

Ph.B

pharma & health BUSINESS

#093
ΝΟΕ-ΔΕΚ
2025

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Θεόδωρος Τρύφων
Πρόεδρος της Παν/νίας Ένωσης
Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ)
«Το επενδυτικό clawback είναι
το πιο επιτυχημένο ΣΔΙΤ»

ΕΡΕΥΝΑ

Έκθεση του ΠΟΥ
για την ΤΝ στην Υγεία

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Δρ Παναγιώτης Μπογιατζίδης
Διοικητής 4ης ΥΠΕ
Μακεδονίας και Θράκης

www.virus.com.gr
ISSN: 2241-0961



Αφιέρωμα Σακχαρώδης Διαβήτης

τιμή τεύχους €10



Ξεχωρίζουμε για τη δύναμη και το πάθος μας, για τη ζωή κάθε ανθρώπου.

Είμαστε η AbbVie, μία παγκόσμια βιοφαρμακευτική εταιρεία. Πιστεύουμε σε κάθε άνθρωπο, στις δυνάμεις, στα όνειρα, στο πάθος του να ζει αληθινά. Κάθε άνθρωπος αποτελεί για εμάς μία μοναδική, αληθινή ιστορία ζωής που μας εμπνέει να καταβάλουμε κάθε προσπάθεια, να υπερβαίνουμε τον εαυτό μας, να κάνουμε επιστημονικά άλματα για να ανακαλύπτουμε ασφαλείς και καινοτόμες θεραπευτικές λύσεις στην Ανοσολογία, στην Αιματολογία, στη Νευρολογία, στην Οφθαλμολογία, στην Αισθητική Ιατρική. Η αξία της ζωής είναι ο λόγος που αγωνιζόμαστε κάθε λεπτό για να συμβάλουμε ώστε να γίνουν πραγματικότητα τα όνειρα των ανθρώπων!



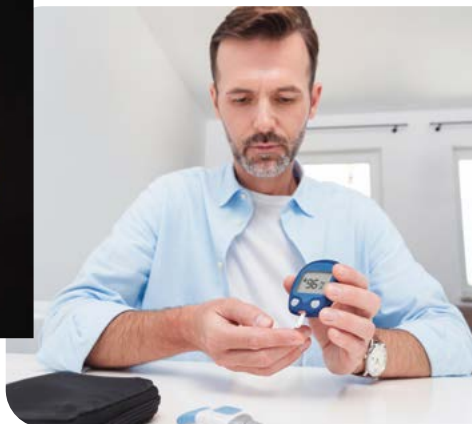
Ξεπερνάμε τα όρια

Μαζί κάνουμε
το επόμενο βήμα





30



38



18



06

6 Συνέντευξη

Θεόδωρος Τρύφων
Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης
Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ)
«Το επενδυτικό clawback είναι το πιο
επιτυχημένο ΣΔΙΤ»

12 Έρευνα

Έκθεση του ΠΟΥ για την ΤΝ στην Υγεία

18 Συνέντευξη

Δρ Παναγιώτης Μπογιατζίδης
Διοικητής 4ης ΥΠΕ Μακ. και Θράκης
Η 4η ΥΠΕ: Προκλήσεις και ευκαιρίες
για το ΕΣΥ

24 Συνέντευξη

Ελευθερία Τοκαλίδη
Διευθύνουσα Σύμβουλος, ΙΦΕΤ
Τα φιλόδοξα σχέδια του ΙΦΕΤ
για το 2026

28 Άρθρο

Παχυσαρκία:
Μια πολύπλοκη νόσος που χρειάζεται
ολισπική αντιμετώπιση

29 ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

30 Έρευνα

Νέες εξελίξεις στη θεραπεία
του διαβήτη

34 Άρθρο

Η παγκόσμια πρόκληση του
σακχαρώδη διαβήτη: Δεδομένα,
επιπτώσεις και αντιμετώπιση

38 Ρεπορτάζ

Ξεκίνησε στον ΕΟΠΥΥ η
διαπραγμάτευση ιατροτεχνολογικών
προϊόντων

40 Ρεπορτάζ

Ψηφιακή εφαρμογή με τις νέες
ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες

P.h.B

pharma & health BUSINESS

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ
ΤΙΜΗ ΤΕΥΧΟΥΣ 10 €

#093

NOE-ΔΕΚ 2025

ISSN: 2241-0961

Κωνσταντίνος Ουζούνης

ΕΚΔΟΤΗΣ
ouzounis.k@ethosmedia.eu

Γαλάτεια Μπασέα

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ /
ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΟΧΟΣ
bassea.g@ethosmedia.eu

Κωνσταντίνος Ουζούνης

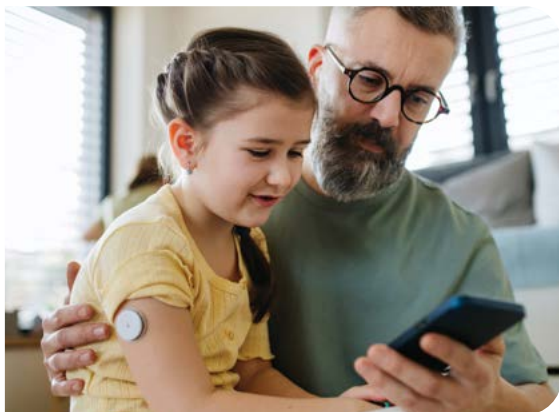
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ
ouzounis.k@ethosmedia.eu

Γιούλη Μουτεβελή

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
mouteveli.g@ethosmedia.eu

Μαρία Ανδριώτη

ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ
andrioti.m@ethosmedia.eu



34

44



60

41 Ρεπορτάζ

Ασπίδα οι στατίνες
σε διαβητικούς

42 Ρεπορτάζ

Νέο ψηφιακό πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ
για τους διαβητικούς

44 Άρθρο

Όραση: Ποιοι κίνδυνοι υπάρχουν
από τα νέα φάρμακα για τον διαβήτη
και το αδυνάτισμα

46 Ρεπορτάζ

Έρευνα-«σοκ» σε εργαζόμενους
με διαβήτη

48 Ρεπορτάζ

Οδηγίες ΠΟΥ για τον διαβήτη
κύησης

52 Ρεπορτάζ

Κλινικές μελέτες:
Τα μετέωρα βήματα και οι προκλήσεις

60 Έρευνα

Η Υγεία στην Ευρώπη

64 Συνέντευξη Publi

Από την εξατομικευμένη ιατρική
έως την πράσινη παραγωγή:
Το όραμα της Amgen για το μέλλον

68 Συνέντευξη Publi

«Επιτομή των προσπαθειών μας
η ανάθεση της "καί' οίκον" διάθεσης
φαρμάκων υψηλού κόστους (ΦΥΚ)
από τον ΕΟΠΥΥ»

70 Συνέντευξη Publi

«Καινοτομούμε στον λογιστικό
εκσυγχρονισμό των Φορέων Γενικής
Κυβέρνησης»

72 Ρεπορτάζ

Εύκολη η πρόσβαση των Ελλήνων
εφήβων σε αλκοόλ και ουσίες



72

Αιμίλιος Νεγκής

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
negis.e@ethosmedia.eu

Μαρία Αλιμπέρτη

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΑ
alimperti.m@ethosmedia.eu

Χρήστος Χαραλαμπίδης

KEY ACCOUNT MANAGER
charalampakis.c@ethosmedia.eu

Χριστίνα Κρούλι

ΥΠΟΔΟΧΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ
krouli.c@ethosmedia.eu

Λωρέττα Μπούρα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ
boura.l@ethosmedia.eu

Πόπη Καλογιάννη

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ
popikalogianni@gmail.com

Αμαλία Λούβαρη

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΔΙΟΡΘΩΣΗ
louvari.a@ethosmedia.eu

Photopress/

Θ&Α Αναγνωστόπουλοι
Shutterstock
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

Pressious Αρβανιτίδης Α.Β.Ε.Ε.

ΕΚΤΥΠΩΣΗ-ΒΙΒΛΙΟΔΕΣΙΑ-
ΣΑΚΟΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

ιδιοκτησία

ethos MEDIA

ΕΠΩΝΥΜΙΑ: ΕΘΟΣ MEDIA ΑΝΩΝΥΜΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΑΕ
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ: ΕΘΟΣ MEDIA ΑΕ
ΕΔΡΑ: Λυσικράτους 64, Καλλιθέα 176 74
ΑΦΜ: 998038545
ΔΟΥ: ΚΕΦΟΔΕ Αττικής
Αριθμός ΓΕΜΗ: 00044774007000
Τηλέφωνο: 210 998 4950
Email: info@ethosmedia.eu



Πιστοποιημένο Έντυπο
με μοναδικό αριθμό
Μ.Ε.Τ. 240417

Το... ψηφιακό ΕΣΥ είναι εδώ!

Το 2025 φεύγει. Όχι όμως με άδεια χέρια. Θα μείνει στην ιστορία ως η χρονιά που το ΕΣΥ άρχισε να γίνεται πιο... ψηφιακό. Ας καθίσουμε ένα λεπτό να δούμε τι έχει συμβεί: Εδώ και αρκετούς μήνες, οι πολίτες που εξέρχονται από το νοσοκομείο δέχονται ένα SMS και μπορούν να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες που έλαβαν. Πιο πρόσφατα, οι πολίτες μπορούν πολύ εύκολα (καλώντας το 1566 ή μέσω του MyHealth app) να κλείσουν ραντεβού με τον γιατρό που επιθυμούν. Ακόμη πιο πρόσφατα, τέθηκε σε λειτουργία και ο MyHealth Agent - Ψηφιακός Βοηθός που παρέχει στον πολίτη πληροφορίες για εξετάσεις, ραντεβού κ.λπ.

Όχι, οι αλλαγές δεν αφορούν τον πυρήνα του ΕΣΥ. Δηλαδή πώς οργανώνονται και λειτουργούν οι υπηρεσίες του ΕΣΥ. Όμως, αναμφίβολα, βελτιώνουν σημαντικά την εμπειρία των πολιτών και το «ταξίδι» τους μέσα στο σύστημα υγείας –που υπήρξε μία από τις χρόνιες αδυναμίες, αφού δεν υπάρχει «οικογενειακός ιατρός».

Όσον αφορά το τελευταίο, έχω την αίσθηση ότι μπαίνει σε δεύτερη μοίρα πλέον. Έτσι και αλλιώς, η κυβέρνηση δεν κατάφερε να πείσει το ιατρικό σώμα να συμμετάσχει στον θεσμό του «προσωπικού ιατρού».

Το 2025 φεύγει με αρκετή «προίκα» σε ψηφιακό επίπεδο. Το στοίχημα για το 2026 δεν είναι άλλο από το να **εδραιώσουμε αυτήν την κληρονομιά** και, με τα δεδομένα και την εμπειρία που θα αποκτήσουμε, να αναδιατάξουμε τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

Καλή χρονιά και καλή δύναμη!

Αιμίλιος Νεγκής

Το στοίχημα για το 2026 δεν είναι άλλο από το να εδραιώσουμε αυτήν την κληρονομιά και, με τα δεδομένα και την εμπειρία που θα αποκτήσουμε, να αναδιατάξουμε τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.



editorial

Πρόλαβε την COVID-19 πριν επιδεινωθεί!

Η υγεία μας παραμένει εύθραυστη απέναντι στην COVID-19. Τώρα όμως, μπορείς να δράσεις άμεσα και να συμβουλευτείς το γιατρό σου για τις διαθέσιμες θεραπείες!



Αν ανήκεις σε μία από τις ομάδες υψηλού κινδύνου όπως:

- Άτομα άνω των 60 ετών • Ασθενείς με καρδιολογικά νοσήματα • Διαβητικοί
- Ανοσοκατεσταλμένοι • Ασθενείς με πνευμονοπάθειες • Άτομα με παχυσαρκία

Κάνε τεστ με τα πρώτα συμπτώματα. Αν είναι θετικό, συμβουλεύσου αμέσως το γιατρό σου για τις επιλογές θεραπείας που υπάρχουν.

Μια πρωτοβουλία της 

«Το “επενδυτικό clawback” είναι το πιο επιτυχημένο ΣΔΙΤ»

Το επόμενο κρίσιμο βήμα είναι η πλήρης ψηφιοποίηση της φαρμακευτικής αλυσίδας

Συνέντευξη στον
Αιμίλιο Νεγκή

Το «επενδυτικό clawback» αποτελεί το πιο επιτυχημένο ΣΔΙΤ που έχει σχεδιαστεί κεντρικά και υλοποιείται από την κυβέρνηση και φορείς, με πολύ θετικά αποτελέσματα. Το κράτος πέτυχε, με περίπου το 5%-7% των επιστροφών που δίνει η φαρμακοβιομηχανία, να μοχλεύσει ιδιωτικούς πόρους 1,8 δισ. ευρώ ως το 2028 για νέες επενδύσεις σε παραγωγικές και ερευνητικές υποδομές.

Αυτό επισημαίνει, σε συνέντευξή του στο PhB, ο κ. Θεόδωρος Τρύφων, πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ) και συνδιευθύνων σύμβουλος της φαρμακευτικής εταιρείας ΕΛΠΕΝ.

Σημειώνει δε ότι θεωρεί κρίσιμη τη **μονιμοποίηση του επενδυτικού clawback**, με τη συμμετοχή του Δημοσίου μέσω ΠΔΕ ή άλλων ευρωπαϊκών πόρων.

Παράλληλα, ζητεί ένα σταθερό πλάνο **σταδιακής αύξησης των προϋπολογισμών**, που θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τη δημογραφική γήρανση, την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και το κόστος νέων θεραπειών. Υπογραμμίζει βέβαια ότι είναι ανάγκη για βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος με **εργαλεία για τον έλεγχο της δαπάνης**, όπως πρωτόκολλα, φίλτρα, κόφτες, ολοκλήρωση ΑΗΦΥ, ηλεκτρονική συνταγογράφηση στα νοσοκομεία και ψηφιοποίηση.

Ειδικότερα, θεωρεί ότι το επόμενο κρίσιμο βήμα είναι η **πλήρης ψηφιοποίηση της φαρμακευτικής αλυσίδας**. Η διασύνδεση ΕΟΠΥΥ-ΕΟΦ-ΗΔΙΚΑ θα επιτρέψει έλεγχο σε πραγματικό χρόνο, αξιοποίηση Big Data και Τεχνητής Νοημοσύνης για τον εντοπισμό υπερσυνταγογράφησης και αδικαιολόγητης κατανάλωσης. Η μετάβαση σε ένα **Ψηφιακό Οικοσύστημα Φαρμάκου** μπορεί να οδηγήσει στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων με διαφάνεια και μετρήσιμα αποτελέσματα.

ΕΡ_ Ποια είναι τα βασικά μεγέθη της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας και ποια η σημασία της για την οικονομία της χώρας;

ΑΠ_ Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία αποτελεί έναν από τους πιο σταθερούς και παραγωγικούς κλάδους της χώρας, με ισχυρό αποτύπωμα στην οικονομία, την απασχόληση και τη δημόσια υγεία. Η ΠΕΦ αριθμεί **57 φαρμακευτικές επιχειρήσεις-μέλη, με 51 εργοστάσια**

παραγωγής και 27 κέντρα Έρευνας & Ανάπτυξης, που αντιπροσωπεύουν το **12% της παραγωγικής ικανότητας φαρμάκων στην Ευρώπη**. Σημειώσω ότι στα μέλη μας περιλαμβάνονται και οι ελληνικές θυγατρικές δύο ξένων εταιρειών που λειτουργούν 2 παραγωγικές υποδομές με σημαντική συμβολή στις παραγωγικές δυνατότητες της χώρας μας. Συνολικά, η εγχώρια παραγωγή φαρμάκων υψηλής ποιότητας καλύπτει σήμερα πάνω από το **60% των φαρμακευτικών**

“

Η χρήση γενοσώμων στην Ελλάδα παραμένει περίπου στο 28%-30%, τη στιγμή που ο ευρωπαϊκός μέσος όρος υπερβαίνει το 65%.

”



“

Η ΠΕΦ αριθμεί 57
φαρμακευτικές
επιχειρήσεις-μέλη,
με 51 εργοστάσια
παραγωγής και 27
κέντρα Έρευνας &
Ανάπτυξης.

”

Θεόδωρος Τρύφων

Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης
Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ)

αναγκών των ασθενών στην Ελλάδα, καλύπτοντας **8 εκατομμύρια ασφαλισμένους**, ενώ τα φάρμακά μας **εξάγονται σε 150 χώρες**, καλύπτοντας τις ανάγκες **40 εκατομμυρίων Ευρωπαίων**. Σημειώνω ότι ο στρατηγικός ρόλος της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας ως ένας από τους κορυφαίους εξαγωγείς φαρμάκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτυπώθηκε με τον πλέον ξεκάθαρο τρόπο, πριν από λίγες ημέρες, με την **ισχυρή παρουσία 28 εταιρειών μελών** της ΠΕΦ στη

φετινή **Διεθνή Έκθεση CPHI 2025 στη Φρανκφούρτη**, η οποία αποτελεί τη μεγαλύτερη διεθνή συνάντηση του φαρμακευτικού κλάδου.

Σε επίπεδο απασχόλησης, η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία απασχολεί άμεσα περισσότερους από **14.000 εργαζομένους** με τη συνολική συμβολή στην απασχόληση να ανέρχεται σε **~65.000 θέσεις εργασίας**. Ταυτόχρονα, κάθε ευρώ που επενδύεται στην ελληνική φαρμακοβιομηχανία επιστρέφει **3,2 ευρώ στην οι-**

Κάθε ευρώ που επενδύεται στην ελληνική φαρμακοβιομηχανία επιστρέφει 3,2 ευρώ στην οικονομία.

κονομία. Συμπληρωματικά, υπογραμμίζω ότι υλοποιούμε ένα σημαντικό επενδυτικό πρόγραμμα των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών ύψους **1,8 δισ. ευρώ έως το 2028**, που περιλαμβάνει **10 νέα εργοστάσια** και **14 νέα ερευνητικά κέντρα**, επενδύσεις που αναμένεται να δημιουργήσουν συνολικά **5.500 νέες άμεσες θέσεις εργασίας υψηλής εξειδίκευσης**. Τα στοιχεία αυτά αποδεικνύουν ότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία δεν είναι απλώς παραγωγικός τομέας. Είναι στρατηγικός μοχλός ανάπτυξης, που συνδυάζει εξωστρέφεια, τεχνολογία και κοινωνική ανταποδοτικότητα.

ΕΡ_Πρόσφατα, έγινε γνωστό το ύψος των επιστροφών για το πρώτο εξάμηνο του 2024 και οσονούπω αναμένουμε και για το δεύτερο. Έχετε κάνει ευθέως λόγο για χρηματοδοτικό κενό όσον αφορά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη. Πόσο εκτιμάτε ότι είναι αυτό; Τι προτείνετε για να αντιμετωπιστεί;

ΑΠ_Η χρόνια υποχρηματοδότηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί τη σημαντικότερη πρόκληση για τη βιωσιμότητα του συστήματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι, το 2024, η κρατική χρηματοδότηση για φάρμακα στον ΕΟΠΥΥ και τα νοσοκομεία ανήλθε σε 3,04 δισ. ευρώ, ενώ οι υποχρεωτικές επιστροφές των εταιρειών ξεπέρασαν τα 3,47 δισ. ευρώ, υπερβαίνοντας τη συνεισφορά του κράτους. Με άλλα λόγια, **οι φαρμακοβιομηχανίες, ουσιαστικά, «συγχρηματοδοτούν» το σύστημα υγείας, και μάλιστα με μεγαλύτερο μερίδιο από ό,τι το ίδιο το κράτος**. Αυτό δεν συμβαίνει πουθενά στον κόσμο.

Το χρηματοδοτικό κενό εκτιμάται σε περίπου 1,5 δισ. ευρώ, αποτέλεσμα της ασυμμετρίας μεταξύ προϋπολογισμών και πραγματικών αναγκών. Από το 2012 έως το 2022, η βιομηχανία έχει επιστρέψει συνολικά στο κράτος 14,7 δισ. ευρώ, ποσό πρωτοφανές σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Και, δυστυχώς, το πρόβλημα παραμένει μεγάλο για τα εγχώρια παραγόμενα οικονομικά φάρμακα.

Ειδικά για τα **γενόσημα**, εκτιμάται ότι **μεταξύ 2016 και 2021 αυτά επιβαρύνθηκαν μόνο στον ΕΟΠΥΥ με περίπου 200 εκατ. ευρώ πρόσθετο clawback**, λόγω της ανάπτυξης των νέων on-patent φαρμάκων.

Σε κάθε περίπτωση, είναι δεδομένη η ανάγκη τόσο για ρεαλιστικές **αυξήσεις των**

φαρμακευτικών προϋπολογισμών όσο και για **βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος** με εργαλεία για τον **έλεγχο της δαπάνης** (πρωτόκολλα, φίλτρα, κόφτες, ολοκλήρωση ΑΗΦΥ, e-συνταγογράφηση στα νοσοκομεία, ψηφιοποίηση). Εξίσου σημαντικός είναι και ο **εξορθολογισμός της αποζημίωσης** μέσω πλήρους ανάπτυξης του **μηχανισμού HTA**.

ΕΡ_Το 2026, ολοκληρώνεται το Ταμείο Ανάκαμψης, που είχε λάβει πρόνοια για το clawback στα φάρμακα. Τι θα γίνει όμως από το 2027 και μετά;

ΑΠ_Το Ταμείο Ανάκαμψης χρηματοδοτεί ένα μέρος του clawback ενώ παράλληλα επιτρέπει τη συνέχιση των επενδύσεων και την προσέλκυση νέων. Από το 2027 και μετά, αν δεν υπάρξει διάδοχος μηχανισμός, η επιβάρυνση θα επανέλθει εξολοκλήρου στις εταιρείες, ακυρώνοντας, στην πράξη, τα οφέλη των επενδύσεων. Πρέπει να αντιληφθούμε ότι η υγεία των πολιτών, η επάρκεια της αγοράς και η βιωσιμότητα των επιχειρήσεων δεν μπορούν να στηρίζονται σε μηχανισμούς αυτόματης επιστροφής και τη συγχρηματοδότηση του συστήματος από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Απαιτούν ένα σταθερό και προβλέψιμο πλαίσιο, που να στηρίζει την πρόσβαση των ασθενών και να επιτρέπει τη συνέχιση των επενδύσεων. Στο πλαίσιο αυτό, θεωρούμε κρίσιμη τη μονιμοποίηση του επενδυτικού clawback, με τη συμμετοχή του Δημοσίου μέσω ΠΔΕ ή άλλων ευρωπαϊκών πόρων.

Παράλληλα, ζητάμε ένα σταθερό πλάνο σταδιακής αύξησης των προϋπολογισμών, που θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τη δημογραφική γήρανση, την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και το κόστος νέων θεραπειών.

Τα ανωτέρω αποτελούν στρατηγική επιλογή, καθώς από αυτήν εξαρτάται η ολοκλήρωση των έργων του τρέχοντος επενδυτικού κύκλου, ύψους 1,8 δισ. ευρώ, των ελληνικών φαρμακευτικών εταιρειών και η δυνατότητα της Ελλάδας να παραμείνει παραγωγικός κόμβος φαρμάκου στην Ευρώπη.

ΕΡ_Από την άλλη, κάρη στο επενδυτικό clawback, η ελληνική φαρμακοβιομηχανία προχωρεί σε μεγάλες επενδύσεις. Πώς εξελίσσονται αυτές; Έχει διασφαλιστεί η βιωσιμότητά τους;

ΑΠ_ Πρώτα από όλα, οφείλω να υπογραμμίσω ότι το «επενδυτικό clawback» αποτελεί, κατά την άποψή μου, **το πιο επιτυχημένο ΣΔΙΤ** που έχει σχεδιαστεί κεντρικά και υλοποιείται από την κυβέρνηση και φορείς, με πολύ θετικά αποτελέσματα. Το κράτος πέτυχε, **με περίπου το 5% με 7% των επιστροφών** που δίνει η φαρμακοβιομηχανία, **να μοχλεύσει 1-δισ. ευρώ** ως το 2028 για νέες επενδύσεις σε παραγωγικές και ερευνητικές υποδομές.

Όπως προανέφερα, οι επενδύσεις αυτές περιλαμβάνουν **10 νέες γραμμές παραγωγής, 14 ερευνητικά κέντρα** και τεχνολογικές υποδομές που θα ενισχύσουν ακόμα περισσότερο τον ήδη σημαντικό ρόλο της χώρας μας ως έναν από τους σημαντικότερους παραγωγικούς κόμβους στην Ευρώπη.

Δεύτερον, οι επενδύσεις αυτές θα δημιουργήσουν **5.500 νέες, καλά αμειβόμενες, εξειδικευμένες θέσεις εργασίας**, ενώ η συνολική άμεση και έμμεση θετική επίδραση στην απασχόληση αναμένεται να ανέλθει σε **περίπου 22.000 θέσεις εργασίας**.

