιας, Κωστής Χατζηδάκης, Άδωνις Γεωργιάδης, Βασίλης Κικίλιας, Κυριάκος Πιερρακάκης παίρνουν θέση για το θεωρητικό ενδεχόμενο εάν και εφόσον αποχωρήσει, αφού κανείς δεν αμφι-

■ **Η αναφορά στο 25% συνεχίζει να προκαλεί κυματισμούς στο εσωτερικό της Ν.Δ., αλλά και στο πολιτικό σύστημα.**

σβητεί δημοσίως ή παρασκηνιακά τον Κυριάκο Μητσοτάκη.

Σύμφωνα με μία εκτίμηση, ο Κυριάκος Μητσοτάκης με την αναφορά στο 25% χαμηλώνει τον πήχη για να περάσει από πάνω και στέλνει το μήνυμα ότι με αυτό το ποσοστό δεν τίθεται θέμα αποχώρησης. Στη ΔΕΘ η αντίστοιχη ερώτηση που είχε δεχθεί ήταν για το τι θα πράξει στην περίπτωση που πέσει κάτω από το ποσοστό των ευρωεκλογών. Όπως τυχαίως το 25% είναι το ποσοστό που του δίνουν οι δημοσκοπήσεις στην πρόθεση ψήφου. Για την ακρίβεια από 23,8% μέχρι 26%, ανά-

λογα με τη μέτρηση. Το 28% των ευρωεκλογών αντανakλά σε απόλυτο αριθμό 1.100.000 ψήφους. Ακόμη και αν κρατήσει τους ψηφοφόρους και τους αυξήσει κατά 1 και πάλι σε ποσοστό θα μειωθεί λόγω της συμμετοχής.

## Μετεκλογικά σενάρια

Όπως και να 'χει, ανοίγει η σχετική συζήτηση με συγκεκριμένα ερωτήματα: Στην περίπτωση που προκύπτει δυνατότητα σχηματισμού κυβέρνησης π.χ. Ν.Δ., ΠΑ.ΣΟΚ, Σαμαράς, ποιος θα κάνει τις συζητήσεις; Ήδη στο θεωρητικό αυτό ενδεχόμενο προβάλλεται ότι ο προτεινόμενος πρωθυπουργός δεν θα είναι από τη Ν.Δ. Στα πολιτικά και δημοσιογραφικά παρασκηνία κυκλοφορούν τα ονόματα του Κώστα Καραμανλή και του Ευάγγελου Βενιζέλου. Εάν πάλι οδηγηθεί η χώρα σε επαναληπτικές εκλογές, θα υπάρξουν ταχείες διαδικασίες αλλαγής αρχηγού στη Ν.Δ.; Και στην περίπτωση που οριστούν καλώς, εάν όμως υπάρξει διαφωνία θα πάει σε εκλογές δικασμένη.

Το 25% μπορεί να είναι και μία έκκληση προς τους δικούς του εντός και εκτός κόμματος για ισχυρή υποστήριξη και κινητοποίηση προκειμένου να διατηρήσει την ηγεσία ή, από την άλλη, να ενισχύει την αποστασιοποίηση ψηφοφόρων και στελεχών που θέλουν μεν να παραμείνουν στη Ν.Δ. αλλά δίχως τον Κυριάκο Μητσοτάκη. [SID: 26055611]



**Το 28% των ευρωεκλογών αντανakλά σε απόλυτο αριθμό 1.100.000 ψήφους.**

Μέσο: .....ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ

Ημ. Έκδοσης: ...12/10/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...12/10/2026

Σελίδα: .....8



## ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ | ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



Όσοι εργαζόμενοι έχουν τον ρόλο του διευθυντικού στελέχους εξαιρούνται από την υποχρέωση χρήσης ψηφιακής κάρτας

## «Πρεμιέρα» ψηφιακής κάρτας εργασίας σε πέντε κλάδους

Οδηγίες σε εργοδότες και εργαζομένους - Νέα διεύρυνση τον Νοέμβριο

**Νέος κύκλος διεύρυνσης χρήσης της ψηφιακής κάρτας εργασίας αρχίζει από σήμερα 12 Οκτωβρίου, με τη συμμετοχή, μεταξύ άλλων, επιχειρήσεων από τον κλάδο υγείας, τις τηλεπικοινωνίες και το Διαδίκτυο.**

Του Βασίλη Αγγελόπουλου  
vaggelopoulos@nafteporiki.gr

**ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ** επέκταση, είναι τέτοια η φύση των διάφορων επαγγελματιών που, σε αρκετές περιπτώσεις, οι εργαζόμενοι απασχολούνται εκτός των εγκαταστάσεων της επιχείρησης όπου εργάζονται. Έτσι, στην ερμηνευτική εγκύκλιο του υπουργείου Εργασίας, υπάρχουν καταγεγραμμένες εξαιρέσεις. Εκεί, η μη σήμανση της κάρτας θα μπορεί να θεωρείται δικαιολογημένη, χωρίς να επιβάλλονται κυρώσεις. Απαραίτητη προϋπόθεση, όμως, είναι η επιχείρηση να έχει δηλώσει το προβλεπόμενο ωράριο εργασίας γι' αυτούς τους εργαζομένους που απασχολούνται εκτός των εγκαταστάσεων της, στο σύστημα «Εργάνη II». Εν συνεχεία, θα πρέπει να αποδεικνύεται, σε περίπτωση ελέγχου από την Επιθεώρηση Εργασίας, ότι η απασχόληση από τον συγκεκριμένο εργαζόμενο παρέχεται εκτός έδρας. Στη σχετική εγκύκλιο, επισημαίνεται ότι διατηρείται το δικαίωμα της ευέλικτης προσέλευσης στον χώρο εργασίας, έως 120 λεπτά ημερησίως. Πρόκειται για συμφωνία που μπορεί να επέλθει ανάμεσα στον εργοδότη και στον εργαζόμενο.

Οι κλάδοι στους οποίους θα εκκινήσει επίσημα η ψηφιακή κάρτα από σήμερα είναι οι εξής:

- Δραστηριότητες ανθρώπινης υγείας (νοσοκομεία, θεραπευτικά και διαγνωστικά κέντρα), εξαιρουμένων των γιατρών.
- Δραστηριότητες υποστήριξης απασχόλησης.
- Τηλεπικοινωνίες.
- Επιμέρους υπηρεσίες, όπως κομμωτήρια, κέντρα αισθητικής και καθαριστήρια.
- Δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών σε κτίρια και εξωτερικούς χώρους, κυρίως υπηρεσίες καθαρισμού.

Υπάρχει, όμως, και μία ακό-



ΕΥΡΩΚΙΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΝΤΑΝΙΝΙΣ

Διατηρείται το δικαίωμα συμφωνίας ανάμεσα στον εργοδότη και στον εργαζόμενο για ευέλικτη προσέλευση στον χώρο εργασίας, έως 120 λεπτά ημερησίως.

### Πρόστιμα για τους παραβάτες

**ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ** Εργασίας διευκρινίζει ότι η εκκίνηση της διαδικασίας επέκτασης της ψηφιακής κάρτας εργασίας προβλέπει διοικητικές κυρώσεις και πρόστιμα για τις επιχειρήσεις που θα εντοπιστούν να παραβιάζουν τη διαδικασία. Άλλωστε, έχει προηγηθεί τετράμηνη πιλοτική επέκταση της ψηφιακής κάρτας στους ανωτέρω κλάδους, έτσι ώστε να μπορέσουν οι επιχειρήσεις να προετοιμαστούν κατάλληλα.

μη, β' φάση επέκτασης της ψηφιακής κάρτας, που πρόκειται να εκκινήσει στις 16 Νοεμβρίου. Εκεί εντάσσονται οι εξής κλάδοι:

- Συμβουλευτικές υπηρεσίες, διαφήμιση και λοιπές δραστηριότητες γραφείου.
- Επισκευές.
- Αποθήκευση και υποστηρικτικές προς τη μεταφορά δραστηριότητες (logistics).
- Διαχείριση νερού και λυμάτων.
- Τυχερά παίγνια.

### Εξαιρέσεις

Οι εξαιρέσεις που ισχύουν για τους νέους κλάδους που εντάσσονται στην ψηφιακή κάρτα, ανεξάρτητα εάν βρίσκονται στην α' φάση επέκτασης (12 Οκτωβρίου) ή στη β' φάση (16 Νοεμβρίου), έχουν ως εξής:

- Τηλεπικοινωνίες και υπηρεσίες πληροφορικής: Εξαιρούνται από τη χρήση ψηφιακής κάρτας όσοι εργάζονται εκτός εγκαταστάσεων και είναι τεχνικοί πεδίου.
- Επιχειρήσεις καθαρισμού και παροχής υπηρεσιών σε κτίρια: Η χρήση ψηφιακής κάρ-

τας πραγματοποιείται στον χώρο όπου παρέχεται η υπηρεσία. Το ίδιο ισχύει ακόμα κι αν αυτός ο χώρος βρίσκεται στις εγκαταστάσεις πελάτη της επιχείρησης.

- Υγεία: Ειδικό καθεστώς χρήσης της ψηφιακής κάρτας θα έχουν οι διασώστες, οι τραυματιοφορείς και τα πληρώματα των ασθενοφόρων. Εξαιρούνται από τη χρήση της ψηφιακής κάρτας οι ιατροί και οι οδοντίατροι.

- Logistics, διαχείριση υδάτων, λυμάτων και αποβλήτων: Όσοι εργαζόμενοι μετακινούνται διαρκώς εκτός εγκαταστάσεων, έχουν υποχρέωση χρήσης ψηφιακής κάρτας μόνο για τη χρονική περίοδο που βρίσκονται εντός της επιχείρησης για την οποία εργάζονται.

- Διαφήμιση, δημόσιες σχέσεις, έρευνα αγοράς, διοργάνωση εκδηλώσεων και συνεδρίων: Απαλλάσσονται από τη χρήση ψηφιακής κάρτας οι εργαζόμενοι που απασχολούνται σε εξωτερικές δράσεις.

- Διευθυντικά στελέχη: Εξαιρούνται από την υποχρέωση χρήσης ψηφιακής κάρτας.