Τρίτον, το **πολλαπλασιαστικό όφελος για το ΑΕΠ** –που σύμφωνα με το IOBE φθάνει στο 130% του επενδυόμενου ποσού– συνεπάγεται **ετήσια αύξηση δημοσίων εσόδων κατά 260 εκατ. ευρώ**. Ταυτόχρονα, οι επενδύσεις μας συμβάλλουν στη **μείωση του εμπορικού ελλείμματος** μέσω αύξησης εξαγωγών, αλλά και στη **μείωση του επενδυτικού κενού** που δημιουργήθηκε λόγω της δεκαετούς οικονομικής κρίσης που πέρασε η χώρα. Θα επιφέρουν, δηλαδή, **μείωση της απόστασης** που μας χωρίζει **από την Ευρώπη**.

Εξίσου σημαντικό είναι να τονιστεί ότι οι επενδύσεις αφορούν και τη διασύνδεση της επιστήμης με την αγορά, την ενίσχυση της καινοτομίας και –πολύ κρίσιμης– ποιοτικής απασχόλησης. Ωστόσο, τονίζεται, και πάλι, ότι η διατήρηση αυτής της δυναμικής εξαρτάται από τη συνέχιση του μηχανισμού μετά το 2026. Οι επενδύσεις απαιτούν ένα σταθερό επενδυτικό πλαίσιο, ώστε να συνεχιστεί η ροή κεφαλαίων, να προσελκυστούν ακόμη περισσότερες νέες επενδύσεις και να εδραιωθεί η Ελλάδα ως κέντρο φαρμακευτικής παραγωγής και έρευνας στη Νοτιοανατολική Ευρώπη.

ΕΡ_ Η αλήθεια είναι, όμως, ότι, **τον τελευταίο ενάμιση χρόνο, η κυβέρνηση**

έλαβε μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης. Γιατί δεν αποδίδουν; Χρειαζόμαστε επιπλέον μέτρα; Και ποια μπορεί να είναι αυτά;

ΑΠ_ Τα μέτρα που υιοθετήθηκαν τα τελευταία δύο χρόνια έχουν **αρχίσει να αποδίδουν**, και τα πρώτα αποτελέσματα είναι ήδη ορατά. Ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης έχει επιβραδυνθεί, ενώ η σταδιακή εφαρμογή φίλτρων και κοφτών, με στόχο τον περιορισμό της αδόκιμης συνταγογράφησης, σαφώς βελτιώνουν την αποδοτικότητα του συστήματος.

Ωστόσο, θεωρούμε ότι το επόμενο κρίσιμο βήμα είναι η **πλήρης ψηφιοποίηση της φαρμακευτικής αλυσίδας**. Η διασύνδεση ΕΟΠΥΥ-ΕΟΦ-ΗΔΙΚΑ θα επιτρέψει έλεγχο σε πραγματικό χρόνο, αξιοποίηση Big Data και Τεχνητής Νοημοσύνης για τον εντοπισμό υπερσυνταγογράφησης και αδικαιολόγητης κατανάλωσης. Η μετάβαση σε ένα Ψηφιακό Οικοσύστημα Φαρμάκου μπορεί να οδηγήσει στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων με διαφάνεια και μετρήσιμα αποτελέσματα. Είναι δεδομένο ότι η μετάβαση από την οριζόντια λογική των περικοπών σε ένα **σύστημα τεκμηριωμένης αποδοτικότητας** αποτελεί τον μόνο τρόπο για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος. Οι σαφείς κανόνες και ο ολοκληρωμένος ψηφιακός έλεγχος αποτελούν εγγύηση ότι οι Έλληνες ασθενείς θα εξακολουθούν να έχουν πρόσβαση σε κάθε αναγκαία θεραπεία.

Ασφαλώς, στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο ρόλος της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας στη διασφάλιση της επάρκειας και της πρόσβασης είναι στρατηγικός, όπως άλλωστε αποδείχθηκε κατά την πρόσφατη υγειονομική κρίση του COVID.

ΕΡ_ Παρά τις εξαγγελίες και τα όποια μέτρα έχουν εφαρμοστεί, **η διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων υπολείπεται των στόχων. Ποια είναι η κατάσταση που επικρατεί σήμερα και πώς μπορεί να βελτιωθεί;**

ΑΠ_ Η χρήση γενοσήμων στην Ελλάδα παραμένει περίπου στο **28%-30%**, τη στιγμή που ο ευρωπαϊκός μέσος όρος υπερβαίνει το 65%. Επομένως, παρά τη βελτίωση των τελευταίων ετών, υπάρχει ακόμη **μεγάλο περιθώριο βελτίωσης**. Γιατί είναι δεδομένο ότι η ενίσχυση της χρήσης γενοσήμων δεν αποτελεί απλώς δημοσιονομικό μέτρο, αλλά πολιτική που αφορά

“

Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία διαθέτει υποδομές που αντιστοιχούν στο 12% του παραγωγικού δυναμικού της Ευρώπης, εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξαγωγική εμπειρία σε περίπου 150 χώρες.

”

στην επάρκεια του συστήματος, τον περιορισμό των ελλείψεων και την ασφάλεια του εφοδιασμού.

Το σύστημα οφείλει να αντιμετωπίσει τα γενόσημα ως εργαλείο αυτάρκειας, εξοικονόμησης και ανάπτυξης, αξιοποιώντας τη δυνατότητά τους για μείωση της δαπάνης, προστασία της επάρκειας και δημιουργία οικονομικής προστιθέμενης αξίας που διαχέεται στο σύνολο της οικονομίας. Σήμερα, τα ελληνικά γενόσημα **καλύπτουν περίπου 8 εκατομμύρια ΑΜΚΑ** κυρίως χρόνιων ασθενών, με **μέσο μηνιαίο κόστος θεραπείας μικρότερο από 6 ευρώ!**

Η **αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων** μέσα από μια συνεκτική και ολοκληρωμένη πολιτική θα βοηθήσει και τους **ασθενείς** με τη μείωση της ιδιωτικής τους συμμετοχής, και το **σύστημα υγείας** με τη σημαντική εξοικονόμηση πόρων, αλλά και την **εγχώρια φαρμακοβιομηχανία**, που σήμερα επιχειρεί υπό το ασφυκτικό βάρος υπέρογκων υποχρεωτικών επιστροφών. Χαρακτηριστικά, αναφέρω ότι **μια αύξηση 10 μονάδων στη διείσδυση των γενοσήμων** ισοδυναμεί με **εξοικονόμηση περίπου 200 εκατ. ευρώ ετησίως**, ποσό που θα μπορούσε να χρηματοδοτήσει νέες θεραπείες.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της σύγκλισης με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο σε ό,τι αφορά στη διείσδυση των γενοσήμων απαιτείται **μια συνολική πολιτική μέτρων και κινήτρων**, που περιλαμβάνουν την πλήρη εφαρμογή φίλτρων συνταγογράφησης, με στόχο τον περιορισμό της μη αναγκαίας υποκατάστασης με νεότερα ακριβότερα σκευάσματα, την προτεραιοποίηση των γενοσήμων και των οικονομικότερων επιλογών σε κάθε βήμα των πρωτοκόλλων, στη διασύνδεσή τους με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων. Ακόμη, απαιτούνται ουσιαστικά οικονομικά κίνητρα για τη διάθεση των οικονομικότερων επιλογών στα φαρμακεία και, ασφαλώς, διαρκής εκστρατεία ενημέρωσης των ασθενών για την αξία και την ποιότητα των γενοσήμων.

ΕΡ_Βιώνουμε, διεθνώς, πρωτοφανείς γεωπολιτικές και οικονομικές εξελίξεις. Την ίδια ώρα, αναθεωρείται η νομοθεσία της ΕΕ για το φάρμακο. Ποιες προκλήσεις και ευκαιρίες υπάρχουν για την ελληνική φαρμακοβιομηχανία;

ΑΠ_Είναι δεδομένο ότι μετά την πανδημική κρίση, η Ευρώπη βρίσκεται σε φά-

ση αναδιάταξης της φαρμακευτικής της πολιτικής. Η αναθεώρηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας και η δημιουργία της Συμμαχίας για τα Κρίσιμα Φάρμακα επιδιώκουν να μειώσουν την εξάρτηση από τρίτες χώρες και να ενισχύσουν την ευρωπαϊκή παραγωγική αυτάρκεια. Παράλληλα, οι γεωπολιτικές αναταράξεις, η ενεργειακή κρίση και το υψηλό κόστος πρώτων υλών καθιστούν την ανασυγκρότηση της βιομηχανικής βάσης επιτακτική. Σε αυτό το νέο περιβάλλον, η ελληνική φαρμακοβιομηχανία έχει όλα τα πλεονεκτήματα για να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο. Διαθέτει υποδομές που αντιστοιχούν στο 12% του παραγωγικού δυναμικού της Ευρώπης, εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξαγωγική εμπειρία σε περίπου 150 χώρες. Οι ελληνικές εταιρείες μπορούν να αποτελέσουν πυλώνες της ευρωπαϊκής στρατηγικής αυτονομίας, παράγοντας κρίσιμα φάρμακα και δραστικές. Ωστόσο, υπάρχουν και σημαντικές προκλήσεις. Η χώρα μας έχει την ιδιομορφία **να μη διαθέτει πολλές μεγάλες επιχειρήσεις**, που μπορούν να αντιμετωπίσουν ευκολότερα τις εξωτερικές προκλήσεις και γεωπολιτικές αναταράξεις. Ταυτόχρονα, για εμάς παραμένει κρίσιμο στοιχείο η **δυνατότητα συνεργασιών και συνεργειών** τόσο μεταξύ των επιχειρήσεων όσο και με το κράτος, την ακαδημαϊκή κοινότητα και τις ερευνητικές υποδομές. Εξίσου σημαντικό είναι ότι υπάρχει **έλλειμμα εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού**, ένα πανευρωπαϊκό πρόβλημα που εμείς, ως ΠΕΦ, προσπαθούμε να λύσουμε μέσα από πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα προσωπικού που αναπτύσσουμε σε συνεργασία με τα πανεπιστήμιά μας.

Επίσης, αξίζει να σημειώσω ότι η εγχώρια παραγωγή αντιμετωπίζει δυσκολίες αύξησης της διεθνούς ανταγωνιστικότητάς της και λόγω της δραματικής **αύξησης του κόστους παραγωγής** (κόστος ενέργειας, κόστος πρώτων και βοηθητικών υλών, τεράστια αύξηση μεταφορικών, λόγω γεωπολιτικών εντάσεων και ενέργειας).

Τέλος, αντιμετωπίζουμε ένα **διαρκώς αυξανόμενο κόστος συμμόρφωσης με την ευρωπαϊκή περιβαλλοντική νομοθεσία** για εκπομπές, απόβλητα και χρήση πόρων, ενώ σε εθνικό πλαίσιο χρειάζεται, πολλές φορές, να ξεπεράσουμε **γραφειοκρατικές διαδικασίες και καθυστερήσεις** που περιορίζουν τα στρατηγικά πλεονεκτήματα των εταιρειών μας μέσα σε ένα παγκοσμιοποιημένο και ιδιαίτερος ανταγωνιστικό περιβάλλον. •••

Υπάρχει ανάγκη τόσο για ρεαλιστικές αυξήσεις των φαρμακευτικών προϋπολογισμών όσο και για βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος με εργαλεία για τον έλεγχο της δαπάνης.

Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ*



**360
MARKETING
APPROACH**

**ΔΙΑΝΟΜΗ
και
ΠΡΩΘΗΣΗ**

**ΗΓΕΤΙΚΗ
ΘΕΣΗ**

Η BIAN A.E. είναι θυγατρική του Ομίλου Γιαννακόπουλου,
με δυναμική πορεία ανάπτυξης από το 1995, έτος ίδρυσής της.

**Πρωτοπόρος στη διαχείριση των μεγαλύτερων φαρμακευτικών προϊόντων.
Κορυφαία στην άριστη παροχή υπηρεσιών.**

Έκθεση του ΠΟΥ για την ΤΝ στην Υγεία

Η Τεχνητή Νοημοσύνη αναδιαμορφώνει τα συστήματα υγείας

Η τεχνητή νοημοσύνη (ΤΝ) μετασχηματίζει τα συστήματα υγείας, αναδιαμορφώνοντας τον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζεται, παρέχεται και διακυβερνάζεται η φροντίδα, όπως δείχνει η πρώτη του είδους της έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Η έκθεση παρουσιάζει την πρώτη αξιολόγηση της ενσωμάτωσης της ΤΝ στα συστήματα υγείας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ, με βάση τα ευρήματα της έρευνας 2024-2025 σχετικά με την ΤΝ για την υγειονομική περίθαλψη. Εξετάζει τις εθνικές στρατηγικές, τα μοντέλα διακυβέρνησης, τα νομικά και δεοντολογικά πλαίσια, την ετοιμότητα του εργατικού δυναμικού, τη διακυβέρνηση δεδομένων, τη συμμετοχή των ενδιαφερόμενων μερών, τους ρόλους του ιδιωτικού τομέα και την υιοθέτηση εφαρμογών ΤΝ.

Βασισμένη σε πληροφορίες από 50 κράτη μέλη, η έκθεση διερευνά τον τρόπο με τον οποίο οι χώρες διαχειρίζονται ευκαιρίες και προκλήσεις, επισημαίνοντας τις αναδυόμενες τάσεις, τα κενά και τις πρακτικές για να καθοδηγήσει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής προς συνεκτικές, ηθικές και ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις στην ΤΝ στην υγειονομική περίθαλψη.

Τα ευρήματα

Ένας μικρός αριθμός κρατών μελών έχει αναπτύξει ή βρίσκεται στη διαδικασία ανάπτυξης στρατηγικών ΤΝ ειδικά για την υγεία, ενώ πολλά άλλα έχουν υιοθετήσει

ή προωθούν ενεργά διατομεακές στρατηγικές ΤΝ.

Την εποπτεία και την εφαρμογή των στρατηγικών ΤΝ συνήθως διαχειρίζονται υφιστάμενες κυβερνητικές υπηρεσίες, είτε μέσω ενός μόνο οργανισμού είτε μέσω πολλών υπηρεσιών. Μια λιγότερο συνηθισμένη προσέγγιση περιλαμβάνει τη δημιουργία εντελώς νέων, ανεξάρτητων φορέων για την καθοδήγηση αυτού του έργου.

Ενώ οι διατομεακές στρατηγικές προσφέρουν ευρεία εποπτεία και συνέπεια σε όλους τους τομείς, συχνά δεν έχουν την απαραίτητη εξειδίκευση για την αντιμετώπιση των προτεραιοτήτων του συστήματος υγείας. Αντίθετα, οι στρατηγικές ειδικά για την υγεία επιτρέπουν πιο στοχευμένη διακυβέρνηση και ταχύτερη εφαρμογή, αλλά εάν δεν υπάρχει αποτελεσματικός συντονισμός, υπάρχει κίνδυνος κατακερματισμού των κανονισμών, ασυνέπειας στα πρότυπα και διπλής εποπτείας.

Οι τομείς δράσης περιλαμβάνουν:

- Ανάπτυξη ή/και ενημέρωση εθνικών στρατηγικών, είτε ειδικά για την υγεία είτε διατομεακών, που θέτουν ένα σαφές όραμα, ευθυγραμμισμένο με τις προτεραιότητες υγείας, και ενσωματώνονται σε ευρύτερα αναπτυξιακά σχέδια.
- Καθορισμό χρονικά περιορισμένων στόχων, με ισχυρά πλαίσια παρακολούθησης και αξιολόγησης για την παρακολούθηση της προόδου και τη διασφάλιση της λογοδοσίας.

Οι οδηγοί των αλλαγών

Η συμμετοχή των ασθενών, των δημόσιων ενώσεων και των κλινικών ιατρών καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής της Τεχνητής Νοημοσύνης είναι κρίσιμη για τη διασφάλιση της συνάφειας, της ηθικής βάσης και της κοινωνικής αποδοχής. Η



συμμετοχή των ενδιαφερόμενων μερών, η κινητοποίηση ιδιωτικών επενδύσεων, η διασυννοριακή συνεργασία και η ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού ενισχύουν την εμπιστοσύνη και διασφαλίζουν την ενσωμάτωση της συμπεριληπτικής, ηθικής Τεχνητής Νοημοσύνης.

Σε ολόκληρη την περιοχή, τα περισσότερα κράτη μέλη έχουν λάβει μέτρα για να εμπλέξουν τα ενδιαφερόμενα μέρη στη διαμόρφωση της χρήσης της Τεχνητής Νοημοσύνης στην υγεία. Αυτές οι διαβουλεύσεις διεξάγονται κυρίως μέσω ομάδων εστίασης και τείνουν να επικεντρώνονται σε κυβερνητικούς φορείς, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και προγραμματιστές Τεχνητής Νοημοσύνης. Οι ενώσεις ασθενών και το ευρύτερο κοινό παραμένουν σημαντικά υποεκπροσωπούμενοι σε αυτές τις διαδικασίες, υπογραμμίζοντας ένα κενό στην χωρίς αποκλεισμούς συμμετοχή.

Η περιορισμένη συμμετοχή ενέχει τον κίνδυνο παραγωγής εργαλείων που δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες, μειώνουν την υιοθέτηση ή επιδεινώνουν τις ανισότητες. Ομοίως, τα κενά στην εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού μπορούν να οδηγήσουν σε υπερβολική εξάρτηση από την Τεχνητή Νοημοσύνη, διάβρωση της κλινικής κρίσης και προκλήσεις στην κριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η αντιμετώπιση αυτών των κενών απαιτεί την ενσωμάτωση των απόψεων των ενδιαφερόμενων μερών στον σχεδιασμό και τη διακυβέρνηση, ενώ παράλληλα δημιουργούνται ικανότητες για την ασφαλή και αποτελεσματική λειτουργία μοντέλων φροντίδας ενισχυμένων με Τεχνητή Νοημοσύνη. Οι ευκαιρίες για εκπαίδευση και κατάρτιση στην Τεχνητή Νοημοσύνη παραμένουν επίσης περιορισμένες. Λίγα κράτη μέλη έχουν ενσωματώσει περιεχόμενο που σχετίζεται με την Τεχνητή Νοημοσύνη στην προϋπηρεσιακή ή ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, αφήνοντας πολλούς επαγγελματίες υγείας χωρίς τις δεξιότητες και τις γνώσεις που απαιτούνται για την πλοήγηση σε μοντέλα φροντίδας με δυνατότητα Τεχνητής Νοημοσύνης.

Επιπλέον, λιγότερα από τα μισά κράτη μέλη έχουν δημιουργήσει νέους επαγγελματικούς ρόλους αφιερωμένους στην Τεχνητή Νοημοσύνη και την εμπειρογνώμοσύνη στην επιστήμη δεδομένων στα συστήματα υγείας τους, υπογραμμίζοντας την κρίσιμη ανάγκη ενίσχυσης της ικανότητας του εργατικού δυναμικού για το ψηφιακό μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι τομείς δράσης περιλαμβάνουν:

72%

(36 of 50) engaged stakeholders, primarily through focus groups (46%; 23 of 50), the most involved parties were government actors, health care providers and AI developers, the least involved were patient associations and the broader public



24%

(12 of 50) offered in-service AI training



20%

(10 of 50) offered preservice training



42%

(21 of 50) created new professional roles for AI and data science expertise in health



■ Τη συμμετοχή των τελικών χρηστών, του κοινού και της βιομηχανίας στις διαδικασίες σχεδιασμού κώδικα και συρρύθμισης για τον εντοπισμό ηθικών ζητημάτων, την ενίσχυση της λογοδοσίας και την οικοδόμηση εμπιστοσύνης.

■ Τη δημιουργία πλατφορμών και τη διευκόλυνση των διαλόγων που ενισχύουν τη διαφάνεια σχετικά με την κοινή χρήση δεδομένων και προωθούν πολιτισμικά ευαίσθητες εφαρμογές Τεχνητής Νοημοσύνης, ώστε να ενδυναμωθούν τα άτομα και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη δική τους περίθαλψη και τα δεδομένα.

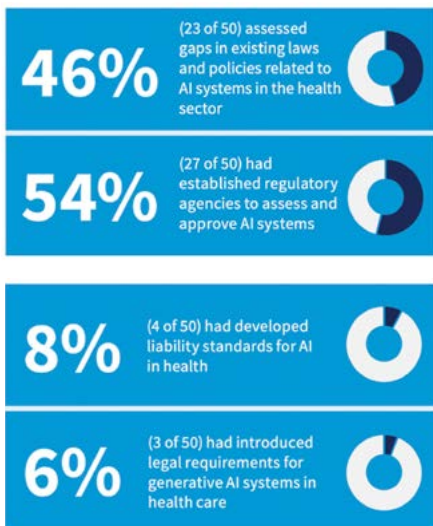
■ Την ενσωμάτωση περιεχομένου που σχετίζεται με την Τεχνητή Νοημοσύνη σε προγράμματα σπουδών πριν από την υπηρεσία, την υπηρεσιακή εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη, ώστε να εξοπλιστεί το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας με μια στέρεη κατανόηση των οφελών, των κινδύνων και των ηθικών ζητημάτων της Τεχνητής Νοημοσύνης.

Θεσμικό πλαίσιο

Το νομικό περιβάλλον για την Τεχνητή Νοημοσύνη στην υγεία βρίσκεται σε μεταβατική φάση, εξελίσσεται ραγδαία, αλλά παραμένει κατακερματισμένο και άνισο. Η επιταχυνόμενη τεχνολογική αλλαγή ξεπερνά τα υπάρχοντα πλαίσια, δημιουργώντας αβεβαιότητα σχετικά με την ευθύνη, τη διαχείριση κινδύνων και τη συμμόρφωση. Η έρευνα εξέτασε την ύπαρξη, το πεδίο εφαρμογής και την εφαρμογή των εθνικών νόμων, κανονισμών και κατευθυντήριων γραμμών για την ανάπτυξη, τη χρήση και την εποπτεία της Τεχνητής Νοημοσύνης στην υγεία σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ. Οι απαντήσεις ανέδειξαν τα δυνατά σημεία, τα κενά και τις ευκαιρίες για ευθυγράμμιση και υπεύθυνη καινοτομία.

Η πρόοδος στις νομικές και κανονιστικές απαντήσεις στην ΤΝ στην υγεία παραμέ-

Η έκθεση παρουσιάζει την πρώτη αξιολόγηση της ενσωμάτωσης της ΤΝ στα συστήματα υγείας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ.



Το νομικό περιβάλλον για την Τεχνητή Νοημοσύνη στην υγεία βρίσκεται σε μεταβατική φάση, εξελίσσεται ραγδαία, αλλά παραμένει κατακερματισμένο και άνισο.

νει άνιση μεταξύ των κρατών μελών. Ενώ πολλά αξιολογούν ενεργά τα νομικά κενά, η ανάπτυξη νέων νόμων για την ΤΝ ειδικά για τον τομέα της υγείας παραμένει σχετικά σπάνια. Μόνο ένας μικρός αριθμός έχει εκδώσει κατευθυντήριες γραμμές δεοντολογίας για την ΤΝ ειδικά για την υγεία, με ορισμένα να τις αναπτύσσουν επί του παρόντος και άλλα να μην έχουν ακόμη εισαγάγει καμία. Οι υπάρχουσες προσπάθειες τείνουν να επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων νομικών και δεοντολογικών κινδύνων, όπως η παροχή πρακτικής καθοδήγησης σχετικά με τις εκτιμήσεις επιπτώσεων στην προστασία δεδομένων και η ενσωμάτωση της δεοντολογίας ήδη από τον σχεδιασμό. Τα ελάχιστα πρότυπα επικεντρώνονται συχνότερα στην εφαρμογή πρακτικών λογοδοσίας δεδομένων, ενώ η παρακολούθηση και η επιτήρηση προϊόντων ΤΝ μετά την αγορά είναι πολύ λιγότερο συνηθισμένες.

Οι προτεραιότητες πολιτικής για την ΤΝ σε ολόκληρη την Ευρώπη επικεντρώνονται γενικά στην προμήθεια, την ανάπτυξη και τη χρήση συστημάτων ΤΝ στον τομέα της υγείας, ενώ η αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων σε άτομα ή συλλογικότητες και η θέσπιση προτύπων ευθύνης παραμένουν περιορισμένες. Παρά τις αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με το περιβαλλοντικό αποτύπωμα των γενεικών συστημάτων ΤΝ, οι νομικές απαιτήσεις για τους προγραμματιστές να αντιμετωπίσουν αυτές τις επιπτώσεις εξακολουθούν να είναι ασυνήθιστες.

Πάνω από τα μισά κράτη μέλη ανέφεραν ότι έχουν έναν ή περισσότερους ρυθμιστικούς φορείς υπεύθυνους για την αξιολόγηση και την έγκριση συστημάτων ΤΝ στην υγεία, αλλά λιγότερα είχαν φορείς επιφορτισμένους με την παρακολούθηση της υιοθέτησης και της χρήσης.

Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι αρχίζει να αναδύεται η διακρατική κανονιστική συνεργασία, με πολλά κράτη μέλη να ανταλλάσσουν γνώσεις και πόρους για την ενίσχυση της διακυβέρνησης της Τεχνητής Νοημοσύνης στον τομέα της υγείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η περιορισμένη νομοθεσία που αφορά ειδικά την υγεία ενδέχεται να επικαλύπτεται ή να έρχεται σε σύγκρουση με τους ευρύτερους κανονισμούς για την Τεχνητή Νοημοσύνη. Επιπλέον, η έλλειψη σαφών προτύπων για την ευθύνη μπορεί να κάνει τους κλινικούς ιατρούς να διστάζουν να βασίζονται στην Τεχνητή Νοημοσύνη ή, αντίθετα, να βασίζονται υπερβολικά, αυξάνοντας έτσι τους

κινδύνους για την ασφάλεια των ασθενών. Η διασυννοιακή περίθαλψη και οι εφαρμογές πέρα από τα παραδοσιακά περιβάλλοντα υγείας περιπλέκουν περαιτέρω την εποπτεία, θολώνοντας τη γραμμή μεταξύ των ρυθμιζόμενων κλινικών εργαλείων και των χαλαρά ρυθμιζόμενων προϊόντων ευεξίας και αφήνοντας πιθανά κενά στη λογοδοσία και την προστασία.

Οι τομείς δράσης περιλαμβάνουν:

- Τον καθορισμό σαφών ευθυνών για τους προγραμματιστές, τους κλινικούς ιατρούς, τους παρόχους δεδομένων και τα ιδρύματα, με μηχανισμούς έγκαιρης αποκατάστασης και λογοδοσίας όταν τα συστήματα ΤΝ προκαλούν βλάβη, διασφαλίζοντας έτσι ότι κάθε παράγοντας στον κύκλο ζωής της ΤΝ κατανοεί τις υποχρεώσεις του, ότι η ευθύνη είναι διαφανής και ότι οι ασθενείς και τα συστήματα υγείας προστατεύονται μέσω προσβάσιμων διαύλων για αποκατάσταση και επιβολή.
- Τη διασφάλιση ότι τα ενδιαφερόμενα μέρη κατανοούν βασικά στοιχεία της ΤΝ, όπως οι πηγές δεδομένων, οι αλγόριθμοι, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και οι περιορισμοί, σεβόμενοι παράλληλα τα δικαιώματα ιδιοκτησίας και επικυρώνοντας την ασφάλεια, την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα στον πραγματικό κόσμο μέσω προοπτικών δοκιμών πριν από την εφαρμογή στην κλινική πρακτική και την ευρύτερη χρήση του συστήματος υγείας.
- Την ενσωμάτωση δεοντολογικών κατευθυντήριων γραμμών και την παροχή κινήτρων για υπεύθυνο σχεδιασμό, ενσωματώνοντας δεοντολογικά, νομικά και τεχνικά πρότυπα σε προγράμματα πιστοποίησης και ενθαρρύνοντας τους προγραμματιστές να υιοθετήσουν από την αρχή προσεγγίσεις ασφάλειας βάσει σχεδιασμού και ανθρώπινων δικαιωμάτων βάσει σχεδιασμού, για την παροχή αξιόπιστων συστημάτων ΤΝ και την επιτάχυνση της υιοθέτησής τους σε ποικίλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Διακυβέρνηση δεδομένων υγείας

Η κοινή χρήση δεδομένων και η προσβασιμότητα είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική διακυβέρνηση και λειτουργικότητα της Τεχνητής Νοημοσύνης. Οι κόμβοι δεδομένων υγείας και τα συνδεδεμένα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας παρέχουν την τυποποιημένα, ασφαλή πρόσβαση που α-

παιτείται για την εκπαίδευση και τη λειτουργικότητα στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Η έρευνα εξέτασε το επίπεδο ωριμότητας στη διακυβέρνηση δεδομένων υγείας σε όλα τα κράτη μέλη, συμπεριλαμβανομένων των εθνικών στρατηγικών δεδομένων, των αρχιτεκτονικών διακυβέρνησης και της δημιουργίας κοινόχρηστων κόμβων δεδομένων. Προσδιορίστηκαν πολιτικές που διευκολύνουν την υπεύθυνη δευτερογενή χρήση δεδομένων υγείας, τη διασυνοριακή ανταλλαγή δεδομένων και τη συνεργασία με τη βιομηχανία, καθώς και οι πρόοδοι, τα κενά και οι δράσεις προτεραιότητας που είναι απαραίτητες για την υποστήριξη της ηθικής και πρακτικής ανάπτυξης της Τεχνητής Νοημοσύνης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Σε ολόκληρη την περιοχή, πολλά κράτη μέλη έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο στην ανάπτυξη εθνικών στρατηγικών για τα δεδομένα υγείας και στη θέσπιση πλαισίων διακυβέρνησης. Ένας σημαντικός αριθμός έχει επίσης δημιουργήσει περιφερειακούς ή εθνικούς κόμβους δεδομένων υγείας, οι οποίοι αποτελούν τη βασική υποδομή για τη διαχείριση δεδομένων υγείας. Ωστόσο, ορισμένοι τομείς διακυβέρνησης δεδομένων εξακολουθούν να υστερούν, συμπεριλαμβανομένων των κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με τη δευτερογενή χρήση δεδομένων υγείας για έρευνα δημόσιου συμφέροντος, των κανόνων για τη διασυνοριακή κοινοποίηση δεδομένων και των πλαισίων για τη συνεργασία με ιδιωτικές εταιρείες για έρευνα υγείας δημόσιου συμφέροντος. Χωρίς να αντιμετωπίσουν αυτά τα κενά, οι πρωτοβουλίες Τεχνητής Νοημοσύνης κινδυνεύουν να παράγουν τεχνικά προηγμένα εργαλεία που δεν ανταποκρίνονται πλήρως στις κλινικές ανάγκες ή τις ανάγκες δημόσιας υγείας.

Οι τομείς δράσης περιλαμβάνουν:

- Ευθυγράμμιση της διακυβέρνησης δεδομένων υγείας με τα διεθνή πρότυπα για την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ενημερωμένης συναίνεσης, της διαφάνειας και της ανεξάρτητης εποπτείας.
- Διασφάλιση ειδικής προστασίας για τις ευάλωτες ομάδες και προώθηση της συμμετοχής του κοινού στις αποφάσεις κοινοχρησίας δεδομένων.
- Καθορισμό υψηλών προτύπων για τους κόμβους δεδομένων υγείας, απαιτώντας ακριβείς διαδικασίες συναίνεσης, αποδεδειγμένο δημόσιο όφελος σε συμφωνίες κοινοχρησίας δεδομένων και δίκτυα

ορθών πρακτικών για την καθοδήγηση του δίκαιου σχεδιασμού και της εφαρμογής σε ολόκληρη την περιοχή.

- Ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για τη δευτερογενή χρήση δεδομένων υγείας σε δημόσιους φορείς.

Αξιοποίηση της Τεχνητής Νοημοσύνης

Ο στρατηγικός σχεδιασμός και οι λειτουργικές επενδύσεις στην Τεχνητή Νοημοσύνη για την υγειονομική περίθαλψη πρέπει να συμβαδίζουν, ώστε οι πρωτοβουλίες για την Τεχνητή Νοημοσύνη να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους. Η έρευνα εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο τα κράτη μέλη ιεραρχούν τις εφαρμογές της Τεχνητής Νοημοσύνης και εμπλέκουν τον ιδιωτικό τομέα, και αξιολόγησε την τρέχουσα αξιοποίηση των εργαλείων Τεχνητής Νοημοσύνης, επισημαίνοντας τον πιθανό αντίκτυπό τους και την ευθυγράμμισή τους με τους στόχους του συστήματος υγείας. Περίπου τα μισά κράτη μέλη έχουν προσδιορίσει τομείς προτεραιότητας όπου οι εθνικές πρωτοβουλίες τεχνητής νοημοσύνης θα μπορούσαν να αποφέρουν τα μέγιστα οφέλη για τα συστήματα υγείας τους και την υγεία του πληθυσμού. Παραδείγματα όπου οι τρέχουσες εφαρμογές τεχνητής νοημοσύνης στα συστήματα υγείας ευθυγραμμίζονται με τις άμεσες εθνικές προτεραιότητες περιλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας και τη μείωση της πίεσης στο εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαγνωστική με τη βοήθεια της τεχνητής νοημοσύνης μπορεί να βοηθήσει στην ελαχιστοποίηση του φόρτου εργασίας των κλινικών ιατρών, ενώ τα chatbot υποστηρίζουν τη συμμετοχή και την αυτονομία των ασθενών. Ωστόσο, μόνο ένα υποσύνολο κρατών μελών έχει διαθέσει ειδική χρηματοδότηση για την υποστήριξη της εφαρμογής, υπογραμμίζοντας ένα επίμονο χάσμα μεταξύ στρατηγικής πρόθεσης και λειτουργικών επενδύσεων.

Η βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και των αποτελεσμάτων υγείας είναι ο κύριος μοχλός για την υιοθέτηση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης, ακολουθούμενη από την ανάγκη μείωσης της πίεσης στο εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης. Η διαγνωστική με τη βοήθεια της τεχνητής νοημοσύνης ξεχωρίζει ως η πιο κοινή εφαρμογή, με σχεδόν τα δύο τρίτα των κρατών μελών να αξιοποιούν την τεχνητή νοημοσύνη για τη βελτίωση της α-

66%

(33 of 50) had a dedicated national health data strategy



76%

(38 of 50) had or were developing a health data governance framework



66%

(33 of 50) had established a regional or national health data hub



30%

(15 of 50) had issued guidance on the secondary use of health data



30%

(15 of 50) had established rules to facilitate the cross-border sharing of health data for research purposes



Η κοινή χρήση δεδομένων και η προσβασιμότητα είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική διακυβέρνηση και λειτουργικότητα της Τεχνητής Νοημοσύνης.

52%

(26 of 50) identified priority areas for AI in health; only just over half of these had allocated funding for their implementation



98%

(49 of 50) cited improving patient care;



92%

(46 of 50) cited reducing workforce pressure;



90%

(45 of 50) cited increasing efficiency



64%

(32 of 50) reported having AI-assisted diagnostics



50%

(25 of 50) used AI in chatbots for patient support



παικόνισης και της ανίχνευσης. Τα chatbot συνομιλίας για την υποστήριξη των ασθενών χρησιμοποιούνται επίσης ευρέως, με τα μισά κράτη μέλη να αναφέρουν την ενσωμάτωσή τους στην περίθαλψη.

Παρ' όλα αυτά, πρέπει επίσης να αντιμετωπιστούν οι πιθανοί κίνδυνοι, συμπεριλαμβανομένων των μεροληπτικών ή χαμηλής ποιότητας αποτελεσμάτων, της μεροληψίας αυτοματισμού, της διάβρωσης των δεξιοτήτων κλινικού ιατρού, της μειωμένης αλληλεπίδρασης κλινικού ιατρού-ασθενούς και των άνισων αποτελεσμάτων για τους περιθωριοποιημένους πληθυσμούς. Οι τομείς δράσης περιλαμβάνουν:

- Ευθυγράμμιση των εφαρμογών Τεχνητής Νοημοσύνης με τα συμφέροντα του πληθυσμού και των ασθενών, καθώς και τους εθνικούς στόχους υγείας, διαφανής επικοινωνία των δυνατοτήτων, των συνθηκών και των περιορισμών.
- Ενίσχυση των μηχανισμών χρηματοδότησης, δημιουργία οδικών χαρτών εφαρμογής και διασφάλιση της ενσωμάτωσης εργαλείων Τεχνητής Νοημοσύνης στις υπάρχουσες ροές εργασίας του συστήματος υγείας.
- Θέσπιση διαπίστευσης και πιστοποίησης και εφαρμογή προτύπων για τους προγραμματιστές, και επιβολή ανεξάρτητων αξιολογήσεων επιπτώσεων πριν και μετά την ανάπτυξη.
- Συνεχής παρακολούθηση των συστημάτων Τεχνητής Νοημοσύνης για την ανίχνευση μεροληψίας, απόκλισης απόδοσης και πιθανών βλαβών.

Αντιμετώπιση των εμποδίων

Παρά την υπόσχεσή της, ο αντίκτυπος της Τεχνητής Νοημοσύνης στα αποτελέσματα

της υγείας συχνά αμφισβητείται από κανονιστική αβεβαιότητα, ηθικές προκλήσεις, ασαφή εποπτεία και οικονομικά εμπόδια. Η χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης εκτός των επίσημων πλαισίων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των εμπορικών εργαλείων και των εργαλείων που απευθύνονται στους καταναλωτές, θολώνει τα όρια της εποπτείας.

Τα οικονομικά εμπόδια –συμπεριλαμβανομένων του υψηλού κόστους υποδομών, της συνεχούς εκπαίδευσης του εργατικού δυναμικού, της περιορισμένης αποζημίωσης και των τελών συνδρομής για προηγμένα συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης– περιορίζουν την υιοθέτηση, ιδίως σε μικρότερα ή με περιορισμένους πόρους συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Συνολικά, αυτά τα εμπόδια μπορούν να διαιωνίσουν τις ανισότητες και να επιβραδύνουν την υλοποίηση των δυνατοτήτων της Τεχνητής Νοημοσύνης.

Σε όλα τα κράτη μέλη, η υιοθέτηση της Τεχνητής Νοημοσύνης (ΤΝ) στην υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, με τη νομική αβεβαιότητα να αναδεικνύεται ως το πιο συχνά αναφερόμενο εμπόδιο, ακολουθούμενη από τους οικονομικούς περιορισμούς. Παρά τις προκλήσεις αυτές, υπάρχει ευρεία συναίνεση σχετικά με τα μέτρα πολιτικής που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την υιοθέτηση της ΤΝ.

Σχεδόν όλα τα κράτη μέλη θεωρούν τους σαφείς κανόνες ευθύνης για τους κατασκευαστές, τους φορείς ανάπτυξης και τους χρήστες συστημάτων ΤΝ βασικό παράγοντα. Ομοίως, η καθοδήγηση που διασφαλίζει τη διαφάνεια, την επαληθευσσιμότητα και την επεξηγηματικότητα των λύσεων ΤΝ θεωρείται απαραίτητη για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης στα αποτελέσματα που βασίζονται στην ΤΝ.

Οι τομείς δράσης περιλαμβάνουν:

- Αξιοποίηση ρυθμιστικών sandboxes για να επιτραπεί στις ρυθμιστικές αρχές, τους προγραμματιστές και τα ιδρύματα υγείας να συνεργάζονται σε πραγματικές συνθήκες, αλλά με χαμηλότερο κίνδυνο, επιτρέποντας τον έγκαιρο εντοπισμό ζητημάτων ασφάλειας, δεοντολογίας και απόδοσης, ενώ παράλληλα ενθαρρύνουν την καινοτομία υπό κανονιστική εποπτεία πριν από την ευρεία εφαρμογή.
- Αξιολόγηση λύσεων Τεχνητής Νοημοσύνης έναντι εναλλακτικών λύσεων εκτός Τεχνητής Νοημοσύνης (όπως καθιερωμένα συστήματα υποστήριξης αποφάσεων ή άλλα ψηφιακά εργαλεία υγείας).

Barriers to adoption of AI in health care

86%

top barrier — legal uncertainty, reported by 43 out of 50 Member States



78%

second barrier — financial affordability, reported by 39 out of 50 Member States



Key policy enablers for widespread adoption of AI in health care

92%

liability rules (46 out of 50 Member States)



90%

guidance on transparency, verifiability and explainability (45 out of 50)



- Διασφάλιση της ευθυγράμμισης με τα ηθικά πρότυπα και τα πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων πριν από την υιοθέτησή τους.
- Σαφή καθορισμό των αρμοδιοτήτων υγειονομικής περίθαλψης που παραμένουν δημόσιες έναντι εκείνων που ανατίθενται σε ιδιωτικούς φορείς.

- Διασφάλιση ότι οι συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα λειτουργούν με διαφάνεια, με δημόσια γνωστοποίηση των συμφωνιών, και ότι τα ατομικά και κοινοτικά δικαιώματα τηρούνται μέσω της εξασφάλισης της ιδιοκτησίας ή της πρόσβασης σε τεχνολογίες Τεχνητής Νοημοσύνης.



Το μήνυμα του Δρος Hans Henri P. Kluge, Περιφερειακού Διευθυντή της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ

Αυτή η έκθεση παρουσιάζει την πρώτη περιφερειακή αξιολόγηση της τεχνητής νοημοσύνης (ΤΝ) στην υγεία. Η ΤΝ δεν περιορίζεται πλέον στις σελίδες των μελλοντικών προβλέψεων. Η βραδιά και επιταχυνόμενη άνοδός της μεταμορφώνει ήδη τα συστήματα υγείας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ. Από τη διαλογή ασθενών και την ανάλυση διαγνωστικών εικόνων έως την ενίσχυση της εθνικής επιτήρησης της υγείας και τη διαμόρφωση της ακριβούς δημόσιας υγείας, η ΤΝ εργάζεται πλέον σε κλινικές, νοσοκομεία και υπουργεία σε ολόκληρη την Περιφέρειά μας. Τα τελευταία χρόνια, η ΤΝ έχει μετατραπεί από ένα θεωρητικό εργαλείο σε έναν σύντροφο σε πραγματικό χρόνο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η παρούσα έκθεση αποτυπώνει αυτήν την αλλαγή. Αντανακλά τόσο την υπόσχεση της ΤΝ όσο και τις λεπτές αποφάσεις που λαμβάνουν τα κράτη μέλη για να διασφαλίσουν ότι η πρόοδος

δεν θα έρθει εις βάρος της ασφάλειας, των δικαιωμάτων ή της ένταξης. Βασισμένη σε μια εις βάθος έρευνα των κρατών μελών, η έκθεση εξετάζει έξι βασικούς θεματικούς πυλώνες για τη διακυβέρνηση και την υιοθέτηση της ΤΝ: εθνικές στρατηγικές, νομικά πλαίσια, διακυβέρνηση δεδομένων, εμπόδια υιοθέτησης, ευθυγράμμιση με τις ανάγκες του συστήματος υγείας και οικοδόμηση εμπιστοσύνης. Μαζί, αυτές οι διαστάσεις διαγράφουν τα περιγράμματα μιας Περιφέρειας σε μετάβαση –ποικίλης στα πλαίσιά της, αλλά ενωμένης στην αποφασιστικότητά της να αξιοποιήσει την ΤΝ για το δημόσιο καλό. Αναδεικνύουν τόσο εντυπωσιακά βήματα όσο και επίμονα κενά. Από χώρες που πρωτοπορούν στις νομικές απαιτήσεις για την παραγωγική Τεχνητή Νοημοσύνη μέχρι άλλες που μόλις αρχίζουν να δημιουργούν κόμβους δεδομένων υγείας, η έκθεση αποκαλύπτει ένα μωσαϊκό προόδου που είναι ταυτόχρονα εμπνευστικό και διδακτικό.

Ωστόσο, δεν είναι η κατάλληλη στιγμή για να επαναπαυθούμε στις δάφνες μας. Η έκθεση αποκαλύπτει ότι μόνο το 8% των κρατών μελών μας έχουν εκδώσει μια εθνική στρατηγική για την Τεχνητή Νοημοσύνη ειδικά για την υγεία –μια επείγουσα υπενθύμιση ότι η φιλοδοξία πρέπει να συνοδεύεται από συγκεκριμένη δράση. Τα κενά στη νομική λογοδοσία, οι άνισες επενδύσεις στην ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού και οι αναδυόμενοι κίνδυνοι αποκλεισμού υπογραμμίζουν την ανάγκη για συνεχή επαγρύπνηση, συνεργασία και μάθηση. Η ισότητα πρέπει να παραμείνει η κατευθυντήρια αρχή μας, διασφαλίζοντας ότι τα οφέλη της Τεχνητής Νοημοσύνης επεκτείνονται όχι μόνο σε όλα τα κράτη μέλη, αλλά και στο εσωτερικό τους, φτάνοντας σε όλες τις κοινωνίες, ανεξάρτητα από τη γεωγραφία, το εισόδημα ή την ψηφιακή χωρτικότητα.

Με τη δημοσίευση αυτής της έκθεσης, μας καλώ να αναλογιστούμε, να συμμετάσχουμε και να δράσουμε. Πρέπει να εργαστούμε συλλογικά για να διασφαλίσουμε ότι η Τεχνητή Νοημοσύνη στην υγεία εκπληρώνει τις υποσχέσεις της, εξασφαλίζοντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα για τους πληθυσμούς μας. Για αυτόν τον λόγο, η Τεχνητή Νοημοσύνη για την υγεία και τα συστήματα υγείας αποτελεί κεντρική προτεραιότητα στο πλαίσιο του νέου Ευρωπαϊκού Προγράμματος Εργασίας, με ισχυρή έμφαση στην ανάπτυξη ενός οδικού χάρτη για την ηθική, ασφαλή και βιώσιμη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης.

Αυτές οι προσπάθειες ευθυγραμμίζονται με την ευρύτερη ατζέντα του προγράμματος για την ψηφιακή υγεία, η οποία στοχεύει στη βελτίωση της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, στην οικοδόμηση της εμπιστοσύνης του κοινού, στην ενίσχυση του περιφερειακού συντονισμού και της πολυτομεακής συνεργασίας και στην ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Τελικά, η παρούσα έκθεση δεν αποτελεί μόνο μια απόδειξη όσων έχουν επιτευχθεί, αλλά και έναν χάρτη για το τι πρέπει να ακολουθήσει. Είναι μια ζωντανή αφήγηση φιλοδοξίας και λογοδοσίας: μια κοινή προσπάθεια των κρατών μελών να πλοηγηθούν στις ευκαιρίες και τις προκλήσεις της Τεχνητής Νοημοσύνης στα συστήματα υγείας με σκοπό, ισότητα και διορατικότητα.

Το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη είναι έτοιμο να υποστηρίξει τα κράτη μέλη σε αυτήν την πορεία μέσω καθοδήγησης, συνεργασίας και κοινής μάθησης. Σας καλωσορίζω, επομένως, να εξερευνήσετε αυτήν την έκθεση ως εργαλείο, σημείο αναφοράς και πρόσκληση για τη διαμόρφωση ενός μέλλοντος στο οποίο η Τεχνητή Νοημοσύνη ενισχύει, αντί να κατακερματίζει, το όραμα της υγείας για όλους. •••

4η ΥΠΕ: Προκλήσεις και ευκαιρίες για το ΕΣΥ

**Σε τροχιά
εκσυγχρονισμού με
έργα του Ταμείου
Ανάκαμψης:
Αξιοποιούνται
νέες δυνατότητες
και προσφέρονται
υψηλού επιπέδου
υπηρεσίες υγείας**

Η χρονιά κλείνει με την 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης να βρίσκεται στο επίκεντρο μιας ιστορικής μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Από τη Θεσσαλονίκη έως τον Έβρο, σε εννέα νομούς και δεκάδες δομές υγείας, υλοποιούνται έργα που ξεπερνούν την απλή ανακαίνιση: αναβαθμίζουν υποδομές, μειώνουν λειτουργικά κόστη, ενισχύουν τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και δημιουργούν νέα νοσοκομεία, που θα αλλάξουν τον χάρτη της περίθαλψης στη Βόρεια Ελλάδα.

Με χρηματοδότηση από το Ταμείο Ανάκαμψης, το ΕΣΠΑ και δωρεές, η Περιφέρεια επενδύει σε ένα βιώσιμο, σύγχρονο και ανθρώπινο ΕΣΥ, που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών και θέτει θεμέλια για τις επόμενες δεκαετίες.

Παράλληλα, η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού και η δημιουργία νέων οργανισμών για τα νοσοκομεία αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους αυτής της μετάβασης. Η επένδυση σε υποδομές και τεχνολογία αποκτά πραγματική αξία μόνο όταν συνοδεύεται από επαρκές και εξειδικευμένο προσωπικό, ικανό να αξιοποιήσει τις νέες δυνατότητες και να προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του.

ΕΡ_Πώς κλείνει η χρονιά για την Περιφέρειά σας; Ποια έργα του Ταμείου Ανάκαμψης έχουν ήδη ολοκληρωθεί και γιατί είναι τόσο σημαντικά;

ΑΠ_Η 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης εκτείνεται από τη Θεσσαλονίκη έως τον Έβρο και καλύπτει εννέα νομούς, συγκροτώντας έναν από τους πιο εκτεταμένους και πολυσύνθετους υγειονομικούς χάρτες της χώρας. Στην περιοχή λειτουργούν: 46 Κέντρα Υγείας, 220 Περιφερειακά Ιατρεία, 9 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, 18 Τοπικά Ιατρεία, 6 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (φυλακές - αεροδρόμια), 16 ΤΟΜΥ.

Η υγειονομική περιφέρεια βρίσκεται, σήμερα, στη μέση του μεγαλύτερου προγράμματος εκσυγχρονισμού που έχει υλοποιηθεί ποτέ στην περιοχή, με χρηματοδότηση από το Ταμείο Ανάκαμψης, το ΕΣΠΑ 2021-

2027 και ιδιωτικές δωρεές, όπως αυτή του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος.

Τα έργα που υλοποιούνται στην 4η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης δεν αποτελούν απλώς παρεμβάσεις υποδομών ή ενίσχυση εξοπλισμού. Συνιστούν μια συνολική μεταρρυθμιστική προσπάθεια, ενταγμένη στο γενικότερο σχέδιο του Υπουργείου Υγείας για εκσυγχρονισμό, βιωσιμότητα και αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ, που μετασχηματίζει τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στην περιοχή, σε μια περίοδο που το Εθνικό Σύστημα Υγείας χρειάζεται περισσότερο από ποτέ. Η 4η ΥΠΕ, με πληθυσμιακή και γεωγραφική ποικιλία –αστικά κέντρα, ορεινές περιοχές, απομακρυσμένα νησιά και παραμεθόριες ζώνες– απαιτεί ένα εύρωστο, ευέλικτο και τεχνολογικά εξελιγμένο σύστημα υγείας. Τα έργα αυτά ανταποκρίνονται ακριβώς σε αυτήν την ανάγκη.