**Στις 16 Νοεμβρίου** θα πραγματοποιηθεί η επόμενη φάση διεύρυνσης της ψηφιακής κάρτας εργασίας.

[ΣΤΔ:260493049]



Μέσο: .....ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ

Ημ. Έκδοσης: ...10/10/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...10/10/2026

Σελίδα: .....8

8 / 8 | ΣΑΒΒΑΤΟ 10 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2026

Η ΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ

# THE SOCIETY



Του  
Αρη  
Αγγελί

PhD Πρόεδρος  
της Επιτροπής  
Αξιολόγησης  
και Αποζημιώ-  
σης Φαρμάκων  
Ανθρώπινης  
Υγείας, υποур-  
γείο Υγείας

**Η ΒΙΩΣΙΜΗ** πρόσβαση σε νέες θεραπείες και γενικότερα καινούργιες τεχνολογίες υγείας εξαρτάται από το πόσο αποτελεσματικά συνδέουμε τη δημόσια χρηματοδότηση με το όφελος για τους ασθενείς. Η φαρμακευτική καινοτομία εξελίσσεται με ρυθμό που δοκιμάζει την προσαρμοστική και δημοσιονομική δυνατότητα των συστημάτων υγείας, με την αγορά νέων θεραπειών και παρεμβάσεων να διευρύνεται ταχύτερα από το ΑΕΠ και τη δυνατότητα χρηματοδότησής τους. Κανένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να χρηματοδοτεί απεριόριστα κάθε νέο προϊόν. Η Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (ΗΤΑ) προσφέρει την επιστημονική βάση για αυτές τις αποφάσεις. Εξετάζει το κλινικό όφελος μιας παρέμβασης, τη συγκριτική θεραπευτική αξία έναντι των διαθέσιμων εναλλακτικών και κατά πόσο το υψηλότερο κόστος δικαιολογείται από τα πρόσθετα οφέλη. Σκοπός είναι οι περιορισμένοι πόροι να αποφέρουν το μεγαλύτερο δυνατό όφελος υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ακάλυπτες ανάγκες και την αβεβαιότητα των δεδομένων, συχνά μεταξύ άλλων κοινωνικοοικονομικών πτυχών. Η αποζημίωση μπορεί συνεπώς να αφορά συγκεκριμένες ενδείξεις και επιλέξιμους πληθυσμούς ή να συνοδεύεται από όρους παρακολούθησης.

**ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**, η ανάγκη αυτή συνδέεται άρρηκτα με το υψηλό επίπεδο των υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων που επιβαρύνουν τη φαρμακευτική αγορά: clawback, rebates και πρόσθετες εκπτώσεις διαμορφώνουν ένα σύνθετο σκηνικό για τον υπολογισμό των συνολικών επιστροφών. Η αποκλιμάκωσή τους απαιτεί, παράλληλα, με επαρκή χρηματοδότηση και ορθολογική χρήση, περιορισμό της δαπάνης που δεν αντιστοιχεί σε επαρκή αξία. Έτσι μπορούν να απελευθερωθούν πόροι για θεραπείες υψηλότερης αξίας και να δημιουργηθούν προϋποθέσεις καλύτερης ανταμοιβής τους, και εν τέλει χαμηλότερων επιστροφών. Η αξιολόγηση δεν καταργεί αυτομάτως τους μηχανισμούς αυτούς, ούτε εγγυάται από μόνη της τη μείωσή τους. Δημιουργεί, όμως, τη δυνατότητα η αποζημιούμενη τιμή τους να διαφοροποιείται με βάση την τεκμηριωμένη κλινική και οικονομική αξία. Το νέο νομοσχέδιο προβλέπει τη δυνατότητα οι συμφωνίες διαπραγμάτευσης να λαμβάνουν υπόψη, πέρα από τα ετήσια επίπεδα clawback και rebate, την κατηγορία πρόσθετου κλινικού οφέλους και τον δείκτη πρόσθετου κόστους-αποτελεσματικότητας (ICER) των προϊόντων. Η ρύθμιση αυτή δεν ισοδυναμεί με κατάργηση των υποχρεωτικών επιστροφών. Αντλώντας από το γαλλικό σύστημα ΗΤΑ ως βέλτιστη πρακτική, η προσέγγιση συγκριτικής κλινικής



Η Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (ΗΤΑ) εξετάζει το κλινικό όφελος μιας παρέμβασης, τη συγκριτική θεραπευτική αξία έναντι των διαθέσιμων εναλλακτικών και κατά πόσο το υψηλότερο κόστος δικαιολογείται από τα πρόσθετα οφέλη.

## Βιώσιμη πρόσβαση σε νέες θεραπείες: Αποζημίωση με βάση την αξία

αξιολόγησης διακρίνει τη συνολική κλινική αξία (SMR) από την πρόσθετη θεραπευτική βελτίωση έναντι των διαθέσιμων επιλογών (ASMR). Το επαρκές κλινικό όφελος κατατάσσεται σε σημαντικό, μέτριο ή χαμηλό, ενώ η πρόσθετη θεραπευτική αξία διαβαθμίζεται από μείζονα έως καμία βελτίωση. Η διάκριση επιτρέπει διαφορετική οικονομική αξιολόγηση ανάλογα με το τεκμηριωμένο όφελος. Αρχικά προβλέπεται ανάλυση

■ **Το νέο ελληνικό υβριδικό μοντέλο ΗΤΑ βασίζεται στο πρόσφατο ευρωπαϊκό έργο Μηχανισμού Τεχνικής Υποστήριξης (TSI), το οποίο ήταν συνεργασία του υπουργείου Υγείας, του ΠΟΥ και της Κομισιόν.**

κόστους-αποτελεσματικότητας για προϊόντα με μείζονα, ουσιαστική ή μέτρια πρόσθετη θεραπευτική αξία (και ύστερα ελάσσονα πρόσθετη αξία). Ο δείκτης πρόσθετου κόστους-αποτελεσματικότητας (ICER) εκφράζει το επιπλέον κόστος ανά πρόσθετη μονάδα οφέλους υγείας. Για την εξέταση του κόστους ευκαιρίας (opportunity cost), προτείνεται ένα ευρύ αναλυτικό εύρος, περίπου €10.000-€100.000 ανά πρόσθετο ποσοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής

(QALY), αξιοποιώντας μεταξύ άλλων τη σχετική εμπειρία της Πορτογαλίας. Πρόκειται για αναλυτικό πλαίσιο υποστήριξης της διαπραγμάτευσης, με την ευρεία διακρίμανση να αποσκοπεί στη συμπερίληψη του πραγματικού κόστους ευκαιρίας για το ελληνικό σύστημα υγείας (του οποίου ο υπολογισμός ως σημειακή εκτίμηση είναι πρακτικά δύσκολο, αν όχι αδύνατον). Με αυτόν τον τρόπο γίνεται συνειδητή αποφυγή ενός θεοσιμμένου ελληνικού ορίου ως αυτόματου κανόνα αποζημίωσης.

**ΓΙΑ ΕΛΑΣΣΟΝΑ** πρόσθετη αξία ή καμία βελτίωση, το σχέδιο προβλέπει, κατά περίπτωση, σύγκριση ή ελαχιστοποίηση κόστους. Όταν ένα νέο προϊόν δεν προσφέρει πρόσθετο κλινικό όφελος και τεκμηριώνεται ισοδυναμία αποτελεσμάτων, δεν δικαιολογείται υψηλότερο συνολικό κόστος θεραπείας έναντι της εναλλακτικής επιλογής (που ορίζεται στο πεδίο αξιολόγησης), βάσει της ελληνικής κλινικής πρακτικής. Εφόσον τα υπόλοιπα κόστη είναι ίδια, η τιμή αποζημίωσης δεν μπορεί να υπερβαίνει εκείνη του συγκριτικού. Τυχόν εξοικονομήσεις στη χορήγηση ή την παρακολούθηση πρέπει να τεκμηριώνονται πλήρως. Η καταβολή περισσότερων πόρων για το ίδιο αποτέλεσμα εκτοπίζει πόρους και οφέλη υγείας αλλού. Το νέο ελληνικό υβριδικό μοντέλο ΗΤΑ βασίζεται

στο πρόσφατο ευρωπαϊκό έργο Μηχανισμού Τεχνικής Υποστήριξης (TSI), το οποίο ήταν συνεργασία του υπουργείου Υγείας, του ΠΟΥ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, παρέχοντας την τεχνική βάση για τις νομοθετικές αλλαγές. Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί στην ορθολογική και αναλογική των διαθέσιμων πόρων και όχι σε αδιάκριτους αποκλεισμούς ή περικοπές. Κάθε κεφάλαιο που δεσμεύεται σε μια επιλογή δεν είναι διαθέσιμο για μία άλλη. Επομένως, μια αποζημίωση χωρίς επαρκή τεκμηρίωση αξίας μπορεί να στερείσει μεγαλύτερα οφέλη από άλλους ασθενείς. Οι Οδηγίες Μεθόδων και Διαδικασίας, που αναπτύχθηκαν μέσω του έργου TSI, θα υποστηρίξουν τη διαμόρφωση του επικαιροποιημένου Κανονισμού Λειτουργίας (ως επιχειρησιακές λεπτομέρειες), ο οποίος θα εγκριθεί με υπουργική απόφαση, προσαρμοσμένος στο τελικό νομοθετικό πλαίσιο. Το πλαίσιο εντάσσει επίσης την εμπειρία των ασθενών στον καθορισμό του πεδίου και στην εθνική αξιολόγηση.

**Η ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΗ** ενισχυμένη συνεργασία της Επιτροπής Αξιολόγησης με την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης θα είναι καίριας σημασίας. Η πρώτη αποτιμά την κλινική και οικονομική αξία και η δεύτερη εξετάζει τη δημοσιονομική επίπτωση και την προσιτότητα θέτοντας δημοσιονομικά όρια μέσω εμπιστευτικών συμφωνιών με τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας. Κατόπιν της διαπραγμάτευσης, η προκύπτουσα ανάλυση επίπτωσης στον προϋπολογισμό και στο σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης του συστήματος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της τελικής αποζημίωσης. Εν τέλει, ένα προϊόν μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερα κλινικά οφέλη και να είναι οικονομικά αποδοτικό, αλλά η συνολική δαπάνη του να μην είναι επιτρεπτή λόγω του μεγάλου πληθυσμού στόχου και να απαιτείται περαιτέρω εφαρμογή περιορισμών.