Δρ Παναγιώτης Μπογιατζίδης

Διοικητής 4ης ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης

Την περίοδο που διανύουμε, μια σειρά από emblematic έργα βρίσκονται σε εξέλιξη στις δομές υγείας αρμοδιότητας της 4ης ΥΠΕ. Αφενός αφορούν αναβάθμιση υποδομών και προμήθεια-ανανέωση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού των δομών αυτών και αφετέρου προστίθενται στις υπάρχουσες δομές τρία νέα νοσοκομεία, το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής-Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, το Πανεπιστημιακό Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης-Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος και το Νέο Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, που θα αλλάξουν τον χάρτη υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Βορείου Ελλάδας.

Ενδεικτικά, σχετικά με **την αναβάθμιση υποδομών**, τα Κέντρα Υγείας και πολλά νοσοκομεία της Περιφέρειας είχαν μείνει πίσω τεχνολογικά και ενεργειακά. Η ανακαίνιση, ο εκσυγχρονισμός και η ενεργειακή αναβάθμιση τόσο δομών Πρω-

τοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όσο και νοσοκομείων **βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, μειώνουν το λειτουργικό κόστος (θέρμανση, ψύξη, ενέργεια), δημιουργούν ασφαλέστερο και πιο ανθρώπινο περιβάλλον για ασθενείς και εργαζόμενους, θωρακίζουν τις δομές για τα επόμενα 20-30 χρόνια.**

Ουσιαστικά, πρόκειται για μια «γενιά» έργων που ξεπερνά την απλή συντήρηση και αλλάζει τα ίδια τα θεμέλια του συστήματος. Σε πλήρη εξέλιξη βρίσκονται τα έργα ενεργειακής αναβάθμισης και εκσυγχρονισμού σε 35 Κέντρα Υγείας και 2 Τοπικά Ιατρεία, συνολικού προϋπολογισμού 58.826.783,98 ευρώ. Το ποσοστό υλοποίησης έχει φτάσει στο 50%, με αναμενόμενη ολοκλήρωση στις 30 Ιουνίου 2026.

Αντίστοιχα, σε 12 νοσοκομεία της 4ης ΥΠΕ βρίσκονται σε εξέλιξη έργα ανακαίνισης και εκσυγχρονισμού, συνολικού κόστους

“

Η υγειονομική περιφέρεια βρίσκεται, σήμερα, στη μέση του μεγαλύτερου προγράμματος εκσυγχρονισμού που έχει υλοποιηθεί ποτέ στην περιοχή.

”

37.570.715,09 ευρώ, με ίδιο ποσοστό υλοποίησης (50%) και την ίδια καταληκτική ημερομηνία.

Με στόχο τον σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και την αναβάθμιση δυνατοτήτων, με εκατομμύρια ευρώ συνολικό προϋπολογισμό από το ΤΑΑ και το ΕΣΠΑ, ο εξοπλισμός των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας ανανεώνεται ριζικά, με αποτέλεσμα **να μειώνονται οι αναμονές για εξετάσεις, να ενισχύονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες, να αποφεύγονται οι μετακινήσεις ασθενών σε μεγαλύτερα αστικά κέντρα, να αναβαθμίζεται ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας**.

Ο εξοπλισμός δεν είναι πολυτέλεια –είναι ο πυρήνας ενός σύγχρονου ΕΣΥ. Με τη χρηματοδότηση εξοπλισμού μέσω ΤΑΑ στα νοσοκομεία, διασφαλίστηκε προμήθεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αξίας 7.434.232 ευρώ. Στα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Χρονίων Παθήσεων ο συνολικός προϋπολογισμός για όλες τις ΥΠΕ ανήλθε σε 90.188.669,34 ευρώ, με κατανομή 12.400.000 ευρώ για την 4η ΥΠΕ. Τα έργα ενεργειακής αναβάθμισης μειώνουν τα λειτουργικά κόστη των δομών, κάτι εξαιρετικά σημαντικό για ένα δημόσιο σύστημα που δαπανά εκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο σε ενέργεια. Παράλληλα, ο νέος εξοπλισμός και η βελτίωση των κτηρίων μειώνει το κόστος συντήρησης και επισκευών. Πρόκειται για μια επένδυση που όχι μόνο αναβαθμίζει τις υπηρεσίες, αλλά δημιουργεί και ένα πιο βιώσιμο, οικονομικά, σύστημα για τις επόμενες δεκαετίες.

Τα έργα της 4ης ΥΠΕ δεν είναι απλώς τεχνικές παρεμβάσεις. Είναι μια ολιστική επένδυση στο μέλλον της δημόσιας υγείας, που **βελτιώνει την ποιότητα περίθαλψης, μειώνει τις ανισότητες πρόσβασης, ενισχύει το ανθρώπινο δυναμικό, εκσυγχρονίζει την τεχνολογία και τις υποδομές, δημιουργεί ισχυρά νοσοκομεία διεθνούς επιπέδου και προσφέρει πρακτικό, άμεσο όφελος στην καθημερινότητα των πολιτών**.

Και με την προσθήκη των νέων νοσοκομείων δωρεάς του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) και το νέο ογκολογικό νοσοκομείο, αλλάζουν τον χάρτη της Υγείας στην ευρύτερη περιοχή, και θα καθορίσουν τη λειτουργία του ΕΣΥ στη Βόρεια Ελλάδα για τις επόμενες δεκαετίες.

ΕΡ_Ποιοι είναι οι πιο σημαντικοί στόχοι για το 2026; Ποια είναι τα πιο emblematicά έργα του ΤΑΑ που αναμένονται;

ΑΠ_Η 4η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης έχει θέσει 4 θεμελιώδεις στόχους για το 2026:

• **Ολοκλήρωση όλων των έργων του Ταμείου Ανάκαμψης (ΤΑΑ):** Πρόκειται για τη μεγαλύτερη και πιο κρίσιμη δέσμευση της Υγειονομικής Περιφέρειας. Η επίτευξη αυτού του στόχου σημαίνει **ανακαίνιση και ενεργειακή αναβάθμιση των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ολοκλήρωση έργων εκσυγχρονισμού των νοσοκομείων, εγκατάσταση σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού**. Η τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων (έως 30/06/2026) είναι στρατηγικής σημασίας τόσο για τη λειτουργικότητα του ΕΣΥ όσο και για τη χρηματοδοτική αξιοποίηση του ΤΑΑ.

• **Παρακολούθηση της εξέλιξης των νέων νοσοκομείων ΙΣΝ και των διαδικασιών ΣΔΙΤ για το νέο Ογκολογικό Θεσσαλονίκης:** Το 2026 αποτελεί κομβική χρονιά, καθώς **τα έργα των δύο νέων νοσοκομείων του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος θα βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο, παράλληλα θα εξελίσσονται οι διαδικασίες δημοπρατήσεως και ανάθεσης του νέου Ογκολογικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, ενός από τα μεγαλύτερα έργα ΣΔΙΤ στον χώρο της υγείας στη χώρα**. Η παρακολούθηση των τεχνικών, νομικών και διοικητικών σταδίων είναι κρίσιμη για να διασφαλιστεί ότι οι νέες αυτές υπερδομές θα παραδοθούν με τα υψηλότερα ποιοτικά πρότυπα.

• **Κατάρτιση σύγχρονων οργανισμών για όλα τα νοσοκομεία:** Η αναβάθμιση των υποδομών και του εξοπλισμού πρέπει να συνοδεύεται από νέους οργανισμούς, επικαιροποιημένες οργανικές θέσεις, σύγχρονη λειτουργική δομή, προβλέψεις για νέες ειδικότητες και υπηρεσίες. Στόχος είναι τα νοσοκομεία της Περιφέρειας να λειτουργούν με πρότυπα ευρωπαϊκών μονάδων, με αποδοτικές διαδικασίες και δομές που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της επόμενης δεκαετίας.

• **Αύξηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών:** Αυτός ο στόχος συνδέεται άμεσα με τη συνέχιση και επέκταση των απογευματινών χειρουργείων, τη μείωση αναμονών σε χειρουργεία και εξετάσεις, τη βελ-

τίωση των δεικτών αποδοτικότητας, την καλύτερη οργάνωση του ανθρωπίνου δυναμικού.

Η παραγωγικότητα δεν αφορά μόνο αριθμούς, αλλά και την ποιότητα φροντίδας, τον χρόνο εξυπηρέτησης, τη διαχείριση περιστατικών και τη συνολική εμπειρία του ασθενούς. Και, επειδή τα έργα που θα ολοκληρωθούν θα προσφέρουν μεν το πλέον σύγχρονο περιβάλλον για την προσφορά υπηρεσιών υγείας, αλλά χρειάζονται την «ψυχή» που θα τα λειτουργήσει, δηλαδή το προσωπικό, να αναφερθούμε συνοπτικά και στο έμπυχο δυναμικό. Και στον κρίσιμο αυτόν τομέα, η 4η ΥΠΕ βρίσκεται σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας.

ΕΡ Πόσο προσωπικό διαθέτουν οι μονάδες υγείας στην Περιφέρειά σας σε σύγκριση με το 2019; Μόνιμο και επικουρικό;

ΑΠ Από το 2019 έως σήμερα, στα νοσοκομεία της 4ης ΥΠΕ έχουν προσληφθεί 4.437 υπάλληλοι, μόνιμο και επικουρικό προσωπικό. Και ειδικότερα για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό **στα νοσοκομεία, στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης 1.353 και στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας 2.551.** Στις Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην **Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης 224, και 262 στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας.**

ΕΡ Πού εντοπίζονται τα πιο σοβαρά προβλήματα με τις ελλείψεις προσωπικού; Πώς τις αντιμετωπίζετε;

ΑΠ Ειδικότερα σε ό,τι αφορά το ιατρικό προσωπικό, έχουν προκηρυχθεί συνολικά 381 θέσεις και καλύφθηκαν οι **185, ενώ 39 βρίσκονται σε εξέλιξη.** Υπήρξε ένα μεγάλο ποσοστό άγονων θέσεων, όπως σε όλη την Ελλάδα, αλλά με τις νέες διατάξεις για τις άγονες περιοχές (Μάρτιος 2025) αναμένεται βελτίωση της εικόνας αυτής.

Σε ό,τι αφορά τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας –όπου οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι για μεγάλο χρονικό διάστημα οι προσλήψεις ήταν μειωμένες–, για το διάστημα 2019-2025 έγιναν 412 συνολικά προσλήψεις μόνιμου προσωπικού, εκ των οποίων οι 210 ήταν ιατρικό.

Οι μεγαλύτερες ελλείψεις εντοπίζονται σε συγκεκριμένες ειδικότητες, που όμως, όπως

έχουμε διαπιστώσει, αφορούν το σύνολο των δομών της χώρας, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική κατανομή. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα στο ιατρικό προσωπικό είναι η ειδικότητα της Αναισθησιολογίας, όπου παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό κενών θέσεων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ΓΝΘ Ιπποκράτειο, όπου επί 27 οργανικών θέσεων είναι καλυμμένες οι εννέα. Αντίστοιχα προβλήματα αντιμετωπίζει και η ειδικότητα της Ακτινολογίας, πανελλαδικά, και της Παθολογίας, ιδιαίτερα σε περιφερειακά νοσοκομεία, όπως το ΓΝ Δράμας ή το ΓΝ Ξάνθης.

Πέραν του ιατρικού προσωπικού, στην κατηγορία των χειριστών ιατρικών συσκευών ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας –μια πολύ κρίσιμη κατηγορία για όλες τις δομές υγείας–, παρατηρείται να προκηρύσσονται θέσεις και να μένουν ακάλυπτες σε ένα μεγάλο ποσοστό.

Πώς αντιμετωπίζονται οι ελλείψεις είναι ένα καίριο ερώτημα. Με αποφάσεις της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας μάς έχει δοθεί η δυνατότητα να εντάσσουμε στο πρόγραμμα λειτουργίας (πρωινά και εφημερίες) ιδιώτες ιατρούς: 192 συνολικά ιατροί και 22 λοιπό προσωπικό με ΑΠΥ έχουν ενταχθεί στα προγράμματα των νοσοκομείων. Παράλληλα, ανάλογα με τη δυναμικότητα και τις ανάγκες, μετακινείται προσωπικό μεταξύ των δομών υγείας (ΠΦΥ και νοσοκομεία), προκειμένου να μη διαταραχθεί το πρόγραμμα λειτουργίας, στο μέτρο του δυνατού όλων των δομών υγείας αρμοδιότητάς μας.

ΕΡ Ποιες προσλήψεις βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη; Ποια είναι η πρόβλεψη για το 2026;

ΑΠ Σε μεσο-βραχυπρόθεσμο επίπεδο, αναμένεται ως προς το ιατρικό προσωπικό: **107 θέσεις μόνιμου ιατρικού προσωπικού, σε εξέλιξη οι προκηρύξεις από αυτές τις θέσεις, οι 45 θέσεις που αρχικά επέβησαν άγονες επαναπροκηρύχθηκαν, και 98 ενεργά αιτήματα για θέσεις επικουρικών ιατρών.**

Ός προς το λοιπό προσωπικό: **35 θέσεις μόνιμου προσωπικού από την προκήρυξη 510 θέσεων, Σχέδιο ΑΣΕΠ, βρίσκονται σε προκήρυξη 480, για τις οποίες ζητήθηκε κατανομή 13 θέσεις επικουρικού προσωπικού, εκ των οποίων για τις 10 ολοκληρώθηκε η διαδικασία και για 3 αναμένεται η έγκριση, 76 θέσεις επικουρικού προσωπικού για την ΠΦΥ, εκ των οποίων για τις 30 ολοκληρώ-**

Τρία νέα νοσοκομεία, το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, το Πανεπιστημιακό Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος και το Νέο Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης θα αλλάξουν τον χάρτη υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Βορείου Ελλάδας.

Θηκε η διαδικασία πρόσληψης και για τις υπόλοιπες είναι σε εξέλιξη, και 22 θέσεις για το Δίκτυο Ψυχικής Υγείας, σε διαδικασία πρόσληψης.

Σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, γίνονται οι απαραίτητες διοικητικές διαδικασίες-προγραμματισμός για τις προσλήψεις του επόμενου έτους (2026).

Παράλληλα, εκμεταλλευόμενοι την τεχνολογία σε δομές που δεν υπηρετούν ακινολόγοι, έχουμε εκπονήσει ένα πρόγραμμα σύμφωνα με το οποίο ακινολόγοι ιατροί νοσοκομείων αρμοδιότητάς μας λαμβάνουν με ασφαλή και άμεσο τρόπο την «εικόνα», ακτινογραφία ή αξονική τομογραφία, γνωματεύεται από τον ειδικό ιατρό και αποστέλλονται άμεσα τα αποτελέσματα στον ασθενή. Έτσι, παρά το ότι μπορεί να μην υπάρχει ακινολόγος σε ένα νοσοκομείο, αυτό δεν εμποδίζει την ομαλή λειτουργία και εξυπηρέτηση των πολιτών.

Επειδή όμως τα κενά του προσωπικού, όπου υπάρχουν, δεν θέλουμε να στερούν τους πολίτες από τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας –αντίθετα, στόχος είναι, παρά τις δυσκολίες, να εφαρμόζουμε πολιτικές που και διευκολύνουν, αλλά και βελτιώνουν, και αυξάνουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας–, η Διοίκηση της 4ης ΥΠΕ καθιέρωσε επέκταση του ωραρίου λειτουργίας (απογευματινή λειτουργία) σε δύο Κέντρα Υγείας (πρώην Μονάδας Υγείας ΙΚΑ) στην πόλη της Θεσσαλονίκης, το Κέντρο Υγείας Τούμπας και το Κέντρο Υγείας 25ης Μαρτίου. Και τα δύο αυτά Κέντρα Υγείας, εκ περιτροπής στην απογευματινή λειτουργία, εντάσσουν διάφορες ειδικότητες, ώστε οι πολίτες σε τακτικά-προγραμματισμένα ραντεβού να μη χρειαστεί να λείψουν από την εργασία τους για να λάβουν τις υπηρεσίες που έχουν ανάγκη.

ΕΡ_Πληροφορηθήκαμε ότι διενεργείτε, πλέον, κεντρικά τις ανοσολογικές εξετάσεις. Ποιος ήταν ο σκοπός σας και τι έχετε πετύχει μέχρι τώρα; Θα επεκτείνετε την ιδέα και σε άλλους τομείς;

ΑΠ_Όπως είναι γνωστό, οι πιο εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. ανοσολογικές εξετάσεις) δεν πραγματοποιούνται στο σύνολο των δομών ΠΦΥ. Η λειτουργία τέτοιων εργαστηρίων σε κάθε ΚΥ αφενός οικονομοτεχνικά δεν μπορούσε να στηριχθεί, αφετέρου απαιτούσε εξειδικευμένο προσωπικό, που θα ήταν αδύνατο να ανευρεθεί, κυρίως σε απομακρυσμένες περιοχές. Αυτό όμως είχε σαν αποτέλεσμα ο πολί-

της που χρειαζόταν αυτές τις εξετάσεις να πρέπει να φύγει από τον τόπο που διαμένει για να πάει σε ένα νοσοκομείο του νομού, για να δώσει το βιολογικό υλικό που χρειάζεται για τις εξετάσεις του, και στη συνέχεια να ξαναπάει για να παραλάβει τα αποτελέσματα.

Με αποφάσεις της Διοίκησης της 4ης ΥΠΕ, δημιουργήσαμε τρία κεντρικά εργαστήρια στο ΚΥ Αλεξανδρούπολης, ΚΥ Καβάλας και ΚΥ Τούμπας, στα οποία διενεργείται το σύνολο των βιοχημικών εξετάσεων. Έγινε γεωγραφική κατανομή τέτοια που να επιτρέπει τη μικρότερη δυνατή μεταφορά και σε κάθε κεντρικό εργαστήριο ανατέθηκε ένας συγκεκριμένος αριθμός όμορων Κέντρων Υγείας. Έτσι, σε όλα τα Κέντρα Υγείας αρμοδιότητάς μας (45 συνολικά) να γίνεται η λήψη του βιολογικού υλικού (αίμα) και με ειδικά οχήματα μεταφοράς να μεταφέρεται στα κεντρικά αυτά εργαστήρια, όπου γίνεται η ανάλυση και ηλεκτρονικά αποστέλλονται τα αποτελέσματα στο ΚΥ όπου διαμένει ο πολίτης, και να λαμβάνει τα αποτελέσματά του χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθεί.

Οι εργαζόμενοι τόσο της Κεντρικής Υπηρεσίας της 4ης ΥΠΕ, και κυρίως όμως οι εργαζόμενοι των Κέντρων Υγείας όπου εγκαταστάθηκαν τα Κεντρικά Εργαστήρια, αγκάλιασαν την πρωτοβουλία της Διοίκησης και πραγματικά μετουσίωσαν σε πράξη το πρόγραμμα αυτό, προσφέροντας υπηρεσίες που έχουν εκμηνηθεί ιδιαίτερα από τους πολίτες.

Η Διοίκηση της 4ης ΥΠΕ, εξετάζοντας από οικονομοτεχνική άποψη τη λειτουργία των εργαστηρίων και χωρίς να διαταράσσεται η εξυπηρέτηση των πολιτών, διερευνά τη δυνατότητα να επεκτείνει τη λειτουργία κεντρικών εργαστηρίων και για τις βιοχημικές εξετάσεις.

Δεν σταματάμε όμως εδώ. Η Διοίκηση της 4ης ΥΠΕ, σε συνεργασία με τα στελέχη της, έχει όραμα για επιπλέον δράσεις και προγράμματα, που επιφυλασσόμεθα να γνωστοποιήσουμε στους πολίτες των περιοχών ευθύνης μας.

Κλείνοντας, να υπογραμμίσουμε ότι η 4η ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης βρίσκεται σε μια καίρια φάση μετασχηματισμού. Με δεκάδες έργα σε εξέλιξη, νέες νοσοκομειακές υποδομές διεθνούς επιπέδου, σύγχρονο εξοπλισμό και σαφή στρατηγικό σχεδιασμό για την επόμενη πενταετία, η περιοχή βαδίζει προς ένα νέο μοντέλο δημόσιας υγείας, περισσότερο λειτουργικό, ψηφιακό και ασθενοκεντρικό. •••

“

Στόχος είναι τα νοσοκομεία της Περιφέρειας να λειτουργούν με πρότυπα ευρωπαϊκών μονάδων, με αποδοτικές διαδικασίες και δομές που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της επόμενης δεκαετίας.

”



ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΔΙΑΚΟΠΗΣ
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Tokovys®

(Κυτισινικλίνη)

Θεραπεία
25
ημερών

Η **κυτισινικλίνη** επιτρέπει
τη σταδιακή μείωση της εξάρτησης
από τη νικοτίνη ανακουφίζοντας
από τα **κεντρικά συμπτώματα** της στέρησης

- Είναι φυτικό αλκαλοειδές
- **Ανταγωνίζεται τη νικοτίνη** για τους **ίδιους** υποδοχείς και σταδιακά την **εκτοπίζει** λόγω της **ισχυρότερης δέσμευσής** της
- **Αυξάνει μέτρια** τα επίπεδα της **ντοπαμίνης** στον εγκέφαλο, κάτι που ανακουφίζει τα κεντρικά συμπτώματα της στέρησης της νικοτίνης



Tokovys advpublic 6/2024

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΥΝΙΣΤΟΥΝ:

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ - ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ

Αντενδείκνυται σε υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα, ασαθή στηθάγχη, ιστορικό πρόσφατου εμφράγματος του μυοκαρδίου, κλινικά σημαντικές αρρυθμίες, ιστορικό πρόσφατου εγκεφαλικού επεισοδίου, εγκυμοσύνη και θηλασμό. Το Tokovys δεν συνιστάται για χρήση σε ηλικιωμένους ασθενείς, ηλικίας άνω των 65 ετών και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάτω των 18 ετών.



WinMedica

WIN MEDICA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

Αγισσιλάου 6-8 15123 Μαρούσι

T 2107488821 | F 2107488827

E info@winmedica.gr | www.winmedica.gr

Τα φιλόδοξα σχέδια του ΙΦΕΤ για το 2026

Γιατροί και ασθενείς θα παρακολουθούν online την προμήθεια των φαρμάκων!

Συνέντευξη της Ελευθερίας Τοκατλίδη,
Διευθύνουσας Συμβούλου του ΙΦΕΤ

Συνέντευξη στον
Αιμίλιο Νεγκή



Φιλόδοξα είναι τα σχέδια για το 2026 στο Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ). Όπως αποκαλύπτει στο PhB η Διευθύνουσα Σύμβουλός του, κ. **Ελευθερία Τοκατλίδη**, σχεδιάζεται **νέο portal**, που θα παρέχει άμεση ενημέρωση και διαφάνεια προς πολίτες, προμηθευτές και επαγγελματίες στον τομέα της υγείας.

Με απλά λόγια, οι θεράποντες γιατροί και οι ασθενείς θα μπορούν να παρακολουθούν ηλεκτρονικά την εξέλιξη της προμήθειας των καινοτόμων φαρμάκων που έχουν ανάγκη! Ήδη, μάλιστα, το ΙΦΕΤ έχει πετύχει να μειώσει τον χρόνο παράδοσης των φαρμάκων από 2-3 μήνες, πριν από 2 μόλις χρόνια, σε 7-10 ημέρες σήμερα... Συνολικά, το 2025, το ΙΦΕΤ κάλυψε τις ανάγκες σε φάρμακα 700.000 ασθενών! Μάλιστα, μειώθηκε το μέσο κόστος αγοράς κατά 20% και συνολικά εξοικονομήθηκαν περίπου 48 εκατ. ευρώ.

Η κ. Τοκατλίδη μάς εξηγεί ότι δημιουργήθηκε πιστοποιημένο μητρώο προμηθευτών, και υιοθετήθηκαν ψηφιακά εργαλεία που καταγράφουν τιμές και διαθεσιμότητα σε πραγματικό χρόνο.

Παράλληλα, μειώθηκαν δραστικά οι ελλείψεις φαρμάκων, χάρη σε ένα σύστημα πρόβλεψης που επιτρέπει στους υπεύθυνους του ΙΦΕΤ να γνωρίζουν εκ των προτέρων τις ανάγκες της αγοράς και να αποτρέπουν τις ελλείψεις πριν αυτές δημιουργηθούν. Στόχος για το 2026 είναι ο μηδενισμός των ελλείψεων σε κρίσιμες θεραπείες. Όσον αφορά την κριτική που ασκείται στο ΙΦΕΤ, ότι εξελίσσεται σε μια μεγάλη φαρμακευτική χωρίς rebates και clawback, η κ. Τοκατλίδη απαντά ότι το ΙΦΕΤ δεν ανταγωνίζεται την αγορά. Αντιθέτως, έρχεται να καλύψει τα κενά της αγοράς: φέρνει φάρμακα που δεν υπάρχουν, που είναι σε έλλειψη, που δεν διατίθενται στη χώρα ή δεν έχουν ακόμη τιμολογηθεί.

ΕΡ_ Ποια είναι τα πιο σημαντικά πεπραγμένα του ΙΦΕΤ για το 2025;

ΑΠ_ Το 2025 ήταν η χρονιά που επιβεβαίωσε στην πράξη τη στρατηγική στροφή που ξεκινήσαμε το 2023: το ΙΦΕΤ να λειτουργεί με ταχύτητα, διαφάνεια και, πάνω από όλα, με επίκεντρο τον ασθενή. Και είμαι περήφανη γιατί έγινε πολύ

μεγάλη πρόοδος τα τελευταία δύο χρόνια στο ΙΦΕΤ.

Δουλέψαμε μεθοδικά προς αυτήν την κατεύθυνση και, το 2025, καλύψαμε την ανάγκη 700.000 ανθρώπων με καινοτόμες θεραπείες που δεν ήταν διαθέσιμες στη χώρα. Μάλιστα, μειώσαμε τον χρόνο παράδοσης από τους δύο και τρεις μήνες του 2023 σε μόλις 7-10 ημέρες.

“

Σχεδιάζεται νέο portal, που θα παρέχει άμεση ενημέρωση και διαφάνεια προς πολίτες, προμηθευτές και επαγγελματίες στον τομέα της υγείας.

”



Ελευθερία Τοκατλίδη

Διευθύνουσα Σύμβουλος του ΙΦΕΤ

Πετύχαμε, επίσης, εισαγωγή δεκάδων νέων και ορφανών φαρμάκων, δηλαδή φαρμάκων για σπάνιες παθήσεις, και μειώσαμε δραστικά τις ελλείψεις φαρμάκων από 112 το 2023 σε μόλις οκτώ το 2024. Παράλληλα, καταφέραμε να αναβαθμίσουμε ψηφιακά τις διαδικασίες και υπηρεσίες και όλα αυτά ενώ ταυτόχρονα καταφέραμε να εξοικονομήσουμε **48 εκατ. ευρώ**, αφού εξορθολογίσαμε τις διαδικασίες έρευνας αγοράς. Μειώσαμε τον μέσο όρο αγοράς του συνόλου των φαρμάκων πάνω από 20%.

Με λίγα λόγια, το 2025 εξελίχθηκε σε μια χρονιά-ορόσημο για το ΙΦΕΤ. Γιατί αποδείξαμε ότι ένας δημόσιος οργανισμός μπορεί να λειτουργεί με επαγγελματισμό, τεχνογνωσία και συνέπεια –και αυτό δεν είναι καθόλου αυτονόητο. Τα εύσημα ανήκουν βέβαια και στους εργαζόμενους του ΙΦΕΤ, που τους ευχαριστώ θερμά. Τέλος, τίποτε απ' όλα αυτά δεν θα είχε επιτευχθεί αν δεν υπήρχε η συνεργασία και στήριξη της ηγεσίας του ΕΟΦ και του Υπουργείου Υγείας, με επικεφαλής τον Άδωνι Γεωργιάδη.

ΕΡ_ Ποιες είναι οι πιο σημαντικές κατηγορίες φαρμάκων στις οποίες εμπλέκε-

ται το ΙΦΕΤ; Πώς εξελίχθηκε, το 2025, η πορεία τους;

ΑΠ_ Το ΙΦΕΤ καλύπτει τρεις βασικές κατηγορίες: ειδικές νοσοκομειακές παραγγελίες, φάρμακα μόνιμης και έκτακτης κάλυψης και «ατομικές παραγγελίες», οι οποίες, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, είναι ορφανά φάρμακα. Το 2025, είχαμε σημαντική αύξηση στη ζήτηση για ορφανά και υψηλής καινοτομίας φάρμακα –κάπι που αντικατοπτρίζει τις ανάγκες του συστήματος υγείας και τη βελτίωση στην πρόσβαση των ασθενών σε νέα, καινοτόμα σκευάσματα. Συνολικά, διακινήσαμε 850 σκευάσματα και εισήχθησαν στη χώρα πάνω από 80 νέες θεραπείες. Παράλληλα, βελτιώσαμε θεαματικά την έλλειψη των φαρμάκων μόνιμης έκτακτης κάλυψης: από 112 σκευάσματα με οριακό απόθεμα το 2023 μειώθηκαν σε 8 το 2025.

ΕΡ_ Πώς τα καταφέρατε;

ΑΠ_ Υιοθετήσαμε μια εντελώς διαφορετική και καινοτόμα προσέγγιση: το forecasting, ένα σύστημα πρόβλεψης που επιτρέπει να γνωρίζουμε εκ των προτέρων τις ανάγκες της αγοράς και να αποτρέπουμε τις ελ-

“

Το forecasting είναι ένα σύστημα πρόβλεψης που επιτρέπει να γνωρίζουμε εκ των προτέρων τις ανάγκες της αγοράς και να αποτρέπουμε τις ελλείψεις πριν αυτές δημιουργηθούν.

”

“

Εφαρμόστηκε με επιτυχία το λεγόμενο Δυναμικό Σύστημα Αγορών: μια ηλεκτρονική πλατφόρμα που επιτρέπει στον ΙΦΕΤ να προμηθεύεται φάρμακα με πλήρη διαφάνεια, αξιοπιστία και ταχύτητα.

”

λείψεις πριν αυτές δημιουργηθούν. Δημιουργήσαμε, με μεθοδικότητα και προσεκτικό σχεδιασμό, στρατηγικά αποθέματα για συγκεκριμένα σκευάσματα, ώστε να καλύψουμε τις αυξημένες ανάγκες των Ελλήνων ασθενών.

ΕΡ_Παρά τις προσπάθειες, παρατηρούνται ακόμη ελλείψεις στην αγορά...

ΑΠ_Οι ελλείψεις είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί εξολοκλήρου και αποκλειστικά σε εθνικό επίπεδο. Αυτό που μπορούμε να ελέγξουμε –και εκεί έχουμε κάνει ουσιαστικά βήματα– είναι να μη μετατρέπεται αυτή η διεθνής πίεση σε πρόβλημα για τον ασθενή. Γιατί ο ασθενής δεν μπορεί να περιμένει. Δεν υπάρχει η πολυτέλεια του χρόνου όταν μιλάμε για την υγεία. Γι' αυτό και στόχος μας για το 2026 είναι ο μηδενισμός των ελλείψεων σε κρίσιμες θεραπείες.

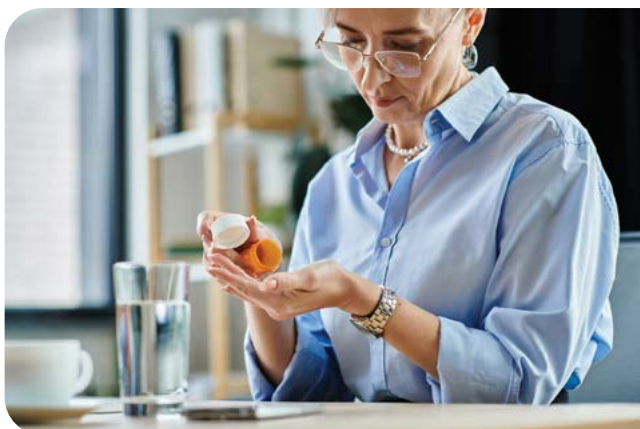
ΕΡ_Αρκετοί παράγοντες της αγοράς ασκούν κριτική ότι αυξάνεται ο κύκλος εργασιών του ΙΦΕΤ και ότι λειτουργεί

σαν «μεγάλη φαρμακευτική» χωρίς εκπτώσεις ή clawback. Τι απαντάτε;

ΑΠ_Η αποστολή του ΙΦΕΤ δεν είναι εμπορική. Δεν ανταγωνίζεται την αγορά. Αντιθέτως, έρχεται να καλύψει τα κενά της αγοράς: φέρνει φάρμακα που δεν υπάρχουν, που είναι σε έλλειψη, που δεν διατίθενται στη χώρα ή δεν έχουν ακόμη τιμολογηθεί. Εκτελούμε εντολές του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων για να εισάγουμε φάρμακα το ταχύτερο δυνατόν και στη συμφερότερη τιμή. Ο «κύκλος εργασιών» μας αυξάνεται γιατί αυξάνονται οι ανάγκες των ασθενών και το κράτος οφείλει να ανταποκριθεί. Το ΙΦΕΤ λειτουργεί με πλήρη διαφάνεια και με κανόνες δημόσιου λογιστικού. Είναι ένας πυλώνας φαρμακευτικής ασφάλειας για το σύστημα υγείας. Όσο υπάρχουν ανάγκες που η αγορά δεν μπορεί να καλύψει, το ΙΦΕΤ θα συνεχίσει να παρεμβαίνει υπέρ των ασθενών.

ΕΡ_Έχετε δηλώσει ότι, ως διοίκηση, καταβάλλετε προσπάθειες ελέγχου του κόστους προμήθειας. Τι ακριβώς έχετε κάνει και ποια είναι τα αποτελέσματα;

ΑΠ_Ακολουθήσαμε μια φιλοσοφία: περισσότερα με λιγότερα –χωρίς καμία έκπτωση στην ποιότητα. Αυτό σημαίνει: συστηματική και δυναμική έρευνα αγοράς, εξασφάλιση συγκριτικών προσφορών, διεύρυνση του δικτύου προμηθευτών –μάλιστα δημιουργήσαμε πιστοποιημένο μητρώο, το οποίο περιλαμβάνει περισσότερους α-



πό 210 προμηθευτές, και υιοθετήσαμε ψηφιακά εργαλεία που καταγράφουν τιμές και διαθεσιμότητα σε πραγματικό χρόνο. Για παράδειγμα, τον Ιούνιο του 2025, εφαρμόσαμε με επιτυχία το λεγόμενο Δυναμικό Σύστημα Αγορών: μια ηλεκτρονική πλατφόρμα που επιτρέπει στον ΙΦΕΤ να προμηθεύεται φάρμακα με πλήρη διαφάνεια, αξιοπιστία και ταχύτητα. Το αποτέλεσμα ήταν θεαματικό από το πρώτο διάστημα εφαρμογής: 20,3% μείωση στη μέση τιμή αγοράς, μείωση της μέσης τιμής πώλησης, με ταυτόχρονη εξοικονόμηση πολλών εκατομμυρίων ευρώ για το ελληνικό σύστημα υγείας. Και κάτι που θεωρώ κρίσιμο να τονίσω: αυτή η εξοικονόμηση έγινε υπέρ του ασθενούς.

ΕΡ_ Τι περιλαμβάνει η ψηφιοποίηση του ΙΦΕΤ και τι έχει γίνει μέχρι σήμερα;

ΑΠ_ Η ψηφιοποίηση είναι κεντρική μας προτεραιότητα. Από το 2023 μέχρι σήμερα: Ολοκληρώσαμε τη διασύνδεση με τον ΕΟΦ για τις έκτακτες εντολές φαρμάκων, εφαρμόσαμε εργαλεία Τεχνητής Νοημοσύνης και Επιχειρηματικής Ευφυΐας στις προμήθειες. Πετύχαμε να παρακολουθούμε αποθέματα και τιμές σε πραγματικό χρόνο, ξεκινήσαμε τη λειτουργία του Δυναμικού Συστήματος Αγορών, η οποία επιτρέπει πραγματικό ανταγωνισμό και πλήρη διαφάνεια, και, όπως ανέφερα και προηγουμένως, δημιουργήσαμε το πιστοποιημένο Μητρώο Προμηθευτών, το οποίο δεν υπήρχε ποτέ μέχρι σήμερα. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός μας έδωσε ταχύτητα, έλεγχο και κυρίως τη δυνατότητα να λαμβάνουμε αποφάσεις βασισμένες σε δεδομένα, τα οποία πλέον έχουμε στη διάθεσή μας εύκολα και ανά πάσα στιγμή. Για έναν

δημόσιο οργανισμό, όπως καταλαβαίνετε, αυτό αποτελεί ουσιαστική μεταρρύθμιση.

ΕΡ_ Ποιες είναι οι πιο σημαντικές προτεραιότητές σας για το 2026;

ΑΠ_ Τη νέα χρονιά, θα βασιστούμε σε μια σταθερή βάση αποτελεσμάτων και θα συνεχίσουμε με ξεκάθαρη στοχοθεσία. Προτεραιότητά μας είναι ο μηδενισμός των ελλείψεων στα φάρμακα μόνιμης και έκτακτης κάλυψης, η ενίσχυση της Μονάδας παραγωγής μας στην Παλλήνη, ο εκσυγχρονισμός της Μονάδας ακτινοβολήσης της Μαγούλας, η διεύρυνση των συνεργασιών μας με ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα και η σταδιακή μείωση του περιβαλλοντικού μας αποτυπώματος μέσα από την αναβάθμιση των κτιριακών μας υποδομών.

Παράλληλα, προχωράμε στη δημιουργία νέου portal του ΙΦΕΤ, το οποίο θα προσφέρει άμεση πληροφόρηση και πλήρη διαφάνεια σε πολίτες, προμηθευτές και επαγγελματίες υγείας. Θα μπορεί πλέον ο θεράπων ιατρός και ο ασθενής να παρακολουθούν ηλεκτρονικά και σε πραγματικό χρόνο την πορεία του φαρμάκου με διαλειτουργική επικοινωνία όλων των καναλιών υγείας (ΕΟΠΠΥ-ΕΟΦ-ΙΦΕΤ).

Ο στόχος μας είναι σαφής: Το ΙΦΕΤ να παραμείνει ο σταθερός εγγυητής πρόσβασης στα φάρμακα υψηλής αξίας για κάθε ασθενή στη χώρα. Το στοίχημα για εμάς είναι να αποδεικνύουμε καθημερινά ότι το Δημόσιο μπορεί να λειτουργεί γρήγορα, αποτελεσματικά και αξιόπιστα, χωρίς να χάνει τον κοινωνικό του ρόλο. Το 2025, κάναμε σημαντικό βήμα σε αυτήν την κατεύθυνση. Το 2026, θέλουμε να το εδραιώσουμε. •••

“

Προτεραιότητά μας είναι ο μηδενισμός των ελλείψεων στα φάρμακα μόνιμης και έκτακτης κάλυψης, η ενίσχυση της Μονάδας παραγωγής μας στην Παλλήνη κ.ά.

”



Παχυσαρκία: Μια πολύπλοκη νόσος που χρειάζεται ολιστική αντιμετώπιση



της **Κατερίνας
Μπαρμπαγιάννη,**

MD, MSc, Παθολόγου με
εξειδίκευση στον Σακχαρώδη
Διαβήτη, Medical Advisor
Φαρμασέρβ-Δίλλυ

Η παχυσαρκία δεν είναι απλώς ένα θέμα αισθητικής ή προσωπικής επιλογής. Είναι μια **πολύπλοκη, χρόνια νόσος**, που επηρεάζεται από ποικίλους βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Αν και η συμβουλή «φάε λιγότερο και κινήσου περισσότερο» είναι ευρέως διαδεδομένη, δεν αποτυπώνει την πραγματικότητα για τη συστημική πλειοψηφία των ανθρώπων που παλεύουν με την παχυσαρκία. Πράγματι, η **ισορροπία μεταξύ προσλαμβανόμενης και καταναλισκόμενης ενέργειας** είναι θεμελιώδης για τον έλεγχο του βάρους, και το **σύγχρονο περιβάλλον** ευνοεί την παχυσαρκία. Επεξεργασμένα, πλούσια σε θερμίδες τρόφιμα είναι φθηνά και εύκολα διαθέσιμα, ενώ ταυτόχρονα η σωματική δραστηριότητα έχει μειωθεί σημαντικά, καθώς, τόσο στην εργασία

όσο και στον ελεύθερο χρόνο, ευνοείται η καθιστική συμπεριφορά.

Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες, πιο δύσκολα τροποποιήσιμοι ή ακόμα και μη τροποποιήσιμοι. Για παράδειγμα, η **κατάσταση της ψυχικής υγείας**. Το άγχος, η κατάθλιψη και το χρόνιο στρες μπορούν να οδηγήσουν σε υπερφαγία και μείωση της κινητικότητας. Η **ανεπάρκεια ύπνου**, που είναι συχνό φαινόμενο σήμερα, επηρεάζει τις ορμόνες που ρυθμίζουν την όρεξη, ενισχύοντας την πιθανότητα αύξησης βάρους. Διάφορα **ενδοκρινικά νοσήματα** (όπως ο υποθυρεοειδισμός) ή **φαρμακευτικές αγωγές** για νοσήματα (π.χ. η κορτιζόνη για αυτοάνοσα νοσήματα) μπορεί να σχετίζονται με αύξηση βάρους ή να δυσχεραίνουν την απώλεια βάρους. Αλλά και «φυσιολογικές» **ορμονικές αλλαγές** (όπως συμβαίνει στην εμμηνόπαυση, την εφηβεία ή την κύηση), επηρεάζουν σαφώς την ποσότητα και την κατανομή λίπους στο σώμα. Και, φυσικά, σήμερα, γνωρίζουμε πως η **γενετική προδιάθεση** παίζει αποφασιστικό ρόλο. Τα γονίδιά μας καθορίζουν το πώς θα ανταποκριθούμε σε συνθήκες αυξημένης πρόσληψης θερμίδων, με τις εκτιμήσεις για την κληρονομικότητα της παχυσαρκίας να αγγίζουν το 70%. Όλα τα παραπάνω δείχνουν ότι η παχυσαρκία **δεν είναι ποτέ αποτέλεσμα ενός και μόνο παράγοντα**.

Αλλά ούτε και η απώλεια βάρους είναι εύκολη υπόθεση. Μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που χάνουν βάρος με δίαιτα και άσκηση το ξαναπαίρνουν μέσα σε λίγα χρόνια. Αυτό δεν οφείλεται σε «αδυναμία χαρακτήρα», αλλά σε **βιολογικούς μηχανισμούς** που αντιστέκονται στην απώλεια βάρους. Η λειτουργία του σώματος και του εγκεφάλου μας είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να προστατεύει το βάρος μας από τη μείωση –και ό-

χι το αντίστροφο. Όταν προσπαθούμε να χάσουμε κιλά, το σώμα μας ενεργοποιεί μηχανισμούς που αυξάνουν την πείνα και μειώνουν τον μεταβολισμό, οδηγώντας συχνά στην **επανάκτηση του βάρους**. Άρα ούτε η απώλεια βάρους είναι θέμα απλής θέλησης ή πειθαρχίας.

Η παχυσαρκία σχετίζεται με **πολλές και σοβαρές επιπλοκές**: σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, καρδιαγγειακά νοσήματα, υπογονιμότητα, υπνική άπνοια, οστεοαρθρίτιδα, ακόμα και κακοήθειες. Επιπλέον, επηρεάζει την ψυχική υγεία, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους. Οι λανθασμένες αντιλήψεις που συνδέουν την παχυσαρκία αποκλειστικά με ατομική ευθύνη δημιουργούν αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογία και στην κοινωνική ζωή των πασχόντων, καθιστώντας πιο δύσκολη την αναζήτηση βοήθειας και τη διαχείριση της νόσου.

Η αποδοχή της παχυσαρκίας ως πολύπλοκης νόσου είναι το πρώτο βήμα για την **ουσιαστική κατανόηση και τη σωστή αντιμετώπιση της**. Η προσέγγιση της παχυσαρκίας απαιτεί **ομάδα επαγγελματιών υγείας**: γιατρό, φαρμακοποιό, διαιτολόγο, ψυχολόγο, γυμναστή. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής είναι θεμελιώδεις (μείωση θερμίδων, αύξηση άσκησης), όμως γνωρίζουμε, πλέον, ότι συνήθως δεν επαρκούν από μόνες τους. Η **φαρμακευτική αγωγή** και, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η **βαριατρική χειρουργική** αποτελούν σημαντικά εργαλεία στη διαχείριση της νόσου. Και, φυσικά, όπως σε κάθε χρόνια νόσο, χρειάζεται τακτική παρακολούθηση και επανεκτίμηση, για την αποφυγή υποτροπών. Γιατί ο στόχος δεν είναι απλώς η απώλεια βάρους, αλλά η **βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής** του ατόμου και η πρόληψη ή η αντιμετώπιση των επιπλοκών. •••



αφιέρωμα σακχαρώδης διαβήτη

pharma & health BUSINESS



30

Ρεπορτάζ

Νέες εξελίξεις
στη θεραπεία του διαβήτη

34

Άρθρο

Η παγκόσμια πρόκληση
του σακχαρώδη διαβήτη:
Δεδομένα, επιπτώσεις
και αντιμετώπιση

40

Ρεπορτάζ

Ψηφιακή εφαρμογή
με τις νέες ελληνικές
Κατευθυντήριες Οδηγίες

42

Ρεπορτάζ

Νέο ψηφιακό πλαίσιο του
ΕΟΠΥΥ για τους διαβητικούς

❗ Ποιες έρευνες αφορούν τον τύπο Ι

Νέες εξελίξεις στη θεραπεία του διαβήτη

Το κύριο «όπλο» στον διαβήτη ΙΙ είναι οι αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1

Οι αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1 agonists) παραμένουν το κύριο φαρμακευτικό «όπλο» στη διαχείριση του διαβήτη τύπου 2 και της παχυσαρκίας.

Οι πιο σημαντικές εξελίξεις στα νέα φάρμακα για τον διαβήτη τύπου 2 επικεντρώνονται στους **αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1** και τις **διπλές αγωγές (GLP-1/GIP)**, οι οποίες προσφέρουν βελτιωμένη ρύθμιση του σακχάρου και σημαντική απώλεια βάρους.

❗ **Αγωνιστές GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1):** Αυτά τα φάρμακα μιμούνται τη δράση μιας φυσικής ορμόνης που βοηθά στον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης και συχνά οδηγούν σε απώλεια βάρους. Το πιο γνωστό φάρμακο της κατηγορίας είναι η **σεμαγλουτίδη** (Semaglutide, εμπορικές ονομασίες Ozempic, Rybelsus, Wegovy). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ενέταξε τις θεραπείες GLP-1 στη Λίστα Βασικών Φαρμάκων για τον διαβήτη τύπου 2 το 2025.

❗ **Διπλοί Αγωνιστές GLP-1/GIP:** Η **τιρζεπατίδη** (Tirzepatide, εμπορικές ονομασίες Mounjaro, Zepbound) είναι ένα καινοτόμο, φάρμακο που δρα σε δύο ορμονικούς υποδοχείς (GLP-1 και GIP) και έχει δείξει εξαιρετικά αποτελέσματα τόσο στη ρύθμιση του διαβήτη τύπου 2 όσο και στη θεραπεία της παχυσαρκίας.

❗ **Αναστολείς SGLT2 (Sodium-Glucose Co-transporter 2):** Αυτά τα φάρμακα δρουν στους νεφρούς, αυξάνοντας την απέκκριση γλυκόζης μέσω των ούρων. Έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα ευεργετικά στην καρδιαγγειακή και νεφρική προστασία των ασθενών με διαβήτη τύπου 2.

Αγωνιστές GLP-1

Οι αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1 agonists) παραμένουν το

κύριο φαρμακευτικό «όπλο» στη διαχείριση του διαβήτη τύπου 2 και της παχυσαρκίας, με τα νεότερα δεδομένα να αφορούν την επέκταση των οφελών τους πέρα από τον μεταβολικό έλεγχο.

Οι τελευταίες εξελίξεις αφορούν:

❗ **Ενσωμάτωση στη Λίστα Βασικών Φαρμάκων του ΠΟΥ:** Τον Μάιο του 2025, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακοίνωσε την προσθήκη της σεμαγλουτίδης (semaglutide) στη Λίστα Βασικών Φαρμάκων (Essential Medicines List) για τη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2, υπογραμμίζοντας την αναγνώριση της αποτελεσματικότητάς της σε παγκόσμιο επίπεδο.

❗ **Καρδιαγγειακά και Νεφρικά Οφέλη (Μελέτη SELECT):** Τα δεδομένα από τη μελέτη SELECT (που αφορούσε τη σεμαγλουτίδη, εμπορική ονομασία Wegovy) ήταν καθοριστικά την τελευταία διετία. Έδειξαν ότι, εκτός από την απώλεια βάρους, το φάρμακο **μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων (έμφραγμα, εγκεφαλικό) και βελτιώνει τη νεφρική λειτουργία** σε άτομα με παχυσαρκία και καρδιαγγειακή νόσο, ανεξάρτητα από το αν έχουν διαβήτη.

❗ **Προστασία από Χρόνια Νεφρική Νόσο (Μελέτη FLOW):** Η μελέτη FLOW (για το Ozempic/σεμαγλουτίδη) απέδειξε ότι το φάρμακο **μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εξέλιξης της χρόνιας νεφρικής νόσου** σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, επιβεβαιώνοντας τα νεφροπροστατευτικά οφέλη της κατηγορίας.

❗ **Φάρμακα από του στόματος:** Η δια-



θεσιμότητα των καπίων GLP-1 βελτιώνεται, προσφέροντας μια εναλλακτική λύση στις ενέσεις για ορισμένους ασθενείς.

Σημαντικά θέματα ασφαλείας και πρόσβασης

❗ **Ελλείψεις:** Η θεραπεία ζήτηση συνεχίζει να προκαλεί ελλείψεις σε πολλά σκευάσματα παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, δυσκολεύοντας τη συνεχή θεραπεία των ασθενών.