**Η ΣΥΝΟΛΙΚΗ** μεταρρύθμιση έχει συγκεκριμένη ακολουθία: το νομοσχέδιο αναθεωρεί τα κριτήρια και τη διαδικασία αξιολόγησης, μετά την ψήφισή του θα εκδοθεί ο επικαιροποιημένος Κανονισμός Λειτουργίας με υπουργική απόφαση, ύστερα θα ενισχυθεί η επιστημονική και διοικητική ικανότητα, και σε μεταγενέστερο στάδιο, νέα νομοθετική πρωτοβουλία θα προβλέψει τη δημιουργία ανεξάρτητου φορέα ΗΤΑ. Η αποτελεσματική εφαρμογή των πρώτων σταδίων θα καθορίσει και την ουσιαστική δυνατότητα του μελλοντικού φορέα να συνδέει την αξιολόγηση με την αποζημίωση για την υπεράσπιση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.

[ΣΤΕ: 26/03/2024]



**Η αγορά νέων θεραπειών και παρεμβάσεων διευρύνεται ταχύτερα από το ΑΕΠ και τη δυνατότητα χρηματοδότησής τους.**



# ΕΦΗΒΟΙ ΑΝΑΖΗΤΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

**Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ ΤΟΥ ΕΣΥ ΑΡΕΤΗ ΜΑΝΙΩΤΗ ΕΞΗΓΕΙ ΣΤΑ «Π» ΓΙΑΤΙ ΕΝΕΣΙΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΕΝ ΣΥΝΙΣΤΩΝΤΑΙ ΓΙΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ**



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

«Είλω να χάσω πέντε κιλά». «Μπορώ να κάνω κι εγώ την ένεση». Παιδιάτροι αρχίζουν να ακούνε τέτοια αιτήματα και από εφήβους που δεν έχουν παχυσαρκία ούτε σακχαρώδη διαβήτη, αλλά αναζητούν στα φάρμακα GLP-1 μια γρήγορη λύση για να αλλάξουν την εικόνα του σώματός τους. Πρόκειται για ένα νέο φαινόμενο, που φέρνει τους γιατρούς αντιμέτωπους με ένα δύσκολο ερώτημα: πότε ένα φάρμακο που αποτελεί σημαντική θεραπευτική εξέλιξη για την παχυσαρκία μετατρέπεται σε «ένεση αδυνατίσματος» για έναν υγιή έφηβο; «Στην καθημερινή κλινική πράξη οι περιπτώσεις αυτές μπορεί ακόμη να είναι μεμονωμένες, είναι όμως υπαρκτές. Κι αυτό είναι κάτι που ως παιδιάτροι δεν μπορούμε να αγνοήσουμε», αναφέρει σήμερα στα «Π» η επιμελήτρια Β', παιδίατρος του νοσοκομείου παιδιών του ΕΣΥ της Αθήνας «Π. και Α. Κυριακού» Αρετή Μανιώτη. Τα κανονικά φάρμακα GLP-1 έχουν αλλάξει σημαντικά τη θεραπευτική προσέγγιση της παχυσαρκίας. Δεν πρόκειται όμως για «ενέσεις αδυνατίσματος», που μπορούν να χρησιμοποιούνται χωρίς συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη.

## ΤΙ ΔΕΙΚΝΕΙ Η ΝΕΑ ΜΕΛΕΤΗ

Νέα μελέτη που δημοσιεύθηκε στο διεθνές επιστημονικό παιδιατρικό περιοδικό «Pediatrics» εξέτασε τη συνταγογράφηση

GLP-1 σε περισσότερα από 3,5 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 8-11 ετών με παχυσαρκία και χωρίς διαβήτη στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με όσα μας μεταφέρει η ίδια η Αρετή Μανιώτη για τα ευρήματα της νέας αυτής μελέτης, «μόλις το 0,6% είχε λάβει σχετική συνταγή, επομένως η χρήση σε αυτές τις ηλικίες παραμένει περιορισμένη. Ωστόσο, η τάση είναι εντυπωσιακή: η συνταγογράφηση αυξήθηκε από 0,03% το 2019 σε 9,3% το 2026 στις επίσημες κοόρτες της μελέτης, δηλαδή παρουσίασε αύξηση κατά... 30.900%. Τα παιδιά με συνοδά προβλήματα που σχετίζονται με την παχυσαρκία ήταν πολύ πιθανότερο να λάβουν θεραπεία. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί δείχνει δύο πράγματα ταυτόχρονα: από τη μία, διαθέτουμε πλέον περισσότερες θεραπευτικές επιλογές για παιδιά που πραγματικά τις χρειάζονται. Από την άλλη, η παιδική παχυσαρκία εμφανίζεται σε ηλικίες στις οποίες ήδη μπορεί να συνοδεύεται από σημαντικό καρδιομεταβολικό κίνδυνο». «Αυτό που με προβληματίζει εξίσου είναι ότι αρχίζουμε να ακούμε το αίτημα για GLP-1 και από εφήβους που δεν έχουν παχυσαρκία ούτε σακχαρώδη διαβήτη», μας εξήγησε με έκδηλη ανησυχία η παιδίατρος: «Θέλω να χάσω 5 κιλά», «Μπορώ να κάνω την ένεση για λίγο», «Την κάνει η μαμά μου και αδυνατίζει». «Εδώ χρειάζεται να είμαστε πολύ ξεκάθαροι», επισημαίνει η κ. Μανιώτη και συμπληρώνει: «Άλλο είναι η φαρμακευτική αντιμετώπιση μιας χρόνιας νόσου, όπως η παχυσαρκία, όταν υπάρχει ιατρική ένδειξη, και άλλο η χρήση ενός φαρμάκου ως γρήγορης μεθόδου απώλειας βάρους σε έναν έφηβο που δεν πληροί τα σχετικά κριτήρια. Στην

εφηβεία το σώμα βρίσκεται ακόμη σε ανάπτυξη. Παράλληλα, είναι μια ηλικία κατά την οποία η εικόνα του σώματος, η σύγκριση με τους συνομηλίκους και τα πρότυπα που προβάλλονται στα social media μπορούν να επηρεάσουν έντονα τη σχέση του παιδιού με το βάρος και το φαγητό».

## Γιατί δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για αισθητικούς λόγους;

Τα GLP-1 μιμούνται μια ορμόνη που παράγεται φυσιολογικά στο έντερο, δρουν στο κέντρο της όρεξης και του κορεσμού στον εγκέφαλο και επιβραδύνουν τη γαστρική κένωση. Έτσι μειώνουν την πείνα, αυξάνουν το αίσθημα πληρότητας και οδηγούν σε μικρότερη πρόσληψη τροφής.

Όταν υπάρχει παχυσαρκία, αυτό μπορεί να προσφέρει σημαντικό θεραπευτικό όφελος. Σε έναν υγιή έφηβο φυσιολογικού βάρους, όμως, δεν υπάρχει τεκμηριωμένο όφελος από τη χρήση τους για αισθητικούς λόγους που να δικαιολογεί την έκθεση στις ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι συχνότερες είναι ναυτία, έμετοι, κοιλιακό άλγος, διάρροια και δυσκοιλιότητα, ενώ η αφυδάτωση μπορεί να επιβαρύνει τη νεφρική λειτουργία. Σπανιότερα μπορεί να εμφανιστούν κολοκλήσια, κολοκυστίδα ή παγκρεατίτιδα.

Παράλληλα, η απώλεια βάρους δεν αφορά μόνο το λίπος: μπορεί να μειωθεί και η άλιπη μάζα, συμπεριλαμβανομένης της μυϊκής. Η έντονη καταστολή της όρεξης μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ανεπαρκή πρόσληψη ενέργειας, πρωτεΐνης, βιταμινών και ιννοστοικίων – ιδιαίτερα σημαντικό σε έναν οργανισμό που ακόμη αναπτύσσεται.

Σύμφωνα με την ίδια την παιδίατρο, «εδώ βρίσκεται ένα μεγάλο ζήτημα. Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις των GLP-1 σε υγιή, φυσιολογικού βάρους παιδιά και εφήβους δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Εκεί διερευνηθεί πιθανή σκέπη με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, χωρίς μέχρι σήμερα να έχει τεκμηριωθεί αυξημένος κίνδυνος. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται, όμως, στην εικόνα του σώματος και στη σχέση του εφήβου με το φαγητό. Τέλος, η διακοπή της θεραπείας μπορεί να συνοδεύεται από επανάκτηση του βάρους. Τα GLP-1 λοιπόν είναι σημαντικά θεραπευτικά εργαλεία όταν υπάρχει ιατρική ένδειξη – όχι μια προσωρινή λύση για να κάσει ένας υγιής έφηβος μερικά κιλά».

## ΤΑ GLP-1 ΕΙΝΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τέλος, η κ. Μανιώτη καταλήγει: «Η παιδική παχυσαρκία είναι χρόνια νόσος και χρειάζεται να αντιμετωπίζεται ως τέτοια: χωρίς εννοκεί τα συμπτώματα, αλλά με επιστημονικά τεκμηριωμένη παρέμβαση, παρακολούθηση και, όταν υπάρχει ένδειξη, φαρμακευτική θεραπεία. Ταυτόχρονα, όμως, πρέπει να προστατεύσουμε τα παιδιά και τους εφήβους από την ιδέα ότι κάθε σώμα που δεν τους αρέσει χρειάζεται ένα φάρμακο για να αλλάξει. Η πραγματική πρόκληση λοιπόν είναι διπλή: να μη στερηθούμε μια αποτελεσματική θεραπεία από το παιδί με παχυσαρκία, που πραγματικά τη χρειάζεται, αλλά και να μη μετατρέψουμε μια θεραπεία της παχυσαρκίας σε εργαλείο αισθητικού αδυνατίσματος για κάθε έφηβο που θέλει να δει μικρότερο αριθμό στη ζυγαριά».