❗ **Προειδοποιήσεις για αναισθησία:** Έχουν προστεθεί προειδοποιήσεις σχετικά με τον κίνδυνο επιπλοκών κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας/χειρουργικών επεμβάσεων, λόγω της επιβράδυνσης της πέψης που προκαλούν αυτά τα φάρμακα.

Διπλοί αγωνιστές

Οι **διπλοί αγωνιστές GLP-1/GIP** αντιπροσωπεύουν την αιχμή της φαρμακευτικής θεραπείας για τον διαβήτη τύπου 2 και την παχυσαρκία, προσφέροντας ισχυρότερο έλεγχο της γλυκόζης και μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σχέση με τις προ-

ηγούμενες αγωγές.

Το κυρίαρχο φάρμακο στην κατηγορία αυτή είναι η **Τιρζεπατίδη** (εμπορικές ονομασίες **Mounjaro** για τον διαβήτη και **Zepbound** για την παχυσαρκία). Είναι ο πρώτος εγκεκριμένος διπλός αγωνιστής και παραμένει το πιο αποτελεσματικό φάρμακο σε κυκλοφορία το 2025.

❗ **Αποτελεσματικότητα:** Έχει αποδειχθεί ότι είναι ελαφρώς πιο ισχυρή στη βελτίωση του μεταβολισμού της γλυκόζης και στη μείωση του σωματικού βάρους σε σύγκριση με τη σεμαγλουτίδη (Ozempic/Wegovy).

❗ **Πολλαπλά οφέλη:** Πέρα από τη ρύθμιση του σακχάρου, η τιρζεπατίδη (όπως και άλλα φάρμακα της κατηγορίας) προσφέρει καρδιαγγειακά και νεφρικά οφέλη, μειώνοντας τη φλεγμονή και βελτιώνοντας την αρτηριακή ελαστικότητα.

❗ **Προκλήσεις:** Η θεραπεία ζήτηση για τα φάρμακα αυτά έχει οδηγήσει σε παγκόσμιες ελλείψεις, προκαλώντας ανησυχίες σχετικά με τη συνεχή πρόσβαση των ασθενών.



Οι διπλοί αγωνιστές GLP-1/GIP αντιπροσωπεύουν την αιχμή της φαρμακευτικής θεραπείας για τον διαβήτη τύπου 2 και την παχυσαρκία.

Νεότερες εξελίξεις

Η έρευνα δεν σταματά στους διπλούς αγωνιστές. Η φαρμακοβιομηχανία κινείται πλέον προς τις **τριπλές και πολλαπλές** αγωγές:

❖ **Ρετατρονιδίν (Retatrutide):** Αυτός ο παράγοντας είναι ένας τριπλός αγωνιστής (GIP, GLP-1 και υποδοχέων γλυκαγόννης) που βρίσκεται σε κλινικές δοκιμές φάσης 3.

❖ **Εντυπωσιακά αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα από τις μελέτες φάσης 2 το 2025 έδειξαν απώλεια βάρους έως και 24% σε λιγότερο από έναν χρόνο, προσεγγίζοντας τα αποτελέσματα της βαριατρικής χειρουργικής.

❖ **Προοπτική:** Αναμένεται να γίνει το πιο ισχυρό φαρμακολογικό εργαλείο για την παχυσαρκία και τον διαβήτη όταν λάβει έγκριση.

Περισσότεροι από 40 παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων πολλαπλών αγωνιστών, βρίσκονται σε ενεργό ανάπτυξη για διάφορες ενδείξεις, υπογραμμίζοντας ότι η κατηγορία αυτή εξελίσσεται ραγδαία. Τον Ιούνιο του 2025, προστέθηκαν προειδοποιήσεις στις πληροφορίες των φαρμάκων αυτών (συμπεριλαμβανομένης της ηρζεπατίδης) σχετικά με τον κίνδυνο αναρρόφησης κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας ή βαθιάς καταστολής, λόγω καθυστερημένης κένωσης του στομάχου.

Οι αναστολείς SGLT2

Οι αναστολείς SGLT2 (Sodium-Glucose Co-transporter 2 inhibitors), όπως η **δαπαγλιφλοζίνη** (dapagliflozin, Forxiga) και η **εμπαγλιφλοζίνη** (empagliflozin, Jardiance), έχουν εξελιχθεί σε φάρμακα-«κλειδιά» για τον διαβήτη τύπου 2, αλλά τα νεότερα δεδομένα τονίζουν τα οφέλη τους πέρα από τον απλό έλεγχο του σακχάρου.

Η κύρια εξέλιξη είναι η εδραίωση της χρήσης τους ως **θεραπείας πρώτης γραμμής** για την προστασία ζωτικών οργάνων:

❖ **Καρδιακή Ανεπάρκεια:** Τα δεδομένα έχουν επιβεβαιώσει σταθερά ότι οι αναστολείς SGLT2 μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια τόσο σε ασθενείς με διαβήτη όσο και σε αυτούς που **δεν έχουν διαβήτη**. Χρησιμοποιούνται πλέον ευρέως

στη θεραπεία της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

❖ **Νεφρική Προστασία:** Έχουν αναδειχθεί ως η πιο ισχυρή κατηγορία φαρμάκων για την επιβράδυνση της εξέλιξης της χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN), μειώνοντας την ανάγκη για αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού. Μελέτες όπως η DAPA-CKD και η EMPA-KIDNEY έχουν θέσει νέα πρότυπα φροντίδας.

❖ **Θεραπεία Πρώτης Γραμμής:** Οι τρέχουσες διεθνείς και ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν πλέον τη χρήση αναστολέων SGLT2 χωρίς στη θεραπεία, ειδικά σε ασθενείς με συνυπάρχουσα καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο.

❖ **Συνεχιζόμενη Έρευνα:** Οι κλινικές δοκιμές συνεχίζουν να διερευνούν τα οφέλη σε ευρύτερο **φάσμα παθήσεων**, με ελπιδοφόρα αποτελέσματα σχετικά με τη μείωση της αλβουμινουρίας (**δείκτης νεφρικής βλάβης**) σε διάφορες υποομάδες ασθενών.

Οι εξελίξεις στον διαβήτη τύπου 1

Για τον διαβήτη τύπου 1, οι έρευνες προχωρούν πέρα από την ινσουλίνη:

❖ **Ανοσοτροποποιητικές Θεραπείες:** Έχει ανακοινωθεί η πρώτη θεραπεία που μπορεί να καθυστερήσει την εξέλιξη του διαβήτη τύπου 1 σε άτομα υψηλού κινδύνου, δίνοντας «πράσινο φως» σε νέα φάρμακα που «παγώνουν» την αυτοάνοση διαδικασία, εφόσον χορηγηθούν έγκαιρα.

❖ **Θεραπείες με Βλαστοκύτταρα:** Έχουν ανακοινωθεί κλινικές δοκιμές όπου ασθενείς με τύπου 1 σταμάτησαν τις ενέσεις ινσουλίνης μετά από μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων.

Οι ανοσοτροποποιητικές θεραπείες αντιπροσωπεύουν μια κρίσιμη νέα προσέγγιση για τον **διαβήτη τύπου 1**, με στόχο όχι απλώς τη διαχείριση των επιπέδων σακχάρου, αλλά την παρέμβαση στην υποκείμενη αυτοάνοση διαδικασία που καταστρέφει τα βήτα-κύτταρα του παγκρέατος. Η κύρια εστίαση είναι στην καθυστέρηση ή την αναστολή της εξέλιξης της νόσου, ειδικά σε ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια ή έχουν υψηλό κίνδυνο.



■ **Teplizumab (Tzield):** Αυτή είναι η πιο γνωστή και πρωτοποριακή θεραπεία. Το Teplizumab είναι το πρώτο και μοναδικό εγκεκριμένο φάρμακο που μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη του κλινικού (Στάδιο 3) διαβήτη τύπου 1 σε άτομα με Στάδιο 2 (όπου υπάρχουν αντισώματα αλλά όχι συμπτώματα). Καθυστερεί την ανάγκη για ινσουλίνη κατά περίπου 2-3 χρόνια, κατά μέσο όρο, δίνοντας στους ασθενείς πολύτιμο χρόνο.

■ **Άλλοι παράγοντες** βρίσκονται σε διάφορα στάδια κλινικών δοκιμών, με στόχο την προστασία των εναπομεινάντων βήτα-κυττάρων κατά τη διάγνωση.

■ **Προστασία των βήτα-κυττάρων:** Οι θεραπείες αυτές στοχεύουν στα Τ-λεμφοκύτταρα, τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που επιτίθενται λανθασμένα στο πάγκρεας. Με την τροποποίηση της ανοσοαπόκρισης, προσπαθούν να διατηρήσουν την εναπομείνασα παραγωγή ινσουλίνης του σώματος.

Αυτές οι θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές όταν εφαρμόζονται έγκαιρα, ιδανικά πριν καταστραφεί ολοσχερώς το πάγκρεας. Η έγκαιρη διάγνωση και ο προσυμπτωματικός έλεγχος των αντισωμάτων είναι, επομένως, ζωτικής σημασίας.

Θεραπίες με βλαστοκύτταρα

Οι θεραπείες με βλαστοκύτταρα αποτελούν μία από τις **πιο ελπιδοφόρες εξελίξεις** στην έρευνα για τον διαβήτη τύπου 1, με πρόσφατες κλινικές δοκιμές να δείχνουν τη δυνατότητα να καταστήσουν τους ασθενείς **ανεξάρτητους από την ινσουλίνη**.

■ **Ανεξαρτησία από την ινσουλίνη:** Πολλές αναφορές από κλινικές δοκιμές, ιδιαίτερα από την εταιρεία βιοτεχνολογίας Vertex Pharmaceuticals, δείχνουν ότι ασθενείς με σοβαρό διαβήτη τύπου 1 που έλαβαν θεραπεία με βλαστοκύ-

ττα σταμάτησαν να χρειάζονται καθημερινές ενέσεις ινσουλίνης.

■ **Ανάπτυξη κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη:** Η βασική ιδέα είναι η μετατροπή βλαστοκυττάρων σε λειτουργικά βήτα-κύτταρα του παγκρέατος, τα οποία μπορούν να παράγουν και να ρυθμίζουν φυσιολογικά την ινσουλίνη στο σώμα.

■ **Κλινικές δοκιμές σε εξέλιξη:** Βρίσκονται σε εξέλιξη διάφορες κλινικές δοκιμές (όπως το πρόγραμμα Zimislecel/VX-880 της Vertex) που αξιολογούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών σε μεγαλύτερες ομάδες ασθενών. Ορισμένες από αυτές τις δοκιμές αναμένεται να ολοκληρώσουν την εγγραφή ασθενών το 2025.

Μεγάλες προκλήσεις

Παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, υπάρχουν ακόμη μεγάλες προκλήσεις:

■ **Ανοσοκαταστολή:** Οι περισσότερες τρέχουσες προσεγγίσεις απαιτούν τη χρήση φαρμάκων ανοσοκαταστολής για να αποτραπεί η απόρριψη των μεταμοσχευμένων κυττάρων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς, όπως συμβαίνει και με άλλες μεταμοσχεύσεις οργάνων.

■ **Τεχνολογία ενθυλάκωσης:** Οι ερευνητές εργάζονται πάνω σε τεχνολογίες (π.χ. συσκευές νανοϊνών) που θα «θωρακίζουν» τα εμφυτευμένα κύτταρα από το ανοσοποιητικό σύστημα, εξαλείφοντας έτσι την ανάγκη για ανοσοκατασταλικά φάρμακα.

■ **Μαζική εφαρμογή:** Οι τρέχουσες θεραπείες εφαρμόζονται σε μικρή κλίμακα σε αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς. Ο στόχος είναι η ανάπτυξη μιας μεθόδου που θα μπορεί να εφαρμοστεί σε μεγάλη κλίμακα, καθιστώντας τη θεραπεία προσβάσιμη σε εκατομμύρια ασθενείς.

Οι αναστολείς SGLT2 (Sodium-Glucose Co-transporter 2 inhibitors), όπως η **δαπαγλιφλοζίνη** (dapagliflozin, Forxiga) και η **εμπαγλιφλοζίνη** (empagliflozin, Jardiance), έχουν **εξελιχθεί σε φάρμακα-«κλειδιά» για τον διαβήτη τύπου 2**.

Τεχνολογία και Ψηφιακή Υγεία

■ **Αυτοματοποιημένα Συστήματα Παροχής Ινσουλίνης (AID):** Τα συστήματα «κλειστού βρόχου» (τεχνητό πάγκρεας) γίνονται πιο «έξυπνα» και αποτελεσματικά, βελτιώνοντας δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη τύπου 1.

■ **Ψηφιακές Παρεμβάσεις:** Εφαρμογές υγείας και τηλεϊατρική χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για την παρακολούθηση, την εκπαίδευση και τη διαχείριση του διαβήτη. •••

Η παγκόσμια πρόκληση του σακχαρώδη διαβήτη: Δεδομένα, επιπτώσεις και αντιμετώπιση



του **Ανδρέα Μελιδώνη**,

Συντονιστή Διευθυντή
Διαβητολογικού Κέντρου
Metropolitan Hospital, Πρόεδρου
Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι, αναμφισβήτητα, σήμερα, η μεγαλύτερη παγκόσμια μεταβολική νόσος, της οποίας η εξάπλωση λαμβάνει πλέον εκρηκτικές διαστάσεις.

Ενδεικτικά, από 60 εκατομμύρια ατόμων που έπασχαν από διαβήτη τη δεκαετία του '80 έχουν φτάσει σήμερα τα 537 εκατομμύρια παγκοσμίως (στην Ελλάδα, τα τελευταία επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι το 10%-12% του πληθυσμού έχει διαβήτη, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 3%-4% που δεν γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο).

Η προοπτική είναι ακόμα περισσότερο ζοφερή. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι, τα επόμενα 10-15 χρόνια, εάν δεν υπάρξουν συντονισμένες παρεμβάσεις, ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη θα υπερβεί τα 750 εκατομμύρια. Η διαχρονική μεταβολική πανδημία του διαβήτη είναι εδώ.

Ο διαβήτης και οι σοβαρές επιπλοκές του

Δυστυχώς, ο διαβήτης δεν είναι μια αθώα, μια πρόσκαιρη, χωρίς συνέπειες, νόσος. Είναι μια μόνιμη διαταραχή της μεταβολικής ομοιοστασίας του οργανισμού, με αποτέλεσμα την υπεργλυκαιμία, το αυξημένο δηλαδή σάκχαρο, της οποίας η μη αντιμετώπιση, η μη ρύθμιση, θα οδηγήσει, στην πορεία του χρόνου, σε μία ή περισσότερες χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη.

Ο διαβήτης είναι ο πρωταγωνιστικός παράγοντας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και αιμοκάθαρσης, της οφθαλμοπάθειας και της απώλειας όρασης των ενηλίκων, του ακρωτηριασμού των κάτω άκρων, της στυτικής δυσλειτουργίας, όπως και το κύριο αίτιο εμφραγμάτων και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Σε μεγάλη μετα-ανάλυση 27 μελετών, φάνηκε ότι άτομα με ΣΔ2 μέσης ηλικίας 60 ε-

τών και μέσης διάρκειας διαβήτη 10 χρόνια έχουν επιπολασμό (συχνότητα) καρδιαγγειακής νόσου 40%, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας 52%, διαβητικής νεφροπάθειας 32% και διαβητικής νευροπάθειας 65%. Αυτοί οι ιδιαίτερα αυξημένοι κίνδυνοι χρόνιων επιπλοκών στον διαβήτη οδηγούν σε μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά 6-8 χρόνια σε ασθενή με ΣΔ μέσης ηλικίας 60 ετών και κατά 12 χρόνια εάν συνυπάρχει και η επιπλοκή της καρδιαγγειακής νόσου. Σύμφωνα με στοιχεία του IDF (Παγκόσμια Ομοσπονδία του Διαβήτη) 4,2 εκατ. θάνατοι συνέβησαν, το 2019, παγκόσμια, λόγω του διαβήτη.

Το κοινωνικό και οικονομικό κόστος του διαβήτη

Τελικά, ο ΣΔ είναι νόσος με ιδιαίτερα σημαντικό κόστος, ατομικό, οικογενειακό, κοινωνικό, οικονομικό. Ευρωπαϊκές οικονομικές μελέτες έχουν δείξει ότι το ετήσιο κόστος διαβητικού ασθενή με μικροαγγειοπαθητικές (νεφροπάθεια, οφθαλμοπάθεια) και μακροαγγειοπαθητικές (καρδιαγγειακές) επιπλοκές είναι πενταπλάσιο σε σχέση με αντίστοιχης ηλικίας άτομο χωρίς διαβήτη και χωρίς επιπλοκές, και υπερβαίνει τις 6.000 ευρώ ετησίως (μελέτη CODE-2). Εκτιμάται δε ότι το 15% του προϋπολογισμού για την υγεία αναλώνεται για την αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ και, κυρίως, των επιπλοκών τους.

Η καταγίδα των επιπλοκών αποτρέπεται πάντως με την άριστη ρύθμιση του σακχάρου, όπως έδειξαν πολλές μεγάλες μελέτες. Σχετικά πρόσφατη μετα-ανάλυση 8 μελετών έδειξε ότι στα άτομα με ΣΔ χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου η εντατική γλυκαιμική ρύθμιση επιφέρει μείωση κατά 40% του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών, που είναι οι επιπλοκές που οδηγούν σε θανατηφόρα συμβλήματα.



Ενώ, επίσης, οι μεγάλες μελέτες DCCT και UKPDS για τον ΣΔ1 και τον ΣΔ2, αντίστοιχα, έδειξαν σημαντική μείωση έως και 70% των μικροαγγειοπαθητικών επιπλοκών (διαβητική νεφροπάθεια, νευροπάθεια, αμφιβλοπρωειδοπάθεια κ.λπ.) με την εντατική γλυκαιμική ρύθμιση συγκριτικά με τη συμβατική ρύθμιση.

Νέες θεραπευτικές εξελίξεις

Η παγκόσμια ιατρική κοινότητα καταβάλλει έντονες προσπάθειες, τα τελευταία χρόνια, για την αναχαίτιση της πανδημίας του διαβήτη. Το θεραπευτικό μας οπλοστάσιο έχει ενισχυθεί, πλέον, σημαντικά με νέες αγωγές, που παρουσιάζουν εξαιρετική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του ΣΔ, στη μείωση της υπεργλυκαιμίας, του αυξημένου δηλαδή σακχάρου.

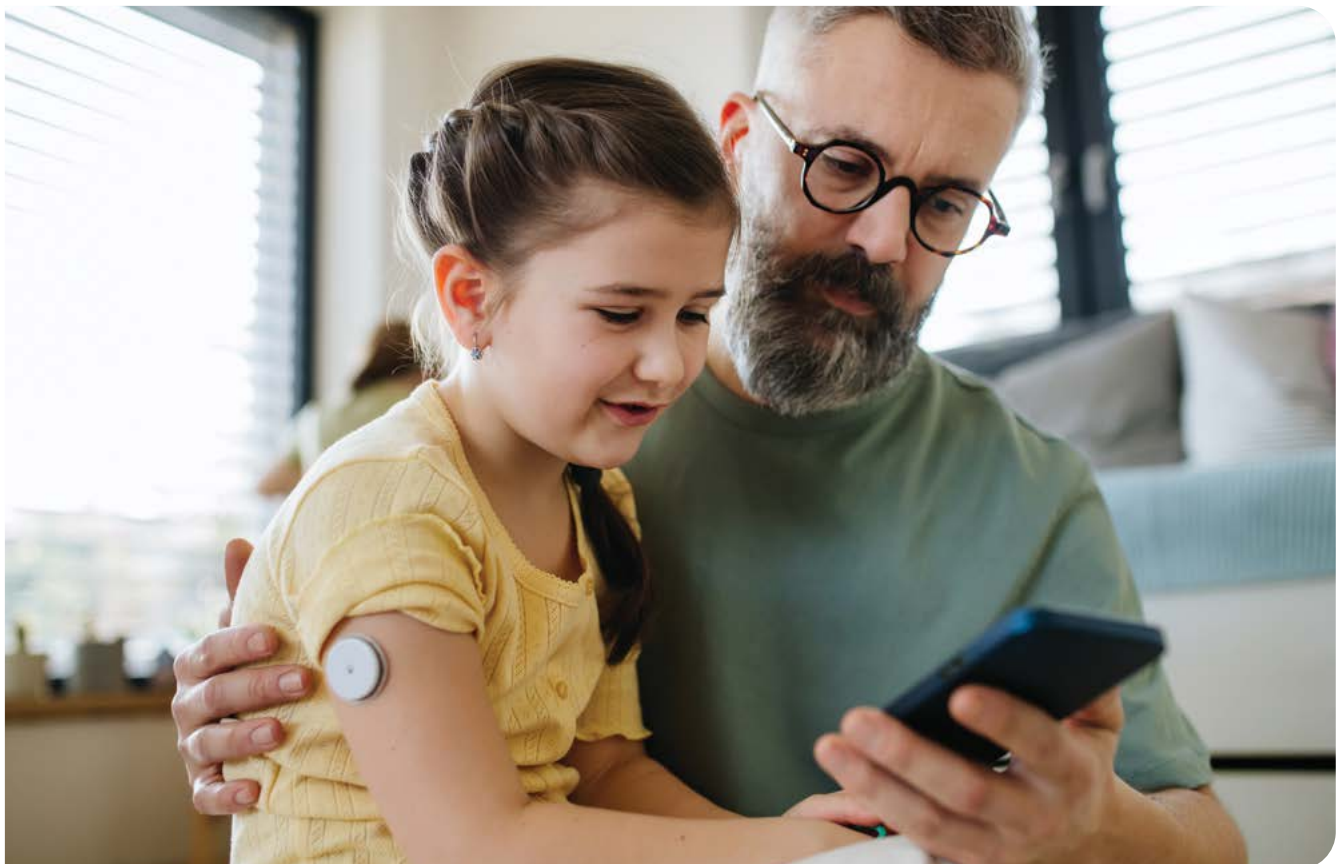
Αυτές οι νεότερες αντιαβητικές θεραπείες (που αφορούν τα άτομα με ΣΔ τύπου 2) είναι οι ινκρεπινικές αγωγές (αναστολείς DPP-4 και αγωνιστές GLP-1) και οι αναστολείς SGLT-2.

Οι ινκρεπινικές αγωγές βελτώνουν τα επίπεδα και τη δράση των ινκρεπινικών ορμονών που παράγονται από το έντερο των ασθενών μετά τη λήψη φαγητού.

Οι αγωνιστές GLP-1 (που ενισχύουν σημαντικά τη δράση της ινκρεπινικής ορμόνης GLP-1) είναι η πλέον προβλεπόμενη και πλέον αποτελεσματική εκδοχή των ινκρεπινικών αγωγών. Η αντιαβητική τους δράση συνοδεύεται και με σημαντική μείωση του σωματικού βάρους, και γι' αυτό αποτελεί ελκτική θεραπευτική λύση για την αντιμετώπιση των παχύσαρκων διαβητικών.

Πρόσφατα, το θεραπευτικό μας οπλοστάσιο στον χώρο των ινκρεπινικών αγωγών εμπλουτίστηκε με τον διπλό αγωνιστή GLP-1/GIP, την πρζεπατίδη, που παρουσιάζει εντυπωσιακά αποτελέσματα όσον αφορά τη γλυκαιμική ρύθμιση (μειώνει τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη έως και 2%) και την απώλεια σωματικού βάρους (απώλεια έως και 17% του σωματικού βάρους στα άτομα με διαβήτη και παχυσαρκία).

Οι αναστολείς SGLT-2 ή φλοζίνες αναστέλλουν την αυξημένη επί διαβήτη απορρόφηση της γλυκόζης από τα νεφρικά σωληνάκια και έτσι συμβάλλουν στη γλυκοζουρία (στην αποβολή, δηλαδή, γλυκόζης με τα ούρα), άρα και στη





μείωση του αυξημένου σακχάρου του αίματος. Οι αναστολείς SGLT-2 έχουν και πολλές άλλες ενδιαφέρουσες παράλληλες δράσεις και ευνοούν την απώλεια σωματικού βάρους, τη μείωση της υπέρτασης, τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων και επιπλοκών.

Αυτό, επομένως, που ξεχωρίζει τις νέες φαρμακευτικές αγωγές για τον διαβήτη σε σχέση με τις προηγούμενες κλασικές αντιδιαβητικές αγωγές (σουλφονουρίδες, μετφορμίνη, ινσουλίνη κ.λπ.) είναι ότι παρουσιάζουν και ευρύτερες θετικές μεταβολικές, καρδιοπροστατευτικές και νεφροπροστατευτικές επιδράσεις, και δεν εξαντλούνται μόνο στη μείωση του σακχάρου στο αίμα.

Με μεγάλο ενδιαφέρον, περιμένουμε τις νέες εξελίξεις σε αυτές τις πολλά υποσχόμενες νέες θεραπευτικές αντιδιαβητικές κατηγορίες. Περιμένουμε, έτσι, δισκία GLP-1 αγωνιστών που θα έχουν παρόμοια δράση με τους ενέσιμους αγωνιστές. Περιμένουμε, επίσης, και νέους εξελιγμένους SGLT-2 αναστολείς (με SGLT-2 και SGLT-1 δράση), που θα ενισχύσουν τις θεραπευτικές μας δυνατότητες.