**Πρέπει να προστατεύσουμε τα παιδιά και τους εφήβους από την ιδέα ότι κάθε σώμα που δεν τους αρέσει χρειάζεται ένα φάρμακο για να αλλάξει**



# Αναστασία **Κοτανίδου** Καινοτομία με έλεγχο και διαφάνεια

Με αφορμή την υπόθεση Μαζωνάκη, η ομότιμη καθηγήτρια Εντατικολογίας και πρόεδρος του ΚΕΣΥ μιλάει στα «ΝΕΑ Σαββατοκύριακο» για τα όρια μεταξύ τεχνολογίας και ιατρικής



ΤΗΣ ΜΑΡΘΑΣ  
ΚΑΪΤΑΝΙΔΗ

**Η** υπόθεση Μαζωνάκη έφερε με ένταση στο προσκήνιο ένα ζήτημα που εδώ και χρόνια κινείται σε μια γκρίζα ζώνη: πού τελειώνει η ιατρική καινοτομία και πού αρχίζει μια πρακτική που δεν διαθέτει επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση; Με τις νέες τεχνολογίες και θεραπείες να εισέρχονται διαρκώς στην κλινική πράξη, το ερώτημα δεν αφορά μόνο τους γιατρούς αλλά και την προστασία των ασθενών. Η ομότιμη καθηγήτρια Εντατικολογίας και πρόεδρος του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), Αναστασία Κοτανίδου, μιλά στα «ΝΕΑ Σαββατοκύριακο» για την ανάγκη σαφών κανόνων, επιστημονικών κριτηρίων και διαφάνειας. Και, μεταξύ άλλων, προτείνει οι αρμοδιότητες για τις νέες ιατρικές πράξεις να μην καθορίζονται μόνο από τα επαγγελματικά «σύνορα» των ειδικοτήτων, αλλά και από την αποδεδειγμένη επάρκεια του γιατρού.

Η υπόθεση Μαζωνάκη έφερε στο προσκήνιο πρακτικές που παρουσιάζονται ως «καινοτόμες» ή «αναγεννητικές». Πώς μπορεί ο πολίτης να ξεχωρίσει μια

Μέσο: .....ΤΑ ΝΕΑ

Ημ. Έκδοσης: ...10/10/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...10/10/2026

Σελίδα: .....57



**πραγματικά καινοτόμο ιατρική πράξη από μια πρακτική χωρίς επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση;**

Ο πολίτης μπορεί να χρησιμοποιήσει δύο απλά αλλά κρίσιμα κριτήρια:

1. Διαφάνεια για τους κινδύνους: Η υπόσχεση «χωρίς παρενέργειες» ή «100% επιτυχία» αποτελεί λόγο επιφύλαξης.

2. Γλώσσα των ισχυρισμών: Όροι όπως «αναγεννητική», «επαναστατική», «φυσική» ή «θεραπεία που αλλάζει τη ζωή» περιγράφουν κυρίως το μάρκετινγκ και όχι το επίπεδο των αποδείξεων.

**Το υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε τη συγκρότηση νομοπαρασκευαστικής επιτροπής για να καθοριστεί ένα σαφές πλαίσιο γύρω από τις ιατρικές πράξεις που διενεργούνται σε ιδιωτικά ιατρεία και κέντρα. Ποιος θα είναι ο ρόλος του ΚΕΣΥ σε αυτή τη διαδικασία;**

Εφόσον ο στόχος είναι η μεγαλύτερη προστασία των ασθενών, ένα βασικό ζητούμενο είναι να υπάρξει ένας σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στις καθιερωμένες ιατρικές πράξεις, στις καινοτόμες θεραπείες που διαθέτουν επαρκή τεκμηρίωση και στις πειραματικές εφαρμογές που απαιτούν ειδικές διαδικασίες εποπτείας και ενημέρωσης των ασθενών.

Ο τελικός καθορισμός των κανόνων αποτρέπει ευθύνη του υπουργείου Υγείας και της νομοπαρασκευαστικής επιτροπής. Ωστόσο, η συμμετοχή του ΚΕΣΥ είναι κρίσιμη ώστε το νέο θεσμικό πλαίσιο να στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και όχι μόνο σε διοικητικά ή νομικά κριτήρια.

**Σήμερα υπάρχουν ιατρικές πράξεις για τις οποίες δεν είναι απολύτως σαφές ποια ειδικότητα έχει την αρμοδιότητα να τις διενεργεί; Αν ναι, πόσο σημαντικό είναι να κλείσει αυτή η «γκρίζα ζώνη»;**

Ναι, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας έχει δημιουργήσει επικαλύψεις μεταξύ ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα να μην είναι πάντοτε απολύτως σαφές

ποια ειδικότητα έχει την κύρια αρμοδιότητα για μια συγκεκριμένη πράξη. Αυτό αφορά ιδιαίτερα νέες, σύνθετες ή διεπιστημονικές πράξεις, που δεν εντάσσονται εύκολα στα παραδοσιακά όρια των ειδικοτήτων.

Ωστόσο, το ζητούμενο δεν θα πρέπει να είναι απλώς να δημιουργηθούν αποκλειστικά επαγγελματικά «σύνορα» μεταξύ ειδικοτήτων. Για ορισμένες πράξεις μπορεί να είναι προτιμότερο να καθορίζονται σαφή κριτήρια επάρκειας –εκπαίδευση, πιστοποίηση, εμπειρία, εξοπλισμός και πρωτόκολλα ασφαλείας – αντί να βασίζομαστε μόνο στον τίτλο της ειδικότητας.

Επομένως, το κλείσιμο αυτής της «γκρίζας ζώνης» είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αλλά πρέπει να γίνει με επιστημονικά κριτήρια και με γνώμονα την ασφάλεια του ασθενούς, χωρίς να εμποδίζονται η εξέλιξη και η συνεργασία ειδικοτήτων.



**Θα πρέπει το νέο πλαίσιο να προβλέπει και διαφορετική αντιμετώπιση για πράξεις που έχουν τεκμηριωμένη θεραπευτική ένδειξη σε συγκεκριμένα νοσήματα και για τις ίδιες πράξεις όταν χρησιμοποιούνται για άλλους σκοπούς, όπως η αντιγήρανση ή η «ευεξία»;**

Ναι. Κατά τη γνώμη μου, το νέο πλαίσιο θα πρέπει να διακρίνει σαφώς την ιατρική ένδειξη από άλλο σκοπό για τον οποίο χρησιμοποιείται μια πράξη, ακόμη και όταν τεχνικά πρόκειται για την ίδια μέθοδο.

Για παράδειγμα, μια πράξη μπορεί να έχει επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση για τη θεραπεία ενός συγκεκριμένου νοσήματος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική ή ασφαλής όταν χρησιμοποιείται σε έναν υγιή άνθρωπο για «αντιγήρανση», βελτίωση της εμφάνισης ή γενική «ευεξία».

Αρα, το κρίσιμο δεν είναι μόνο «τι πράξη γίνεται», αλλά και «για ποια ένδειξη γίνεται, σε ποιον και με ποια επιστημονικά δεδομένα».

**Πώς θα διασφαλιστεί ότι το νέο πλαίσιο δεν θα περιορίσει την πραγματική ιατρική καινοτομία, αλλά ταυτόχρονα δεν θα αφήνει χώρο για πρακτικές που παρουσιάζονται στον πολίτη ως θεραπευτικές χωρίς επαρκή τεκμηρίωση;**

Η ισορροπία μπορεί να επιτευχθεί αν το νέο πλαίσιο θέτει διαφορετικούς κανόνες ανάλογα με το επίπεδο επιστημονικής τεκμηρίωσης.

Θα ήταν χρήσιμο να στηρίζεται σε τρεις άξονες:

1. Σαφής κατηγοριοποίηση των πράξεων.

2. Ελεγχόμενος δρόμος για την καινοτομία.

Μια νέα μέθοδος, η αξία της οποίας έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά, μπορεί να εφαρμόζεται, όπου επιτρέπεται, σε κατάλληλα οργανωμένο πλαίσιο, με επιστημονική εποπτεία, καταγραφή αποτελεσμάτων, ενημερωμένη συναίνεση και παρακολούθηση και δόλωση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών.

3. Απόλυτη διαφάνεια προς τον πολίτη. Ο πολίτης πρέπει να γνωρίζει ποιο είναι το επίπεδο τεκμηρίωσης, ποια είναι τα γνωστά οφέλη και οι κίνδυνοι και αν η συγκεκριμένη χρήση αποτελεί καθιερωμένη θεραπευτική ένδειξη ή όχι.

Και υπάρχει μια πολύ σημαντική αρχή: όσο μικρότερη είναι η επιστημονική τεκμηρίωση και όσο μεγαλύτερος ο πιθανός κίνδυνος τόσο μεγαλύτερες πρέπει να είναι οι απαιτήσεις εποπτείας και ενημέρωσης. Αυτό επιτρέπει στην πραγματική καινοτομία να εξελιχθεί, ενώ περιορίζει την πιθανότητα να βαφτίζεται «θεραπεία» μια πρακτική που δεν έχει αποδείξει ότι είναι θεραπεία.

**Το ΚΕΣΥ έχει τη δυνατότητα να εισηγηθεί συγκεκριμένα μέτρα στο υπουργείο Υγείας. Ποια αλλαγή θεωρείτε σήμερα πιο επείγουσα μετά όσα ανέδειξε η υπόθεση Μαζωνάκη;**

Αν έπρεπε να ξεχωρίσω μία άμεση προτεραιότητα, θα ήταν η θέσπιση ενός σαφούς και ενιαίου μηχανισμού για το τι θεωρείται τεκμηριωμένη ιατρική πράξη, ποιος έχει δικαίωμα να την εκτελεί και υπό ποιες προϋποθέσεις.

Το πλαίσιο πρέπει να απαντά αντικειμενικά σε τρία ερωτήματα:

Ποια είναι η επιστημονική τεκμηρίωση της συγκεκριμένης πράξης και της συγκεκριμένης ένδειξης;

Ποια ειδικότητα και ποια αποδεδειγμένη εκπαίδευση απαιτούνται για την εκτέλεσή της;

Πώς ενημερώνεται ο πολίτης για το επίπεδο τεκμηρίωσης, τα οφέλη, τους κινδύνους και τις εναλλακτικές;

Το ζητούμενο, επομένως, δεν είναι να απαγορευτεί η καινοτομία. Είναι να δημιουργηθεί ένα σύστημα στο οποίο η καινοτομία αποδεικνύει σταδιακά την αξία της, ενώ η μη τεκμηριωμένη πρακτική δεν μπορεί να παρουσιάζεται στον πολίτη ως αποδεδειγμένη θεραπεία.



Κυριακή 11 Οκτωβρίου 2026

ΤΟ ΒΗΜΑ

17

## ΥΓΕΙΑ

## ΓΝΩΜΗ

Της  
**Ευαγγελίας  
Κοράκη**

**Κ**άθε νέα θεραπεία, κάθε νέα ιατρική τεχνολογία και κάθε νέα θεραπευτική προσέγγιση συνοδεύεται εύλογα από προσδοκίες. Στην ιατρική, όμως, η αξία μιας καινοτομίας κρίνεται από τα δεδομένα που διαθέτουμε για την αποτελεσματικότητά και την ασφάλειά της, από τη γνώση των πιθανών κινδύνων και από τις συγκεκριμένες συνθήκες υπό τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια.

Αυτή ακριβώς είναι μία από τις σημαντικότερες λειτουργίες της κλινικής έρευνας.

Προτού ένα νέο φάρμακο φτάσει στην καθημερινή κλινική πράξη, προηγείται μια μακρά και αυστηρά ελεγχόμενη διαδικασία. Σε όλη τη διαδρομή της κλινικής ανάπτυξης, από τις πρώτες μελέτες Φάσης I έως τις μελέτες Φάσης II και III σε ευρύτερους πληθυσμούς ασθενών, η γνώση για μια νέα θεραπεία χτίζεται σταδιακά: από την αρχική αξιολόγηση της ασφάλειας και τον προσδιορισμό της κατάλληλης δόσολογίας έως την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας, την καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών και τη συνολική αξιολόγηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου. Κάθε στάδιο διευρύνει τα διαθέσιμα στοιχεία και δημιουργεί την επιστημονική βάση για τις αποφάσεις που ακολουθούν.

Ιδιαίτερα στις πρώιμες φάσεις, όπου η αβεβαιότητα είναι εκ των πραγμάτων μεγαλύτερη, η ασφάλεια βρίσκεται στο επίκεντρο του σχεδιασμού. Η αρχική δόση, η σταδιακή αύξησή της, ο χρόνος παρακολούθησης, τα κριτήρια διακοπής και η αντιμετώπιση πιθανών ανεπιθύμητων αντιδράσεων προβλέπονται στο πρωτόκολλο της μελέτης. Οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τις πρώτες μελέτες στον άνθρωπο απαιτούν επίσης σαφή σχεδιασμό για την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, κατάλληλες εγκαταστάσεις και εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό.

Σε αυτήν ακριβώς τη σταδιακή συσσώρευση γνώσης βρίσκεται η ουσία της κλινικής έρευνας. Η κλινική μελέτη μάς δείχνει εάν μια θεραπεία είναι αποτελεσματική και, παράλληλα, πώς επιτρέπει να κατανοήσουμε πώς μπορεί να χρησιμοποιείται με ασφάλεια. Ποιος ασθενής είναι κατάλληλος για μια συγκεκριμένη θεραπεία; Ποιοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο; Ποιες εξετάσεις πρέπει να προηγούνται; Ποια συμπτώματα χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή; Ποιες αλληλεπιδράσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη; Πότε χρειάζεται να διακοπεί η θεραπεία; Η απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα διαμορφώνεται σταδιακά μέσα από την οργανωμένη συλλογή και αξιολόγηση δεδομένων.

Το ίδιο το περιβάλλον μιας κλινικής μελέτης έχει σχεδιαστεί γύρω από αυτή τη λογική. Υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο, προκαθορισμένα κριτήρια συμμετοχής, ενημερωμένη συγκατάθεση, συστηματική παρακολούθηση και υποχρεώσεις αναφοράς συμβάντων που μπορεί να επηρεάσουν την ασφάλεια των συμμετεχόντων. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι σοβάρες και μη αναμενόμενες ύποπτες ανεπιθύμητες αντιδράσεις αναφέρονται στο ευρωπαϊκό σύστημα EudraVigilance, ενώ προβλέπονται και επείγοντα μέτρα ασφαλείας όταν προκύπτουν νέα δεδομένα που μπορεί να μεταβάλουν τη σχέση οφέλους - κινδύνου μιας μελέτης.

Η διαδικασία συνεχίζεται και μετά την έγκριση ενός φαρμάκου. Οι κλινικές μελέτες πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένο αριθμό και επλεγμένους πληθυσμούς ασθενών και



## Η ασφάλεια μιας θεραπείας ξεκινά από την κλινική έρευνα

για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Όταν μια θεραπεία περάσει στην ευρεία κλινική χρήση, χορηγείται σε πολύ περισσότερους ανθρώπους, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συχνά μαζί με άλλα φάρμακα. Τότε μπορεί να αναδειχθούν σπανιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ή νέες πληροφορίες. Για αυτό η φαρμακοεπαγρύπνηση συνεχίζεται σε όλο τον κύκλο ζωής του φαρμάκου και εμπλουτίζει διαρκώς τη γνώση γύρω από την ασφάλειά του.

**Η κλινική έρευνα είναι πρωτίστως μια διαδικασία ευθύνης απέναντι στον ασθενή. Κάθε δεδομένο που συλλέγεται, κάθε ανεπιθύμητο συμβάν που καταγράφεται και κάθε πρωτόκολλο που βελτιώνεται προσθέτει γνώση στην επόμενη θεραπευτική απόφαση**

Η αρχή αυτή έχει ιδιαίτερη αξία σε μια εποχή κατά την οποία νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις, τεχνολογίες και παρεμβάσεις αποκτούν γρήγορα μεγάλη δημόσια προβολή. Είτε πρόκειται για την αντιμετώπιση μιας συγκεκριμένης νόσου είτε για παρεμβάσεις που προτείνονται στο πεδίο της αισθητικής, της ευεξίας ή της μακροζωίας, το βασικό ερώτημα παραμένει το ίδιο: ποια επιστημονικά δεδομένα τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά και την ασφάλειά τους;

Η δημοφιλία μιας παρέμβασης, η προβολή της ή η χρήση της από πρόσωπα με μεγάλη δημόσια αναγνωρισιμότητα δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την κλινική τεκμηρίωση. Η ταχύτητα με την οποία κυκλοφορεί σήμερα η πληροφορία, ιδιαίτερα μέσα από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, μπορεί εύκολα να προηγηθεί της επιστημονικής γνώσης. Για τον πολίτη έχει επομένως ακόμη μεγαλύτερη σημασία να γνωρίζει ποια δεδομένα υπάρχουν, σε ποιους πληθυσμούς έχει μελετηθεί μια παρέμβαση, ποιους κινδύνους γνωρίζουμε και υπό ποιες προϋποθέσεις έχει αξιολογηθεί η χρήση της.

Εδώ βρίσκεται και μια σημαντική απάντηση σε έναν φόβο που εξακολουθεί να συνοδεύει την έννοια της κλινικής μελέτης. Για αρκετούς πολίτες, η λέξη «δοκιμή» δημιουργεί την αίσθηση ότι ο συμμετέχων βρίσκεται απέναντι σε κάτι ανεξέλεγκτο. Στην πραγματικότητα, η κλινική έρευνα δι-

μουργεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο μια νέα θεραπεία αξιολογείται συστηματικά ως προς την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της: με κανόνες, πρωτόκολλα, εποπτεία, συνεχή παρακολούθηση και συγκεκριμένες δικλίδες προστασίας του συμμετέχοντος.

Καμία ιατρική πράξη και κανένα φάρμακο δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει μηδενικό κίνδυνο. Η πρόδοος της ιατρικής βασίζεται στην ικανότητά μας να αναγνωρίζουμε αυτόν τον κίνδυνο, να τον μετράμε, να τον περιορίζουμε και να τον επαναξιολογούμε καθώς συσσωρεύεται νέα γνώση.

Γι' αυτό η κλινική έρευνα είναι πρωτίστως μια διαδικασία ευθύνης απέναντι στον ασθενή. Κάθε δεδομένο που συλλέγεται, κάθε ανεπιθύμητο συμβάν που καταγράφεται και κάθε πρωτόκολλο που βελτιώνεται προσθέτει γνώση στην επόμενη θεραπευτική απόφαση. Αυτή ακριβώς η γνώση είναι που μας επιτρέπει να γνωρίζουμε σε ποιους ασθενείς, με ποιες προϋποθέσεις και με ποια παρακολούθηση μπορεί μια θεραπεία να χρησιμοποιείται με ασφάλεια.

Η κυρία **Ευαγγελία Κοράκη** είναι Πρόεδρος HACRO (Σύλλογος Επιχειρήσεων Διεξαγωγής Κλινικών Μελετών Ελλάδας), Μέλος του Executive Board EUCROF (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία CROs), Πρόεδρος και Διευθύνουσα Σύμβουλος της CORONIS Research SA.



## ΥΓΕΙΑ

## Ο «λογαριασμός» της Υγείας

Ξέρουμε πόσα ξοδεύουμε αλλά όχι τι αγοράζουμε  
– Η Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη περιορίζεται στα 1.195 ευρώ,  
όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 3.641 ευρώ



Στα 20,4 δισ. ευρώ εκτιμάται ότι έφθασε το 2025 η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών Υγείας στην Ελλάδα. Περισσότερα από 8 δισ. προήλθαν από ιδιωτικές πηγές. Ο λογαριασμός είναι γνωστός. Εκείνο που εξακολουθούμε να μη γνωρίζουμε με την ίδια ακρίβεια είναι τι αποτέλεσμα αγοράζουν αυτά τα χρήματα.