Στον χώρο της ινσουλινοθεραπείας, που πάντα είναι η πλέον αποτελεσματική αγωγή στη ρύθμιση του ΣΔ, περιμένουμε, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ίσως και εντός του 2026, την κυκλοφορία των εβδομαδιαίων ινσουλινών, που θα έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των ημερήσιων βασικών ινσουλινών.

Το μέλλον στον ΣΔ τύπου 1

Εξελίξεις επίσης θα έχουμε στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ τύπου 1 και ιδιαίτερα στον τομέα των αντλιών έγχυσης ινσουλίνης. Νέα, εξαιρετικά εξελιγμένα συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης θα διασυνδεθούν στο μέλλον με τις αντλίες έγχυσης και θα βελτιώνουν τις θεραπευτικές προσπάθειες στον ΣΔ1.

Ήδη έχει εγκριθεί από το FDA (ο Αμερικανικός ΕΟΦ) η κυκλοφορία υποδόρια πθέμενης για 3 μήνες, ιδιαίτερα μικρής συσκευής καταγραφής που δεν θα χρειάζεται ρύθμιση και αξιολόγηση και θα προβάλλει συνεχώς τις τιμές του σακχάρου (ή θα τροφοδοτεί με αυτές) στην αντλία ινσουλίνης. Βαδίζουμε, έτσι, προς το βιοτεχνικό πάγκρεας, με το οποίο, μέσω του αισθητήρα-καταγραφέα γλυκόζης και της προηγμένης με εξαιρετικά σύγχρονο λογισμικό αντλίας, θα έχουμε πλήρη και αυτόματα 24ωρη κάλυψη των αναγκών σε ινσουλίνη του ασθενούς. Μια προοπτική ιδιαίτερα ελπιδοφόρα για όλα τα νέα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο ορίζοντας για την αντιμετώπιση του διαβήτη είναι φωτεινός, καρποφόρος και ελπιδοφόρος. Η συντονισμένη προσπάθεια των επιστημόνων, των επιστημονικών εταιρειών και, τελικά, του IDF (Παγκόσμια Οργάνωση για τον Διαβήτη), σε παγκόσμιο επίπεδο, προδιαγράφουν θετικές εξελίξεις και προοπτικές. Εξελίξεις που θα διαμορφώσουν όρους και προϋποθέσεις για καλύτερη ποιότητα ζωής, για ευεξία και ισορροπία σωματική και ψυχολογική στη ζωή των ατόμων με διαβήτη. •••

Ενημέρωση ουσίας για την επιχειρηματικότητα στην υγεία και το φάρμακο

P.h.B
pharma & health business

10 ΧΡΟΝΙΑ

virus
.com.gr



Γράφουμε *για* αυτά που αξίζουν



- Εξειδικευμένη ενημέρωση
- Συνεντεύξεις και έρευνες σε βάθος για επίκαιρα θέματα
- Θεσμικές, επιχειρηματικές και επιστημονικές αναλύσεις
- Ρεπορτάζ για την πολιτική υγείας και φαρμάκου

ethos
member of
ethosGROUP

MEDIA

www.ethosmedia.eu | info@ethosmedia.eu

Θα αφορά τόσο παλαιές όσο και νέες συσκευές

Ξεκίνησε στον ΕΟΠΥΥ η διαπραγμάτευση ιατροτεχνολογικών προϊόντων διαβήτη

**Ποια είναι
τα αιτήματα
της ομοσπονδίας
των διαβητικών**

■ ξεκίνησε τον Νοέμβριο, και βρίσκε-
■ ται σε εξέλιξη, στον ΕΟΠΥΥ, η δι-
■ απραγμάτευση ιατροτεχνολογικών
■ προϊόντων διαβήτη. Η διαπραγμά-
τευση αφορά την τιμή των **Συστημάτων
Καταγραφής Γλυκόζης** που αποζημιώ-
νονται ήδη και κάποιων νέων που σύντο-
μα πρόκειται να αποζημιωθούν.
Στη διαδικασία συμμετέχει και η Πα-
νελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων-Συλ-
λόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη

(ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ), που κατέθεσε τεκμηριωμέ-
νες προτάσεις. Η ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ, σε ανακοί-
νωση που εξέδωσε, χαιρέτισε τη **διαφαι-
νόμενη στροφή του Οργανισμού προς
τις μεμονωμένες συμβάσεις** με τις προ-
μηθεύτριες εταιρείες, που θα συνδέονται
με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Υπάρ-
χει ανάγκη τόσο διαφοροποίησης της τι-
μής με βάση την ποιότητα όσο και εξει-
δικευμένης εκπαίδευσης των πασχόντων
από τις εταιρείες.





Οι προτάσεις της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ

■ **Ικνηλασιμότητα:** Πλήρης παρακολούθηση των εμπλεκομένων στην τροφοδοπική αλυσίδα διάθεσης των ιατροτεχνολογικών υλικών διαβήτη μέχρι να φτάσουν στα χέρια του πάσχοντα μέσω της πλατφόρμας GREMDIS του ΕΟΦ, ώστε ελαττωματικά προϊόντα να μπορούν να αποσυρθούν και να αντικατασταθούν.

■ **Φαρμακοεπαγρύπνηση:** Αποτύπωση των προβλημάτων ή και ελαττωματικών προϊόντων από τους χρήστες, συμπληρώνοντας τη Λευκή Κάρτα του ΕΟΦ για τη διασφάλιση της άμεσης απόσυρσης ελαττωματικών Ι/Π που θέτουν σε κίνδυνο τους πάσχοντες.

■ **Εξειδικευμένη Εκπαίδευση:** Εάν η Υποεπιτροπή Διαπραγμάτευσης ζητήσει να διαθέτουν οι εταιρείες πλήρη εκπαίδευση στους πάσχοντες για τη χρήση των Ι/Π τους, αυτή να γίνεται από εξειδικευμένους στον σακχαρώδη διαβήτη επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτές, οι οποίοι θα επαναλαμβάνουν την εκπαιδευτική υποστήριξη ανά έξι μήνες. Στόχος η ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων, αλλά και η σωστότερη χρήση των Ι/Π.

■ **Χρήση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ):** Στον ΑΗΦΥ να γίνεται ανάρτηση ανά τρεις μήνες της εξέτασης γλυκοζυλιωμένης, καθώς και δεδομένα από τα Ι/Π σχετικά με «τον χρόνο εντός στόχου» (Time in Range) του ίδιου χρονικού διαστήματος, ώστε να επιβεβαιώνεται η βελτίωση της διαχείρισης του διαβήτη του χρήστη των Ι/Π. Στην περίπτωση αδυναμίας επίτευξης στόχου, να γίνεται εξατομικευμένη εκπαίδευση και παρακολούθηση του ατόμου.

■ **Κλινικές Μελέτες:** Σύμφωνα με τη νομοθεσία που δίδει τον ΕΟΠΥΥ και αφορά τα Ι/Π διαβήτη, ο ΕΟΠΥΥ υποχρεούται να αποζημιώσει τα Ι/Π πριν προχωρήσει στη διαπραγμάτευση της τιμής τους. Θα μπορούσε να δίνει ο Οργανισμός χρονικό περιθώριο έως και δώδεκα μήνες στις εταιρείες να πραγματοποιήσουν αποζημιούμενες, σε υποχρεωτική συνεργασία με την ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ, μελέτες παρατήρησης τουλάχιστον 200 ατόμων στη χώρα μας, με στόχο την αξιολόγηση ποιότητας, την ικανοποίηση του χρήστη, αλλά και την εκτίμηση κόστους-αποτελεσματικότητας, ώστε στο τέλος του έτους, βά-

σει των αποτελεσμάτων, τα προϊόντα να λαμβάνουν την τελική τους τιμή.

■ **Διαφοροποίηση Τιμών:** Η τιμή να συνδέεται, σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία, αποκλειστικά με την ποιότητα και την καινοτομία του προϊόντος.

■ **CGM & Ταινίες:** Να συνυπάρχουν και τα δύο –τόσο οι οδηγίες χρήσης των προϊόντων όσο και οι κλινικές μελέτες αποδεικνύουν ότι είναι αναγκαίες για την οριστική και σωστή λήψη απόφασης του πάσχοντα ώστε να χορηγήσει τη δόση της ινσουλίνης του.

Να σημειωθεί ότι έχει προκληθεί μεγάλη αναστάτωση στους ασθενείς, καθώς, από τις 9 Οκτωβρίου, σύμφωνα με πρόσφατη απόφαση (ΦΕΚ Β'5395), έχει διακοπεί η αποζημίωση του ενός κουπιού ταινιών μέτρησης γλυκόζης αίματος για τους χρήστες Συστημάτων Συνεχούς Καταγραφής Γλυκόζης (CGM).

Μάλιστα, η Ομοσπονδία βρίσκεται στη διαδικασία συλλογής υπογραφών, με στόχο να πραγματοποιήσει μια συνάντηση με τον πρωθυπουργό, Κυριάκο Μητσοτάκη, στην οποία θα του εκθέσει το εν λόγω θέμα, το οποίο αποτέλεσε τη «σταγόνα που ξεχείλισε το ποτήρι» των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο χώρος του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Τα κύρια αιτήματα προς αυτήν την κατεύθυνση είναι:

■ Άμεση τροποποίηση του παραρτήματος του ΦΕΚ Β'5395/09-10-2025 και αποζημίωση του ενός κουπιού ταινιών μέτρησης γλυκόζης για τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 που χρησιμοποιούν συστήματα καταγραφής γλυκόζης (CGM) ως βασικό κλινικό μέτρο.

■ Άμεση ένταξη των Συστημάτων Καταγραφής Γλυκόζης (CGM) για τα ινσουλινοθεραπευόμενα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, τηρώντας τις σχετικές υπουργικές δεσμεύσεις.

■ Άμεση αναθεώρηση και άρση της πενταετούς δέσμευσης των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 από τις συμβατικές αντλίες ινσουλίνης.

■ Ουσιαστική και θεσμοθετημένη συμμετοχή της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Σωματείων-Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ) στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που αφορούν την ποιότητα ζωής και την ασφάλεια των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη.

Γιατί αντιδρά η ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ για το «κόψιμο» των ταινιών σακχάρου

Έχει αξία να δούμε τι υποστηρίζει η ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ για την κλινική αξία των ταινιών μέτρησης σακχάρου και τους περιορισμούς των CGM όσον αφορά την ακριβή μέτρηση της γλυκόζης στο αίμα.

Παρόλο που τα εν λόγω συστήματα αποτελούν μια εξαιρετική καινοτομία, δεν μπορούν να αντικαταστήσουν πλήρως τις κλασικές μετρήσεις, καθώς λειτουργούν με συγκεκριμένο τρόπο:

■ Τα CGM μετρούν τη συγκέντρωση γλυκόζης στο διάμεσο υγρό, δηλαδή το υγρό που βρίσκεται κάτω από το δέρμα, και όχι απευθείας στο αίμα. Αυτό συνεπάγεται ότι υπάρχει πάντα μια χρονική καθυστέρηση στην ένδειξη, η οποία είναι περίπου δέκα λεπτά ή και περισσότερο.

■ Επιπλέον, τα συστήματα αυτά παρέχουν πληροφορίες για την τάση της γλυκόζης (άνοδος ή κάθοδος) και πραγματοποιούν εκτίμηση και πρόβλεψη της τιμής της γλυκόζης. Ωστόσο, η τιμή που αναγράφεται στην οθόνη δεν είναι η ακριβής τιμή που έχει ο πάσχων τη δεδομένη χρονική στιγμή στο αίμα του.

■ Η χρονική καθυστέρηση των 10 λεπτών στους αισθητήρες δεν είναι αμελητέα, ειδικά όταν η τιμή της γλυκόζης ανεβαίνει ή πέφτει γρήγορα. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο με Διαβήτη δει στην οθόνη του CGM μια πολύ υψηλή τιμή (π.χ. πάνω από 250mg/dl) και προβεί άμεσα σε χορήγηση ινσουλίνης για διόρθωση, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος υπογλυκαιμίας. Αυτό θα συμβεί στην περίπτωση που η πραγματική τιμή της γλυκόζης αίματος έχει ήδη μεταβληθεί (κάπ που ο αισθητήρας θα δείξει μετά από τουλάχιστον 10 λεπτά).

■ Αντιστοίχως, αν η οθόνη δείξει υπογλυκαιμία, ενώ στην πραγματικότητα δεν υπάρχει, η λήψη τροφής ως μέτρο αντιμετώπισης θα προκαλέσει μια απότομη και υψηλή αύξηση της γλυκόζης αίματος (υπεργλυκαιμία). •••

Ψηφιακή εφαρμογή με τις νέες ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες

Η ψηφιακή εφαρμογή EDEapp Guidelines είναι διαθέσιμη για κινητά

Εδώ και δύο χρόνια, έχει γίνει διαθέσιμη από την **Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία** μια ψηφιακή εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα που περιλαμβάνει τις **Ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για τον Σακχαρώδη Διαβήτη**.

Η εφαρμογή ονομάζεται **EDEapp Guidelines** και έχει σχεδιαστεί ακριβώς για να αποτελέσει ένα εύχρηστο εκπαιδευτικό εργαλείο σε όλους τους ενδιαφερόμενους χρήστες. Είναι **διαθέσιμη δωρεάν** για εγκατάσταση σε συσκευές τόσο με λειτουργικό **σύστημα Android** όσο και σε συσκευές με **λειτουργικό σύστημα IOS** (iphone/iPad/Mac). Η EDEapp Guidelines παρέχει άμεση πρόσβαση στις «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τον Σακχαρώδη Διαβήτη» της **Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ)**, χρησιμεύοντας ως χρήσιμο εργαλείο για την επιμόρφωση και τις θεραπευτικές αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας, περιέχοντας πληροφορίες για διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση, επιπλοκές και ειδικές καταστάσεις του διαβήτη, με πίνακες και αλγορίθμους διαχείρισης.

Τι ακριβώς περιλαμβάνει η εφαρμογή

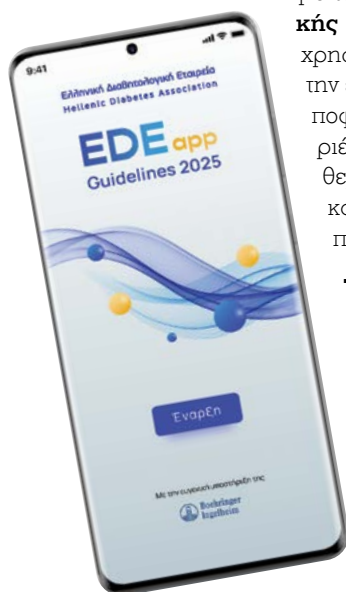
Βασικός σκοπός της εφαρμογής είναι να λειτουργήσει ως ένα εύχρηστο εκπαιδευτικό και πρακτικό εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς κάθε ειδικότητας) που ασχολούνται με τη θεραπευτική διαχείριση ασθενών με διαβήτη. Υλοποιήθηκε

με την υποστήριξη της φαρμακευτικής εταιρείας **Boehringer Ingelheim**.

Η εφαρμογή οργανώνει τις οδηγίες σε **βασιικούς θεματικούς τομείς**, συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης και πρόληψης, της θεραπείας και παρακολούθησης, καθώς και των καταστάσεων και επιπλοκών που σχετίζονται με τον διαβήτη. Ειδικότερα, περιλαμβάνει:

- **Έξι (6) κύριες θεματικές ενότητες:** Διάγνωση/Πρόληψη, Θεραπεία/Παρακολούθηση, ΣΔ/Καρδιά/Νεφροί, ΣΔ/Συννοσηρότητες, Μακροαγγειακές επιπλοκές και Ειδικές Καταστάσεις.
- **Θεραπευτικούς αλγορίθμους:** Παρέχει καθοδήγηση σχετικά με την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή και τους στόχους ρύθμισης, όπως τα επίπεδα LDL και non-HDL χοληστερόλης.
- **Πληροφορίες φαρμάκων:** Περιέχει δεδομένα για τα φάρμακα που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και συνιστώνται για τη θεραπεία του διαβήτη.
- **Εκπαιδευτικό υλικό:** Βοηθά στην επιμόρφωση των γιατρών και στην υποστήριξη της λήψης τεκμηριωμένων θεραπευτικών αποφάσεων.
- **Επικαιροποιήσεις:** Ενσωματώνει τις πιο πρόσφατες οδηγίες και διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές, όπως αυτές αναθεωρούνται από την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (ΕΔΕ).
- **Εύκολη αναζήτηση:** Δυνατότητα εύρεσης κεφαλαίων με λέξεις-«κλειδιά».

Τα δεδομένα που αφορούν τα φάρμακα προέρχονται από τα φύλλα Περιλήψεων Χαρακτηριστικών των Προϊόντων (ΠΧΠ - SPC - Summary of Product Characteristics). Εάν μια κατηγορία φαρμάκων συνιστάται για μια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή αλλά ένα φάρμακο της κατηγορίας αυτής δεν έχει έγκριση, που να αναφέρεται στο SPC για τη συγκεκριμένη θεραπεία, το φάρμακο αυτό δεν συνιστάται. ●●●





Τι δείχνει νέα μελέτη σε 7.200 ασθενείς

Ασπίδα οι στατίνες σε διαβητικούς

Μειώνουν τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικού επεισοδίου

Οι καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά επεισόδια παραμένουν η κύρια αιτία επιπλοκών και θνησιμότητας για τους ασθενείς με διαβήτη. Νέα μελέτη δείχνει ότι η έγκαιρη θεραπεία με στατίνες σε άτομα με διαβήτη μειώνει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικού επεισοδίου.

Σήμερα, παρά το γεγονός ότι οι γιατροί συνιστούν σε πολλούς ασθενείς με διαβήτη να λαμβάνουν στατίνες, σχεδόν το ένα πέμπτο αυτών επιλέγει να καθυστερήσει τη θεραπεία. Η νέα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με διαβήτη που ξεκίνησαν αμέσως τη θεραπεία με στατίνες μείωσαν το ποσοστό καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικού επεισοδίου **κατά το ένα τρίτο** σε σύγκριση με εκείνους που επέλεξαν να καθυστερήσουν τη λήψη του φαρμάκου!

Η μελέτη διενεργήθηκε από ερευνητές στο **Massachusetts General Brigham** και τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν πρόσφατα στο **Journal of the American Heart Association**. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μια μέθοδο τεχνητής νοημοσύνης για να συλλέξουν δεδομένα από τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας **7.239 ασθενών** στο Mass General Brigham, οι οποίοι τελικά ξεκίνησαν θεραπεία με στατίνες κατά τη διάρκεια της σχεδόν 20ετούς περιόδου μελέτης.

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 55 έτη, με το 51% να είναι γυναίκες, το 57% λευκοί και η μέση τιμή HbA1c –ένα μέτρο σακχάρου στο αίμα– να είναι 6,9.

Σχεδόν το ένα πέμπτο (17,7%) των ασθενών στη μελέτη αρνήθηκαν τη θεραπεία με στατίνες όταν τους συστάθηκε για πρώτη φορά από τους κλινικούς τους γιατρούς και στη συνέχεια δέχτηκαν τη θεραπεία (μετά από διάμεσο 1,5 έτος), κατόπιν επιανελημένης σύστασης από τον κλινικό τους γιατρό.

Από εκείνους που καθυστέρησαν το 8,5% υπέστη καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Αλλά για τους ασθενείς που ξεκίνησαν αμέσως στατίνες το ποσοστό αυτών των καρδιαγγειακών επεισοδίων ήταν μόλις 6,4%.

«Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν τον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο που σχετίζεται με την καθυστέρηση της θεραπείας με στατίνες για ασθενείς με διαβήτη και να χρησιμοποιούν αυτές τις πληροφορίες για να καθοδηγούν τις κοινές συζητήσεις λήψης αποφάσεων με τους ασθενείς τους», δήλωσε ο επικεφαλής συγγραφέας **Alexander Turchin, MD, MS**, του Τμήματος Ενδοκρινολογίας στο Νοσοκομείο Brigham and Women's.

Η θεραπεία με στατίνες φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών επεισοδίων, αποτρέποντας τη συσσώρευση πλάκας στα αιμοφόρα αγγεία, η οποία, μόλις συσσωρευτεί, εμποδίζει την παροχή οξυγόνου και απαραίτητων θρεπτικών συστατικών στην καρδιά και τον εγκέφαλο. •••

Από εκείνους που καθυστέρησαν το 8,5% υπέστη καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Αλλά για τους ασθενείς που ξεκίνησαν αμέσως στατίνες, το ποσοστό αυτών των καρδιαγγειακών επεισοδίων ήταν μόλις 6,4%.



Υλοποιείται μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης

Νέο ψηφιακό πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ για τους διαβητικούς

Στο επίκεντρο το Μητρώο Ασθενών Σακχαρώδη Διαβήτη

Το νέο ψηφιακό πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ για τους διαβητικούς ασθενείς, το οποίο υλοποιείται στο πλαίσιο του ψηφιακού μετασχηματισμού του Οργανισμού, περιλαμβάνει μια σειρά αλλαγών με επίκεντρο το **Μητρώο Ασθενών Σακχαρώδη Διαβήτη**.

Βασικά στοιχεία

- **Ψηφιακό Μητρώο Διαβήτη:** Το κεντρικό εργαλείο είναι το ηλεκτρονικό μητρώο, προσβάσιμο μέσω του Gov.gr, όπου καταγράφονται όλοι οι ασθενείς. Η δημιουργία και η τήρηση του ιατρικού φακέλου στο μητρώο είναι υποχρεωτική για τους πιστοποιημένους ιατρούς (παθολόγους, παιδίατρους, ενδοκρινολόγους, γενικούς ιατρούς), προκειμένου να συνταγογραφούν αναλώσιμα και φάρμακα.
- **Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και OTP:** Έχει εφαρμοστεί η χρήση κωδικού μιας χρήσης (OTP - One-Time Password), που αποστέλλεται στο κινητό του ασφαλισμένου για την εκτέλεση γνωματεύσεων αναλώσιμων διαβητολογικού υλικού (ταινίες μέτρησης γλυκόζης, συστήματα αντλίας ινσουλίνης, αισθητήρες συνεχούς καταγραφής) στα φαρμακεία. Αυτή η διαδικασία στοχεύει στην ασφάλεια των συναλλαγών, ωστόσο έχει προκαλέσει αντιδράσεις από συλλόγους ασθενών και φαρμακοποιούς για την ταλαιπωρία που προκαλεί, ιδίως σε ηλικιωμένους.
- **e-Παροχές:** Το νέο ψηφιακό περιβάλλον αποσκοπεί στον εκσυγχρονισμό των διαδικασιών αποζημίωσης, εντάσσοντας τη νέα τεχνολογία και αυτοματοποιώντας τις παροχές προς τους ασθενείς.
- **Κατ' οίκον παράδοση φαρμάκων:** Για το 2025, υπάρχει πρόβλεψη για την επέκταση του προγράμματος διανομής φαρμάκων υψηλού κόστους κατ' οίκον, κάτι που ωφελεί άμεσα τους διαβητικούς ασθενείς.
- **Τεχνητή Νοημοσύνη:** Το ψηφιακό πλαίσιο φιλοδοξεί να ενσωματώσει εργαλεία

τεχνητής νοημοσύνης για την καλύτερη διαχείριση της νόσου.

Αυτές οι αλλαγές αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου έργου **ψηφιακού μετασχηματισμού του ΕΟΠΥΥ**, με χρηματοδότηση από το Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας.

Το Μητρώο

Το **Μητρώο Ασθενών Σακχαρώδη Διαβήτη** είναι μια κεντρική, ηλεκτρονική εφαρμογή του ΕΟΠΥΥ, η οποία τέθηκε σε λειτουργία το 2019 με στόχο τη συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση όλων των ασθενών με διαβήτη στην Ελλάδα. Το μητρώο έχει ως στόχο:

- Την επιδημιολογική παρακολούθηση του διαβήτη στην Ελλάδα
- Τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών
- Την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης και των αναλώσιμων υλικών
- Την αναφορά δεδομένων σε διεθνείς οργανισμούς (EUROSTAT, ΠΟΥ)

Η εγγραφή και η διαχείριση των στοιχείων του ασθενούς στο μητρώο γίνεται αποκλειστικά από συγκεκριμένους **πιστοποιημένους ιατρούς** του ΕΟΠΥΥ:

- Παθολόγοι
- Παιδίατροι
- Ενδοκρινολόγοι
- Γενικοί Ιατροί

Οι ιατροί αυτοί χρησιμοποιούν τα στοιχεία σύνδεσής τους στην πλατφόρμα του ΕΟΠΥΥ και τον ΑΜΚΑ του ασθενούς για να έχουν πρόσβαση.

Υποχρεωτικότητα και παροχές

Η καταχώριση στο μητρώο είναι **υποχρεωτική**, για να μπορεί ο ασθενής να λαμβάνει συγκεκριμένες παροχές:

- Συνταγογράφηση **αναλώσιμων υλικών** (π.χ. ταινίες μέτρησης γλυκόζης, αναλώσιμα αντλιών ινσουλίνης).
- Συνταγογράφηση **φαρμάκων** που σχετίζονται με τον διαβήτη.
- Διαδικασίες αποζημίωσης μέσω του νέου ψηφιακού πλαισίου e-παροχών του ΕΟΠΥΥ.