Ένας λογαριασμός που ξεπερνά πλέον τα 20 δισ. ευρώ. Τόσα χρήματα κατευθύνονται μέσα σε έναν χρόνο στην Υγεία στην Ελλάδα από το κράτος και από τις τσέπες των πολιτών. Ξέρουμε όμως πόση... υγεία αγοράζουν;

Τα νεότερα στοιχεία του ΙΟΒΕ δίνουν μια πρώτη εικόνα για το 2025 και αποτυπώνουν μια ενδιαφέρουσα αντίφαση. Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών Υγείας εκτιμάται ότι ανήλθε στα 20,4 δισ. ευρώ, από 19,9 δισ. ευρώ το 2024 και 18,9 δισ. ευρώ το 2023. Πρόκειται, πάντως, για εκτίμηση του ΟΟΣΑ για το 2025 και όχι ακόμη για οριστικά απολογιστικά στοιχεία.

**8,2% του ΑΕΠ το 2025**

Από τα 20,4 δισ. ευρώ, περίπου 12,35 δισ. ευρώ προέρχονται από δημόσια χρηματοδότηση και 8,05 δισ. ευρώ από ιδιωτική. Με άλλα λόγια, σχεδόν τέσσερα στα δέκα ευρώ της χρηματοδότησης των δαπανών Υγείας προέρχονται από ιδιωτικές πηγές. Επίσης, παρά την αύξηση των τελευταίων ετών, η συνολική δαπάνη Υγείας αντιστοιχεί κατά το 2025 στο 8,2% του ΑΕΠ έναντι 8,4% το 2024. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει το 10,4%. Ακόμη μεγαλύτερη είναι η απόσταση στη δημόσια χρηματοδότηση: μόλις 5% του

ελληνικού ΑΕΠ έναντι 8,4% στην ΕΕ.

Η σύγκριση με το 2009 είναι ακόμη πιο αποκαλυπτική. Σε σταθερές τιμές 2020, η συνολική χρηματοδότηση για την Υγεία στην Ελλάδα παραμένει το 2025 κατά 20% χαμηλότερη από τα επίπεδα του 2009 και η δημόσια κατά 29% χαμηλότερη. Στο ίδιο διάστημα, η συνολική χρηματοδότηση έχει αυξηθεί κατά 30% στην ΕΕ και η δημόσια κατά 33%.

Υπάρχει όμως και ένας δεύτερος λογαριασμός: εκείνος που καλούνται να καλύψουν οι ίδιοι οι πολίτες. Η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχεί το 2025 μόλις στο 60,6% της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών Υγείας στην Ελλάδα, περίπου 20 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ και 12 μονάδες χαμηλότερα από τις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου.

Η κατά κεφαλήν εικόνα κάνει την απόσταση ακόμη πιο ευδιάκριτη. Η συνολική δαπάνη Υγείας ανέρχεται στην Ελλάδα σε 1.971 ευρώ ανά κάτοικο, έναντι 4.508 ευρώ στην ΕΕ. Ειδικά η δημό-

σια κατά κεφαλήν δαπάνη περιορίζεται στα 1.195 ευρώ, όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 3.641 ευρώ. Δηλαδή η ελληνική δημόσια δαπάνη ανά κάτοικο βρίσκεται περίπου στο ένα τρίτο του ευρωπαϊκού μέσου όρου.

Πίσω από τους μέσους όρους, όμως, κρύβεται και μια σημαντική μετατόπιση του λογαριασμού προς την ιδιωτική πλευρά. Το 2009 η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα ήταν 1.376 ευρώ και η ιδιωτική 638 ευρώ. Το 2025 η κατεύθυνση των δύο μεγεθών είναι αντίθετη: η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη έχει υποχωρήσει στα 1.195 ευρώ, ενώ η ιδιωτική έχει αυξηθεί στα 776 ευρώ.

Δηλαδή, σε σχέση με το 2009, το Δημόσιο δαπάνη κατά κεφαλήν περίπου 181 ευρώ λιγότερα, ενώ η ιδιωτική δαπάνη έχει αυξηθεί κατά περίπου 138 ευρώ. Το ίδιο το ΙΟΒΕ επισημαίνει ότι η υποχώρηση της δημόσιας κατά κεφαλήν δαπάνης αντισταθμίστηκε εν μέρει από την αύξηση της ιδιωτικής.

Με άλλα λόγια, η απόσταση της Ελλάδας από την Ευρώπη δεν αφορά μόνο το ύψος των πόρων που κατευθύνονται στην Υγεία. Αφορά και το ποιος πληρώνει μεγαλύτερο μέρος του λογαριασμού.

**Τι αγοράζουμε με αυτά;**

Ο αριθμός επωμένων απαντούν αρκετά καλά στο πόσα ξοδεύουμε – και εν μέρει στο ποιος τα πληρώνει. Πολύ δυσκολότερα απαντούν στο τρίτο και ίσως σημαντικότερο ερώτημα: τι αγοράζουμε με αυτά;

Και αυτό είναι οι ερωτήματα που επανήλθε με ιδιαίτερη ένταση στη συζήτηση για τις επενδύσεις στην Υγεία στο πρό-

σφατο συνέδριο HealthWorld 2026: ακόμη και όταν γνωρίζουμε με ακρίβεια πόσο κόστισε ένα φάρμακο, μια εξέταση ή μια νοσηλεία, γνωρίζουμε πολύ λιγότερα για το εάν αυτά τα χρήματα μεταφράστηκαν σε λιγότερες νοσηλείες, λιγότερα εμφυτεύματα, έγκαιρες διαγνώσεις ή περισσότερα χρόνια καλής ζωής.

Ο αναπληρωτής καθηγητής Οικονομικών της Υγείας στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής **Κώστας Αθανασάκης** τοποθετεί ακριβώς εκεί το χαμένο βήμα του ελληνικού συστήματος.

«Πρέπει να αποφασίσουμε τι θα μετράμε» επισημαίνει. Η αξιολόγηση μιας πολιτικής δεν έχει αξία μόνο για να διαπιστωθεί εκ των υστέρων εάν πέτυχε ή απέτυχε. Το αποτέλεσμα της πρέπει να επιστρέφει στον μηχανισμό λήψης αποφάσεων, ώστε μια παρέμβαση να συνεχίζεται, να διορθώνεται ή να εγκαταλείπεται.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου αυτό συνέβη – και τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά.

Το 2011, μελέτη της τότε Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας εξέτασε τι θα συνέβαινε εάν μειωνόταν από 25% στο μισό η συμμετοχή των ασθενών στα αντιδιαβητικά φάρμακα. Σύμφωνα με τον κ. Αθανασάκη, η οικονομική αξιολόγηση έδειξε ότι σε ορίζοντα τριετίας ακόμη και το κράτος μπορούσε να βγει κερδισμένο: η αρχική πρόσθετη δαπάνη μπορούσε να αντισταθμιστεί από το όφελος που θα δημιουργούσε η καλύτερη θεραπευτική κάλυψη.

Ένα δεύτερο παράδειγμα αφορά τους βιοδείκτες και είναι ακόμη πιο χαρακτηριστικό.

«Για κάθε ευρώ που βάζεις για να αποζημιώσεις έναν βιοδείκτη, θα πάρεις από 9 έως 19 πίσω» αναφέρει ο κ. Αθανασάκης. Η αποζημίωση προχώρησε. Αυτό που δεν υπάρχει, κατά τον ίδιο, είναι ένας σταθερός μηχανισμός μέσω του οποίου τα επισημονικά δεδομένα να μετατρέπονται σε αποφάσεις πολιτικής.

«Τα τεκμήρια δεν γίνονται πολιτική συστηματικά» σημειώνει. Κι όμως, το παράδοξο είναι ότι η χώρα διαθέτει έναν τεράστιο όγκο πληροφοριών.

«Δεν μπορώ να ακούω ότι δεν έχουμε δεδομένα. Αυτή η χώρα παράγει τα πιο πολλά δεδομένα στην Ευρώπη» λέει ο καθηγητής Πολιτικής Υγείας στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου **Κυριάκος Σουλιάτσος**.

Και ομέως μετά εντοπίζει το πρόβλημα: «Έχουμε δεδομένα, αλλά δεν έχουμε πρόσβαση σε αυτά». Ηλεκτρονικές συνταγές, εξετάσεις, νοσηλείες και διαγνώσεις δημιουργούν καθημερινά έναν τεράστιο όγκο δεδομένων. Η σύνδεσή τους θα μπορούσε, όπως εξηγεί, να δείξει πού υπάρχει σπατάλη και πού διαρροή πόρων, αλλά κυρίως εάν μια πολιτική πέτυχε τον πραγματικό σκοπό της: να βελτιώσει την υγεία.

Ακόμη και ο αριθμός των γιαιρών, των νοσηλευτών ή των κλινών ενός νοσοκομείου λέει λίγα εάν δεν υπάρχει ο «παρονομαστής»: πόσους ασθενείς εξυπηρετούν, πόσο βαριά περιστατικά αντιμετωπίζουν και με ποιο αποτέλεσμα.

Γι' αυτό και ο κ. Σουλιάτσος μεταφέρει τη συζήτηση από τα ευρώ στα πραγματικά γεγονότα υγείας. «Πόσο πρέπει να μειώσουμε τα εμφυτεύματα; Πόσο πρέπει να μειώσουμε τα εγκαταστάματα με τις παρεμβάσεις στην πρόληψη; Πόσο γρήγορα πρέπει να κάνουμε διάγνωση καρκίνου».

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

Ημ. Έκδοσης: ...11/10/2026 Ημ. Αποδελτίωσης: ...11/10/2026

Σελίδα: ..... 14



## ΥΓΕΙΑ



άνω από 2,19 δισ. ευρώ πλήρωσαν από την τσέπη τους οι Έλληνες για φάρμακα το 2025, με τον ιδιωτικό λογαριασμό να αυξάνεται κατά περίπου 245 εκατ. ευρώ μέσα σε μόλις έναν χρόνο. Και ενώ οι ασθενείς καλούνται να διαθέσουν ολοένα περισσότερα χρήματα, τα νεότερα στοιχεία για την πορεία της φαρμακευτικής αγοράς αποκαλύπτουν μία ακόμη ενδιαφέρουσα παράμετρο: η αγορά μεγαλώνει σε αξία, παρότι οι συσκευασίες φαρμάκων που διακινούνται μειώνονται.

Τα νέα δεδομένα για το 2025 ανεβάζουν τη συνολική ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη στα 2,195 δισ. ευρώ, από περίπου 1,95 δισ. ευρώ το 2024. Πρόκειται για αύξηση της τάξεως του 12,6%, η οποία επιβεβαιώνει - και μάλιστα με σημαντική υπέρβαση - τις εκτιμήσεις που ήθελαν τον λογαριασμό των νοικοκυριών να ξεπερνά το φράγμα των 2 δισ. ευρώ.

Το ποσό αυτό δεν αφορά μόνο τη γνωστή «συμμετοχή» που πληρώνει ο ασφαλισμένος στο φαρμακείο. Η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τόσο τη θεσμοθετημένη συμμετοχή και την πρόσθετη επιβάρυνση που προκύπτει από τη διαφορά λιανικής τιμής και τιμής αποζημίωσης, όσο και τα φάρμακα που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση ή πληρώνονται εξ ολοκλήρου από τους ίδιους τους πολίτες.

#### Τα 844 εκατ. ευρώ της συμμετοχής

Ειδικότερα, το 2025 οι ασφαλισμένοι κατέβαλαν 439 εκατ. ευρώ μέσω της θεσμοθετημένης συμμετοχής - 0%, 10% ή 25% επί της τιμής αποζημίωσης - και επιπλέον 405 εκατ. ευρώ εξαιτίας της διαφοράς μεταξύ λιανικής τιμής και τιμής αποζημίωσης. Μόνο αυτές οι δύο κατηγορίες συνεπώς κόστισαν στους ασθενείς 844 εκατ. ευρώ. Και εδώ εντοπίζεται μία από τις σημαντικότερες μεταβολές σε σχέση με το 2024. Η θεσμοθετημένη συμμετοχή είχε τότε εκτιμηθεί στα 432 εκατ. ευρώ, ενώ η πρόσθετη επιβάρυνση από τη διαφορά των δύο τιμών στα 369 εκατ. ευρώ.

Να επισημάνουμε εδώ ότι οι επιβαρύνσεις αυτές οδηγούν σε αποφάσεις των ασθενών να κόβουν ακόμη και απαραίτητα φάρμακα. Όπως επισημαίνει η πρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας **Μένη Τσεκούρα**, «υπάρχει μία διάσταση που συζητείται λιγότερο και την οποία συναντούμε όλο και συχνότερα μέσα από την επαφή μας με τους ασθενείς και τις οργανώσεις-μέλη της Ένωσης

## Φάρμακα: Στα 2,2 δισ. ευρώ ο λογαριασμός των ασθενών το 2025

Κατά 245 εκατ. ευρώ αυξήθηκαν μέσα σε έναν χρόνο οι ιδιωτικές πληρωμές - Η αγορά συνεχίζει να μεγαλώνει σε αξία, παρότι διακινούνται λιγότερες συσκευασίες

*Ασθενών Ελλάδας: η οικονομική επιβάρυνση. Όταν η συμμετοχή για τα αναγκαία φάρμακα συσσωρεύεται και φτάνει σε υψηλά επίπεδα κάθε μήνα, ορισμένοι ασθενείς αναγκάζονται να αραιώνουν τις δόσεις τους ή ακόμη και να διακόπτουν προσωρινά τη θεραπεία τους λόγω αδυναμίας κάλυψης του κόστους».*

Ο υπόλοιπος λογαριασμός είναι ακόμη μεγαλύτερος. Οι πολίτες διέθεσαν 425 εκατ. ευρώ για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) και 352 εκατ. ευρώ για συνταγογραφούμενα φάρμακα της Αρνητικής Λίστας, τα οποία δεν αποζημιώνονται. Τα φάρμακα αυτά παρουσιάζουν σημαντική αύξηση πωλήσεων λόγω και των πωλήσεων των σκευασμάτων κατά της παχυσαρκίας. Υπάρχει όμως και μία τρίτη κατηγορία που

από μόνη της προσεγγίζει τα 600 εκατ. ευρώ: συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία οι ασθενείς επέλεξαν να πληρώσουν εξ ολοκλήρου, χωρίς να κάνουν χρήση του ασφαλιστικού τους δικαιώματος. Η σχετική δαπάνη έφθασε το 2025 τα 574 εκατ. ευρώ. Ετσι, οι άμεσες πληρωμές για ΜΗΣΥΦΑ, Αρνητική Λίστα και συνταγογραφούμενα φάρμακα που αγοράστηκαν εξ ολοκλήρου από την τσέπη των πολιτών ανέρχονται συνολικά σε περίπου 1,35 δισ. ευρώ.

#### Περισσότερα ευρώ, λιγότερες συσκευασίες

Την ίδια στιγμή, τα νεότερα στοιχεία της ΙQVIA για λογαριασμό του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ)

δείχνουν ότι η ανοδική πορεία της αγοράς συνεχίζεται και μετά το τέλος του 2025.

Στο δωδεκάμηνο Ιουλίου 2025 - Ιουνίου 2026, η λιανική αγορά φαρμάκων έφθασε σε αξία τα 5,24 δισ. ευρώ, σημειώνοντας αύξηση 6% έναντι του προηγούμενου αντίστοιχου δωδεκαμήνου. Το συγκεκριμένο μέγεθος δεν περιλαμβάνει τα φάρμακα του Ν.3816. Το εντυπωσιακό στοιχείο βρίσκεται στον όγκο: την ώρα που η αξία αυξήθηκε κατά 6%, οι πωλούμενες μονάδες μειώθηκαν κατά 1,2%, στα περίπου 428 εκατομμύρια. Με άλλα λόγια, περισσότερα χρήματα δεν σημαίνουν περισσότερα φάρμακα.

Η τάση γίνεται ακόμη καθαρότερη αν εξετάσει κανείς την εξέλιξη της αγοράς σε βάθος χρόνου. Σύμφωνα με την ΙQVIA, η αξία της συγκεκριμένης λιανικής αγοράς ήταν 4,65 δισ. ευρώ το 2023, αυξήθηκε σε περίπου 4,80 δισ. το 2024 και έφθασε τα 5,08 δισ. ευρώ το 2025. Στο δωδεκάμηνο που έκλεισε τον Ιούνιο του 2026 διαμορφώθηκε πλέον στα 5,24 δισ. ευρώ.

#### Τι πληρώνεται και τι αποζημιώνεται

Από τα 5,24 δισ. ευρώ της λιανικής αγοράς, περίπου 4,31 δισ. ευρώ αντιστοιχούν στην αγορά αποζημιούμενων προϊόντων και 928 εκατ. ευρώ στη μη αποζημιούμενη αγορά. Ακόμη και μέσα στην αγορά των αποζημιούμενων προϊόντων, ωστόσο, δεν αποζημιώνονται όλες οι μονάδες που πωλούνται. Η ΙQVIA εκτιμά ότι η αξία των μονάδων που πράγματι αποζημιώθηκαν στο τελευταίο δωδεκάμηνο ξεπέρασε τα 3,7 δισ. ευρώ. Τα υπόλοιπα αφορούν σκευάσματα τα οποία πλήρωσε εξ ολοκλήρου από την τσέπη του ο πολίτης.

Τα στοιχεία σκιαγραφούν τελικά μία διπλή πηλη. Από τη μία πλευρά, ο λογαριασμός που φθάνει απειθείας στα νοικοκυριά ξεπέρασε για πρώτη φορά καθαρά τα 2 δισ. ευρώ, φθάνοντας τα 2,195 δισ. Από την άλλη, η συνολική αξία της λιανικής αγοράς εξακολουθεί να αυξάνεται, χωρίς αντίστοιχη αύξηση στον αριθμό των φαρμάκων που διακινούνται. Το 2025, επομένως, δεν ήταν απλώς ακόμη μία χρονιά αύξησης της φαρμακευτικής αγοράς. Ήταν η χρονιά κατά την οποία ο ιδιωτικός λογαριασμός των φαρμάκων έφθασε τα 2,2 δισ. ευρώ, περίπου 245 εκατ. ευρώ περισσότερα από έναν χρόνο νωρίτερα. Και τα στοιχεία του 2026 δείχνουν ότι η πίεση στην αξία της αγοράς όχι μόνο δεν έχει ανακοπεί, αλλά συνεχίζεται.

«Όταν η συμμετοχή για τα αναγκαία φάρμακα συσσωρεύεται και φτάνει σε υψηλά επίπεδα κάθε μήνα, ορισμένοι ασθενείς αναγκάζονται να αραιώνουν τις δόσεις τους ή ακόμη και να διακόπτουν προσωρινά τη θεραπεία τους λόγω αδυναμίας κάλυψης του κόστους» λέει η πρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας **Μένη Τσεκούρα**



## ΥΓΕΙΑ

## Αναστασία Κοτανίδου «Ισχυρότερη φωνή για το ΚΕΣΥ – Η ευθύνη παραμένει στην πολιτική ηγεσία»

Η ομότιμη καθηγήτρια Πνευμονολογίας και Εντατικής Θεραπείας και πρόεδρος του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, μιλά για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα το Συμβούλιο και βάζει μια σαφή διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην επιστημονική γνωμοδότηση και την πολιτική απόφαση

Συνέντευξη στον Γιώργο Σακκά



Απαιτείται ενίσχυση του δυναμικού, αλλά όχι μόνο αριθμητικά. Χρειάζεται κυρίως ενίσχυση σε εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό

Περισσότερα από 1.000 θέματα ετησίως καλείται να διαχειριστεί το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), αριθμός που αποτυπώνει τον όγκο αλλά και το εύρος των ζητημάτων που περνούν από το ανώτατο επιστημονικό και συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας για την υγεία. Η Αναστασία Κοτανίδου, ομότιμη καθηγήτρια Πνευμονολογίας και Εντατικής Θεραπείας και πρόεδρος του ΚΕΣΥ, μιλά στο «Βήμα» για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα το Συμβούλιο και βάζει μια σαφή διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην επιστημονική γνωμοδότηση και την πολιτική απόφαση.

**Ποιος είναι σήμερα, στην πράξη, ο ρόλος του ΚΕΣΥ; Περιγράψτε μας, όσο είναι δυνατόν μέσα σε μερικές προτάσεις, τον πολυσχιδή αυτόν ρόλο.**

«Σήμερα, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) λειτουργεί, στην πράξη, ως θεσμικό επιστημονικό και συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου Υγείας, με αποστολή να συνδέει την επιστημονική γνώση με τον σχεδιασμό και τη ρύθμιση της πολιτικής υγείας. Η βασική του θεσμική βάση ανάγεται στον Ν. 1278/1982 και ο ρόλος του εξακολουθεί να αποτυπώνεται σε σύγχρονες ρυθμίσεις του υπουργείου Υγείας. Το ΚΕΣΥ δεν είναι ένα όργανο που ασκεί καθημερινά διοίκηση των νοσοκομείων· ο ρόλος του είναι κυρίως γνωμοδοτικός, επιστημονικός, επitelικός και ρυθμιστικός, παρέχοντας τεκμηριωμένη εισήγηση προς την πολιτεία. Με απλά λόγια, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ΚΕΣΥ είναι ο επιστημονικός «σύμβουλος» της πολιτείας στα μεγάλα και σύνθετα ζητήματα του συστήματος Υγείας: από το πώς εκπαιδεύονται και εξειδικεύονται οι γιατροί μέχρι το πώς οργανώνονται υπηρεσίες και τίθενται κανόνες για την άσκηση των επαγγελματιών υγείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών».

**Πόσο «ακούγονται» πραγματικά το Συμβούλιο και οι γνωμοδοτήσεις του; Πού τελειώνει η δική του ευθύνη και πού ξεκινά η πολιτική;**  
«Αν το πούμε πολύ πρακτικά, το ΚΕΣΥ έχει

θεσμικά μεγαλύτερο ρόλο από όσο συχνά φαίνεται προς τα έξω, αλλά δεν έχει την τελική πολιτική εξουσία. Ο νόμος του αναθέτει ακόμη και τον σχεδιασμό και τον προσδιορισμό γενικών κατευθύνσεων της πολιτικής υγείας και την υποβολή προτάσεων στον υπουργό, ενώ παράλληλα το χαρακτηρίζει συμβουλευτικό όργανο».

**Το κρίσιμο σημείο είναι λοιπόν η διάκριση μεταξύ επιστημονικής εισήγησης και πολιτικής απόφασης.**

«Το ΚΕΣΥ τεκμηριώνει, εισφέρει και γνωμοδοτεί. Με βάση την επιστημονική γνώση, την εμπειρία των επαγγελματιών Υγείας και τις εισηγήσεις των επιτροπών του, διαμορφώνει προτάσεις για ειδικότητες, εκπαίδευση, οργάνωση υπηρεσιών, κλινική πρακτική κ.ά. Η κυβέρνηση και ο υπουργός αποφασίζουν και υλοποιούν. Η γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ δεν υποκαθιστά την πολιτική απόφαση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η θεσμοθέτηση νέων ιατρικών εξειδικεύσεων: σε σχετική υπουργική απόφαση του 2025 καταγράφεται ρητά ότι προηγούνται αποφάσεις του ΚΕΣΥ και ότι συνέχεια αυτές, εφόσον γίνονται δεκτές από την πολιτική ηγεσία, ενσωματώνονται σε υπουργική απόφαση. Άρα, στο ερώτημα "πόσο ακούγεται πραγματικά;" η απάντηση δεν είναι "ναι ή όχι". Η επιρροή του εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αν η πολιτική ηγεσία υιοθετεί τη γνωμοδότησή του. Εκεί βρίσκεται και το όριο της ευθύνης του: το ΚΕΣΥ έχει ευθύνη για την επιστημονική τεκμηρίωση και την εισήγηση· δεν έχει την πολιτική ευθύνη για την τελική επιλογή, την κατανομή πόρων και την εφαρμογή μιας πολιτικής. Θα το έλεγα, λοιπόν, σε μία φράση: Το ΚΕΣΥ μπορεί να πει στην πολιτεία "τι προκύπτει επιστημονικά και θεσμικά ότι πρέπει να γίνει". Η πολιτική ηγεσία αποφασίζει "τι τελικά θα γίνει, πότε, με ποιος πόρος και με ποια πολιτική προτεραιότητα»».

**Ακούμε συχνά ότι λόγω του τεράστιου φόρτου εργασίας υπάρχουν μεγάλες καθυστερήσεις και ότι για πολλά ζητήματα οι**

**αποφάσεις και γνωμοδοτήσεις βγαίνουν μετά από χρόνια. Τι έχετε να πείτε πάνω σε αυτό;**

«Σε ό,τι αφορά τις καθυστερήσεις που αναφέρετε, θα σημειώσω ότι το ΚΕΣΥ δέχεται κάθε χρόνο άνω των 1.000 αιτημάτων που αφορούν την ορθή κλινική πρακτική και την ιατρική εκπαίδευση, καθώς και ατομικά αιτήματα ιατρών και οδοντιάτρων για αναγνώριση εκπαιδεύσεων, εκπαιδευτικές άδειες κ.λπ. Τα αιτήματα έρχονται στο ΚΕΣΥ αφού πρώτα περάσουν από διοικητικό έλεγχο. Στη συνέχεια εξετάζονται από τις επιτροπές του ΚΕΣΥ και τέλος από τη διοικούσα επιτροπή του, που συντάσσει και την τελική γνωμοδότηση. Όλες οι γνωμοδοτήσεις αποστέλλονται στις αρμόδιες διευθύνσεις στη συνέχεια για διοικητικό έλεγχο και έγκριση ή απόρριψη από την πολιτική ηγεσία».

**Πιστεύετε ότι θα πρέπει να αλλάξουν ή να νομοθετηθούν κάποιες συγκεκριμένες διαδικασίες ώστε να βελτιωθεί ο ρόλος του ΚΕΣΥ;**

«Ναι, και νομίζω ότι εδώ χρειάζεται να είμαστε αρκετά συγκεκριμένοι: δεν χρειάζεται απλώς "περισσότερο ΚΕΣΥ", αλλά ένα ΚΕΣΥ με ισχυρότερη επιστημονική και διοικητική υποστήριξη, σαφέστερες διαδικασίες και μεγαλύτερη δυνατότητα να παρακολουθεί τι γίνεται μετά τη γνωμοδότησή του. Τα επίσημα στοιχεία δείχνουν το μέγεθος του έργου: από τον Φεβρουάριο του 2023 έως τον Δεκέμβριο του 2025 το ΚΕΣΥ χειρίστηκε 3.992 θέματα, εκ των οποίων 745 αφορούσαν την ιατρική εκπαίδευση και 864 την ορθή κλινική πρακτική, μέσω 82 συνεδριάσεων της διοικούσας επιτροπής».

Παράλληλα, το ίδιο το υπουργείο περιγράφει ως αποστολή του ΚΕΣΥ όχι μόνο τη γνωμοδότηση, αλλά και τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση της εφαρμογής της πολιτικής υγείας. Κατά τη γνώμη μου, χρειάζονται τρεις κυρίως παρεμβάσεις.

Πρώτον, ενίσχυση της επιστημονικής και διοικητικής υποστήριξης. Οι επιστήμονες

που συμμετέχουν στις επιτροπές του ΚΕΣΥ προσφέρουν πολύ σημαντικό έργο εθελοντικά. Όμως ένα σύγχρονο συμβουλευτικό όργανο χρειάζεται και έναν ισχυρό μόνιμο επιστημονικό πυρήνα: ανθρώπους που θα μπορούν να αναζητούν και να αξιολογούν διεθνή δεδομένα, να επεξεργάζονται τεκμηριωμένες εισηγήσεις, να παρακολουθούν δείκτες και να αξιολογούν τις επιπτώσεις των αποφάσεων. Σήμερα υπάρχει ήδη Διεύθυνση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης και Διοικητικής και Γραμματειακής Υποστήριξης, αλλά θεωρώ ότι οι απαιτήσεις του έργου έχουν αυξηθεί σημαντικά.

Δεύτερον, χρειάζεται καλύτερη διαδικασία παρακολούθησης των γνωμοδοτήσεων. Θα ήταν χρήσιμο να υπάρχει ένας σαφής μηχανισμός follow-up: τι πρότεινε το ΚΕΣΥ, τι υιοθετήθηκε από την πολιτεία, τι εφαρμόστηκε και ποιο ήταν τελικό το αποτέλεσμα. Με αυτόν τον τρόπο το Συμβούλιο δεν θα περιορίζεται στο να παράγει γνωμοδοτήσεις, αλλά θα μπορεί να αξιολογεί και την αποτελεσματικότητα των προτάσεών του.

Τρίτον, θα έβλεπα θετικά μεγαλύτερη τυποποίηση και διαφάνεια στις διαδικασίες. Για παράδειγμα, σαφή κριτήρια για την παραπομπή ενός θέματος, συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα, τεκμηρίωση των εισηγήσεων και, όπου είναι δυνατόν, δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων. Αυτό θα ενίσχυε και την αξιοπιστία του ΚΕΣΥ απέναντι στην ιατρική κοινότητα και στην κοινωνία.

Όσο για το αν απαιτείται ενίσχυση του δυναμικού, η απάντησή μου είναι ναι, αλλά όχι μόνο αριθμητικά. Χρειάζεται κυρίως ενίσχυση σε εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. Και θα έλεγα κάτι ακόμη: η ενίσχυση του ΚΕΣΥ δεν πρέπει να σημαίνει μεταφορά της πολιτικής ευθύνης από την κυβέρνηση σε ένα επιστημονικό όργανο. Το ΚΕΣΥ πρέπει να έχει ισχυρότερη φωνή, καλύτερα τεκμηριωμένη γνώμη και δυνατότητα να παρακολουθεί την εφαρμογή των προτάσεών του. Η τελική πολιτική επιλογή και η ευθύνη της παραμένουν στην πολιτική ηγεσία».