Πρόσβαση ασθενών

Οι ασθενείς **δεν έχουν** άμεση πρόσβαση για να καταχωρίσουν οι ίδιοι δεδομένα στο μητρώο, αλλά μπορούν να απευθυνθούν στον θεράποντα ιατρό τους, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την τήρηση του ιατρικού φακέλου τους στην πλατφόρμα. •••



ΜΗΤΡΩΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ



ethos MEDIA



Intelligence,
not just news.

XPHMA XPHMA
WEEK

 **banks.com.gr**

www.ethosmedia.eu

”

Όραση: Ποιοι κίνδυνοι υπάρχουν από τα νέα φάρμακα για τον διαβήτη και το αδυνάτισμα



του **Δρος Αναστασίου-Ι. Κανελλόπουλου,**

MD, Χειρουργού-Οφθαλμιάτρου,
Ιδρυτή και Επιστημονικού
Διευθυντή του Ινστιτούτου
Οφθαλμολογίας LaserVision,
Καθηγητή Οφθαλμολογίας του
Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης

Καθώς αυξάνεται το ενδιαφέρον του κοινού για τα νέα φάρμακα για τον διαβήτη και το αδυνάτισμα, όπως η σεμαγλουτίδη και η τριζεπατίδη, πληθαίνουν και οι αναφορές για ασθενείς που εκδηλώνουν σοβαρά προβλήματα στα μάτια.

Τον Ιούλιο του 2024, μελέτη που δημοσιεύθηκε στο ιατρικό περιοδικό JAMA Ophthalmology συσχέτισε τη σεμαγλουτίδη (είναι η δραστική ουσία στο Ozempic για τον διαβήτη και στο Wegovy για το αδυνάτισμα) με μια σπάνια πάθηση των ματιών που λέγεται μη αρτηριακή πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια (NAION). Η πάθηση αυτή αναπτύσσεται όταν εμποδίζεται η ροή αίματος στο οπτικό νεύρο, με συνέπεια αιφνίδια αλλά ανώδυνη απώλεια της όρασης στο ένα μάτι.

Τον περασμένο Φεβρουάριο, άλλη μελέτη στο ίδιο περιοδικό συσχέτισε τη χρήση σεμαγλουτίδης ή τριζεπατίδης (είναι η δραστική ουσία στο Mounjaro για τον διαβήτη και στο Zepbound για το αδυνάτισμα) με τη NAION, καθώς και με φλεγμονή στο οπτικό νεύρο (οπτική νευρίτιδα). Υπήρξε επίσης περιστατικό ασθενούς που παρουσίασε απόφραξη σε αγγείο του αμφιβληστροειδή χιτώνα στο πίσω μέρος του ματιού (παρακεντρική οξεία μέση ωχροπάθεια).

Τώρα, νέα μελέτη υποδηλώνει ότι η σεμαγλουτίδη διπλασιάζει και τον κίνδυνο νεοαγγειακής ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας (nAMD). Η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας είναι η πιο συχνή αιτία τύφλωσης μετά τα 60 έτη σε Ευρώπη και ΗΠΑ. Η νεοαγγειακή εκφύλιση της ωχράς είναι ένας υποτύπος, στον οποίο παρατηρείται η δημιουργία νέων, παθολογικών αιμοφόρων αγγείων κάτω από το κεντρικό τμήμα (λέγεται ωχρά κη-

λίδα) του αμφιβληστροειδή.

Η νεοαγγειακή εκφύλιση είναι λιγότερο συχνή από τις άλλες μορφές ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς. Ωστόσο, ευθύνεται για σχεδόν όλες τις περιπτώσεις αιφνίδιας, μη αναστρέψιμης απώλειας της κεντρικής όρασης, καθώς η ανάπτυξη των παθολογικών αγγείων προκαλεί βλάβες στην ωχρά κηλίδα.

Υπάρχουν επίσης ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι η σεμαγλουτίδη συνδέεται και με αιφνίδιες αλλαγές στην όραση, όπως το θόλωμά της. Μπορεί επίσης να επιδεινώσει τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Πόσο σοβαροί είναι όλοι αυτοί οι οφθαλμολογικοί κίνδυνοι και τι πρέπει να προσέχουν οι ασθενείς; Οι ασθενείς πρέπει καταρχάς να γνωρίζουν ότι οι GLP-1 αγωνιστές, στους οποίους ανήκουν η σεμαγλουτίδη και η τριζεπατίδη, έχουν κάνει τη διαφορά στη ζωή πολλών πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι οποίοι συνήθως είναι και υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Μελέτες δείχνουν πως όχι μόνον μπορεί να τους βοηθήσουν να ρυθμίσουν το σάκχαρο και το βάρος τους, αλλά παρέχουν και πρόσθετα οφέλη, όπως η μείωση των καρδιαγγειακών κινδύνων που διατρέχουν.

Οι κλινικές μελέτες με αυτά τα φάρμακα, όμως, έδειξαν ότι μπορεί να έχουν και ανεπιθύμητες ενέργειες. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται και οι οφθαλμολογικές, οι οποίες, προς το παρόν, φαίνεται ότι είναι σπάνιες. Παρά τη σπανιότητά τους, όμως, είναι τόσο πολλοί οι άνθρωποι που παίρνουν αυτά τα φάρμακα, ώστε ο αριθμός των οφθαλμολογικών περιστατικών αυξάνεται γρήγορα.

Οι επιστήμονες δεν γνωρίζουν ακόμα γιατί



μπορεί να έχουν προβλήματα με τα μάτια τους άνθρωποι που λαμβάνουν κάποιοι αγωνιστή GLP-1. Ούτε γνωρίζουν γιατί κάποιοι ασθενείς έχουν τέτοιου είδους προβλήματα, ενώ οι περισσότεροι άλλοι όχι. Έχουν όμως αρκετές θεωρίες για το τι μπορεί να συμβαίνει.

Η πρώτη είναι ότι, με κάποιοι τρόπο, εμπλέκεται η γρήγορη αλλαγή στα επίπεδα γλυκόζης (σακχάρου) που επιφέρει η λήψη τους. «Τα φάρμακα αυτά ρίχνουν πολύ αποτελεσματικά το σάκχαρο στο αίμα. Η απότομη μείωσή του μπορεί να προκαλέσει οίδημα στο οπτικό νεύρο.

Μπορεί, επίσης, να επιδεινώσει προσωρινά τις αλλοιώσεις που έχει προκαλέσει το υψηλό σάκχαρο στα μάτια. Αυτό συνδέεται με τις οσμωτικές αλλαγές που παρατηρούνται στα μάτια. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι επειδή μειώνεται απότομα το σάκχαρο στο αίμα, αλλάζει εξίσου απότομα η διάχυση υγρών μεταξύ των αιμοφόρων αγγείων και των κυττάρων του ματιού.

Υπάρχει, βέβαια, και ενδεχόμενο να επιδρούν τα ίδια τα φάρμακα στα μάτια με μηχανισμούς οι οποίοι δεν έχουν ταυτοποιηθεί ακόμα. Ή, ακόμα, μπορεί να παίζει ρόλο η διάρκεια λήψης των φαρμάκων, η ηλικία των ασθενών και το λοιπό ιατρικό ιστορικό τους (π.χ. αν ήδη αντιμετώπιζαν αγγειακά προβλήματα). Φυσικά, μπορεί να παίζει ρόλο ο συνδυασμός αυτών και άλλων, άγνωστων έως τώρα, παραγόντων.

Προς το παρόν, τα δεδομένα που έχουμε στα χέρια μας δείχνουν σπάνιες συσχετίσεις των φαρμάκων με τις οφθαλμολογικές επιπλοκές και όχι αιτία σχέσης-αποτελέσματος. Είναι πολλά τα ερωτήματα που πρέπει ακόμα να απαντηθούν, γι' αυτό διεξάγονται εντατικές μελέτες.

Σε κάθε περίπτωση, κανένας ασθενής δεν πρέπει να διακόπτει από φόβο τη λήψη του GLP-1 αγωνιστή του αν δεν συμβουλευθεί πρώτα τον θεράποντα γιατρό του. Όσοι ασθενείς δεν έχουν αρχίσει ακόμα να λαμβάνουν τα φάρμακα, καλό είναι να κάνουν προληπτικό έλεγχο των ματιών τους και να λάβουν από τον οφθαλμίατρό τους οδηγίες για περιοδικό επανέλεγχο και για ποια συμπτώματα να έχουν τον νου τους.

Σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό τους, εξάλλου, οι ασθενείς καλό είναι να αρχίζουν σταδιακά τη λήψη των φαρμάκων αυτών. Και αν κάποιος που παίρνει GLP-1 αγωνιστή εκδηλώσει οποιαδήποτε αλλαγή στην όρασή του, συνιστάται να μιλήσει αμέσως με τον οφθαλμίατρό του. Με την κατάλληλη αξιολόγηση και θεραπεία, μπορούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά πολλές από τις οφθαλμολογικές επιπλοκές των φαρμάκων αυτών. Πάντοτε όμως πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τον θεράποντα ενδοκρινολόγο ή παθολόγο των ασθενών, διότι τόσο ο διαβήτης τύπου 2 όσο και η παχυσαρκία είναι σοβαρές ασθένειες, που χρειάζονται προσεκτική αντιμετώπιση. •••



Έρευνα-«σοκ» σε εργαζομένους με διαβήτη

Το 40% ανέφερε αρνητική μεταχείριση στον χώρο εργασίας λόγω της νόσου

Η αρνητική μεταχείριση στον χώρο εργασίας επηρεάζει το 40% των εργαζομένων που ζουν με διαβήτη.

Δύο στους πέντε εργαζομένους που ζουν με διαβήτη ανέφεραν αρνητική μεταχείριση στον χώρο εργασίας, λόγω της πάθησής τους, σύμφωνα με νέα παγκόσμια μελέτη που διεξήγαγε η Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη (IDF).

Για να σηματοδοτήσει την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη στις 14 Νοεμβρίου, η Ομοσπονδία έδωσε έμφαση στο στίγμα, τις διακρίσεις και την έλλειψη δομικής υποστήριξης που εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν τα άτομα που ζουν με διαβήτη στην εργασία.

Η συγκεκριμένη έρευνα, που διεξήχθη σε πέντε ηπείρους, διαπίστωσε ότι το ένα τρίτο (32%) των εργαζομένων που ζουν με διαβήτη έχουν σκεφτεί να εγκαταλείψουν την εργασία τους λόγω του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα άτομα με την πάθηση στην εργασία.

Η έρευνα διεξήχθη για λογαριασμό της IDF από την **Arlington Research**, μια ανεξάρτητη εταιρεία έρευνας αγοράς, η οποία διενήργησε διαδικτυακή έρευνα σε **1.400 ενήλικες** που ζουν με διαβήτη από 7 χώρες: **Αργεντινή, Κίνα, Γερμανία, Ινδία, Πακιστάν, Νότια Αφρική και Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.**

Ο καθηγητής Peter Schwarz, πρόεδρος της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη, χαρακτήρισε τα ευρήματα «βαθιά ανησυχητικά» και ως «κάλεσμα αφύπνισης» για τους εργοδότες σε όλο τον κόσμο. Ανάμεσα στα άλλα, βρέθηκε ότι:

■ Σχεδόν οι μισοί (46%) εργαζόμενοι που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 1 ανέφεραν αρνητική μεταχείριση στον χώρο εργασίας, σε σύγκριση με λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο (36%) των εργαζομένων που ζουν με διαβήτη τύπου 2.

■ Περισσότεροι από το ένα τέταρτο (28%) ανέφεραν ότι τους αρνήθηκαν διαλείμματα ή άδεια για να ασχοληθούν με τη διαχείριση του διαβήτη τους.

Εκτός από τον συναισθηματικό και επαγγελματικό αντίκτυπο, τα ευρήματα δείχνουν ότι το στίγμα που σχετίζεται με τον διαβήτη μπορεί επίσης να περιορίσει τις ευκαιρίες σταδιοδρομίας:

■ Σχεδόν το ένα τέταρτο (23%) δήλωσε ότι είχε χάσει ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης ή κατάρτισης λόγω της πάθησής του. Αυτά τα εμπόδια επιδεινώνονται από μια κουλτούρα σιωπής.

■ Ένας στους δέκα εργαζομένους που ζουν με διαβήτη δεν έχει αποκαλύψει την πάθησή του στον εργοδότη του, με το 43% αυτών να λέει ότι φοβόταν πως θα τους φερόταν διαφορετικά.

■ Σχεδόν το ένα τρίτο (29%) αυτών των ερωτηθέντων ανησυχούσε ότι η αποκάλυψη θα μπορούσε να περιορίσει την επαγγελματική τους εξέλιξη.

Πολλοί εργαζόμενοι που ζουν με διαβήτη συνεχίζουν να βασίζονται στην υποστήριξη σε επίπεδο συνομηλίκων. Σχεδόν ένας στους τρεις (29%) έχει εμπιστευτεί μόνο έναν έμπιστο συνάδελφο, ενώ ένας ελαφρώς υψηλότερος αριθμός (41%) έχει μοιραστεί τη διάγνωσή του με λίγα μόνο άτομα στην εργασία. Αυτά τα στοιχεία υπογραμμίζουν την ενόχληση που προκαλεί η αντιμετώπιση του διαβήτη μέσω επίσημων καναλιών στον χώρο εργασίας και υπογραμμίζουν την ανάγκη οι οργανισμοί να δημιουργήσουν πιο υποστηρικτικά και συμπεριληπτικά περιβάλλοντα.

Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι η καθημερινή διαχείριση του διαβήτη αποτελεί



πηγή άγχους για πολλούς εργαζομένους.

Ένας στους τέσσερις ερωτηθέντες [26%] δεν ένιωθε άνετα να χορηγεί ινσουλίνη στην εργασία, ενώ ένας στους πέντε [20%] ένιωθε το ίδιο για τον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Χωρίς επαρκή υποστήριξη, αυτές οι συνήθειες ιατρικές ανάγκες μπορούν να γίνουν καθημερινές προκλήσεις στον χώρο εργασίας, επιβάλλοντας περιπτώσεις άγχους στους εργαζομένους με διαβήτη.

Η παγκόσμια μελέτη αποκάλυψε σημαντική περιφερειακή διακύμανση. Τα αναφερόμενα ποσοστά αρνητικής μεταχείρισης ήταν υψηλότερα στο Πακιστάν [68%], ακολουθούμενα από την Ινδία [55%] και τις Ηνωμένες Πολιτείες [42%], με άλλες χώρες να εμφανίζουν ποικίλους βαθμούς στιγματισμού.

Στη Γερμανία, αν και οι διαπροσωπικές διακρίσεις ήταν λιγότερο έντονες, περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες [51%] δήλωσαν ότι ο οργανισμός τους δεν είχε πολιτική στον χώρο εργασίας για την υποστήριξη των ατόμων με διαβήτη –ένα ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από τον παγκόσμιο μέσο όρο [29%].

Ο καθηγητής Schwarz πρόσθεσε: «Κανείς δεν πρέπει να κρύβει την πάθησή του από φόβο μήπως του φερθούν διαφορετικά ή μήπως του στερηθούν ευκαιρίες. Η ζωή με διαβήτη απαιτεί συνεχή διαχείριση και οι χώροι εργασίας πρέπει να αναγνωρίζουν το σωματικό και ψυχικό κόστος που μπορεί να έχει. Απλές αλλαγές, όπως ευέλικτα ωράρια και ιδιωτικοί χώροι για τον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης ή τη χορήγηση ινσουλίνης ή άλλων φαρμάκων,

Ένας στους τρεις εργαζομένους με διαβήτη έχει σκεφτεί να εγκαταλείψει την εργασία του λόγω ανησυχίας για το πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί στην εργασία.

μπορούν να κάνουν τη διαφορά. Θέλουμε οι εργοδότες σε όλο τον κόσμο να εξετάσουν προσεκτικά τον τρόπο με τον οποίο υποστηρίζουν τα άτομα που ζουν με διαβήτη. Οι εργαζόμενοι με διαβήτη αξίζουν σεβασμό, κατανόηση και ίσες ευκαιρίες». Στο πλαίσιο της εκστρατείας της για την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη σχετικά με τη σημασία της ευεξίας στην εργασία, η Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη προτρέπει τους εργοδότες να καλλιεργήσουν υποστηρικτικά περιβάλλοντα, όπου οι συζητήσεις για την υγεία είναι ασφαλείς, και να εφαρμόσουν σαφείς πολιτικές, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εργαζομένων με διαβήτη.

Η ενίσχυση της ευαισθητοποίησης για τον διαβήτη σε όλο το προσωπικό και η προσφορά ευέλικτων ρυθμίσεων, που διευκολύνουν τη διαχείριση του διαβήτη στην εργασία, θα βοηθήσουν να διασφαλιστεί ότι τα άτομα που ζουν με την πάθηση δεν αισθάνονται στιγματισμένα. Οι χώροι εργασίας που προσφέρουν αυτές τις παροχές είναι σε καλύτερη θέση για να υποστηρίξουν όλους τους εργαζομένους, ανεξάρτητα από τις ανάγκες υγείας τους. •••



❖ Εκδίδονται για πρώτη φορά

Οδηγίες ΠΟΥ για τον διαβήτη κύησης

Περίπου μία στις έξι γεννήσεις ζώντων νεογνών επηρεάζεται από διαβήτη

Για πρώτη φορά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε κατευθυντήριες οδηγίες για το πρόβλημα, ενώ βρίσκονται υπό ανάπτυξη αντίστοιχες για τον έλεγχο (screening) του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Περίπου **μία στις έξι γεννήσεις ζώντων νεογνών** (21 εκατ. ετησίως) επηρεάζεται από διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Για **πρώτη φορά**, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε **κατευθυντήριες οδηγίες** για το πρόβλημα, ενώ βρίσκονται υπό ανάπτυξη αντίστοιχες για τον έλεγχο (screening) του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Οι νέες συστάσεις παρέχουν έναν κρίσιμο οδικό χάρτη για την αντιμετώπιση αυτής της αυξανόμενης πρόκλησης για την υγεία και την πρόληψη σοβαρών επιπλοκών τόσο για τις γυναίκες όσο και για τα παιδιά τους. Ο διαβήτης κατά την εγκυμοσύνη, εάν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο απειλητικών για τη ζωή παθήσεων, όπως η **προεκλαμψία**, η **θνησιγένεια** και οι **τραυματισμοί κατά τον τοκετό**.

Έχει επίσης μακροπρόθεσμες συνέπειες, αυξάνοντας τον κίνδυνο διαβήτη τύπου 2 και καρδιομεταβολικών νοσημάτων κατά τη διάρκεια της ζωής τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο στις **χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος**, όπου η πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα και πόρους μπορεί να είναι περιορισμένη, ωστόσο η ανάγκη είναι πιο έντονη.

«Ο ΠΟΥ έχει, εδώ και καιρό, κατευθυντήριες γραμμές για τον διαβήτη και κατευθυντήριες γραμμές για την εγκυμοσύνη, αλλά αυτή είναι η πρώτη φορά που εκδίδουμε ένα συγκεκριμένο πρότυπο φροντίδας για τη διαχείριση του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης», δήλωσε ο Δρ **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, γενι-

κός διευθυντής του ΠΟΥ. «Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές βασίζονται στην πραγματικότητα της ζωής των γυναικών και στις ανάγκες υγείας τους, και παρέχουν σαφείς, βασισμένες σε στοιχεία, στρατηγικές για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας σε κάθε γυναίκα, παντού».

Οι κατευθυντήριες γραμμές περιλαμβάνουν 27 βασικές συστάσεις, με έμφαση στις παρακάτω:

- ❖ **Εξατομικευμένη φροντίδα:** Συμβουλές για τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τους στόχους σακχάρου στο αίμα.
- ❖ **Βέλτιστη παρακολούθηση:** Όλες οι γυναίκες με διαβήτη θα πρέπει να ελέγχουν τακτικά τη γλυκόζη του αίματός τους τόσο κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο ιατρείο όσο και στο σπίτι.
- ❖ **Εξατομικευμένη θεραπεία:** Ειδικά φαρμακευτικά σχήματα για διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 και διαβήτη κύησης όταν απαιτείται φαρμακευτική αγωγή.
- ❖ **Εξειδικευμένη υποστήριξη:** Πολυεπιστημονική φροντίδα για γυναίκες με προϋπάρχοντα διαβήτη.

Η δημοσίευση αυτών των κατευθυντήριων γραμμών σηματοδοτεί ένα καθοριστικό βήμα στην ενίσχυση της μητρικής υγείας και στην καταπολέμηση των μη μεταδοτικών ασθενειών (NCDs). Υπογραμμίζουν τη σημασία της ενσωμάτωσης της φροντίδας για τον διαβήτη στις συνήθειες προγεννητικές υπηρεσίες και της διασφάλισης ισότιμης πρόσβασης σε βασικά φάρμακα και τεχνολογίες.



Το πρόβλημα

Ο διαβήτης κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να προϋπάρχει (τύπος 1 ή τύπος 2, που αναφέρεται επίσης ως προ-κύησης διαβήτη), ενώ η υπεργλυκαιμία μπορεί να ανιχνευθεί για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία ταξινομείται είτε ως σακχαρώδης διαβήτης κύησης (GDM). Οι γυναίκες με ιστορικό GDM έχουν αυξημένο κίνδυνο διαβήτη τύπου 2 μετά τον τοκετό. Οι κίνδυνοι αυξάνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, με αθροιστική συχνότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 έως και 70% 28 χρόνια μετά από μια εγκυμοσύνη που περιπλέκεται από GDM.

Η διαχείριση του διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2 κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτεί εντατική θεραπεία και παρακολούθηση. Επιπλέον, κάθε τύπος διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει επιπτώσεις στο έμβρυο, τη διαδικασία του τοκετού και τα μακροπρόθεσμα καρδιομεταβολικά αποτελέσματα υγείας καθ' όλη τη διάρκεια ζωής τόσο της εγκύου όσο και του εκτεθειμένου παιδιού.

Οι επιπλοκές του διαβήτη που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη (συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη κύησης) περιλαμβάνουν προεκλαμψία και άλλες υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης για τη γυναίκα, καθώς και θνησιγένεια, μακροσωμία, υπογλυκαιμία, επιληπτικές κρίσεις, τραυματισμό κατά τη γέννηση και συγγενείς ανωμαλίες για το αναπτυσσόμενο μωρό. Τα παιδιά που γεννιούνται μετά από εγκυμοσύνες που περιπλέκονται από διαβήτη έχουν αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, καρδιαγγειακών παθήσεων, μεταβολικού

συνδρόμου, διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης και λιπώδους ηπατικής νόσου.

Οι κλινικές συστάσεις για τη διαχείριση του διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της υγείας της μητέρας και του νεογνού. Το 2013, ο ΠΟΥ δημοσίευσε διαγνωστικά κριτήρια και ταξινόμηση της υπεργλυκαιμίας που ανιχνεύεται για πρώτη φορά στην εγκυμοσύνη, αλλά δεν παρείχε συστάσεις για τη διαχείριση του διαβήτη.

Οι κατευθυντήριες γραμμές προγεννητικής φροντίδας του ΠΟΥ για το 2016 προσδιόρισαν αυτόν τον τομέα ως ερευνητικό τομέα προτεραιότητας, ιδιαίτερα στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Δεδομένου ότι το νοσογόνο φορτίο του διαβήτη είναι παγκόσμιο, με τις περισσότερες περιπτώσεις να βρίσκονται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, απαιτούνται κατευθυντήριες γραμμές που να εφαρμόζονται σε αυτά τα περιβάλλοντα.

Οι κίνδυνοι αυξάνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, με αθροιστική συχνότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 έως και 70% 28 χρόνια μετά από μια εγκυμοσύνη που περιπλέκεται από GDM.

Οι 27 συστάσεις

Βασικές πρακτικές στη φροντίδα γυναικών με διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Συμβουλές για τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τη διαχείριση του βάρους	1	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης, παρέχετε εξατομικευμένες συμβουλές σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τη διαχείριση βάρους με βάση τις υπάρχουσες οδηγίες του ΠΟΥ, συμπεριλαμβανομένων: • διατροφικών συμβουλών για τον γενικό ενήλικο πληθυσμό, • συμβουλών σωματικής δραστηριότητας για τον γενικό έγκυο πληθυσμό, • συμβουλών διαχείρισης βάρους με βάση τις παραπάνω συμβουλές διατροφής και σωματικής δραστηριότητας, με έμφαση στην κατάλληλη αύξηση βάρους κύησης.
Προγεννητική εκπαίδευση	2	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης, παρέχετε εκπαίδευση σχετικά με εκπαίδευση για: • τις επιπλώσεις του διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη στην υγεία της μητέρας, του εμβρύου, του νεογνού και του παιδιού, • τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, • την κατάλληλη αύξηση βάρους κύησης, • τη διαχείριση της γλυκαιμίας, • την ανάγκη για πρόσθετη παρακολούθηση της ανάπτυξης και της ευημερίας του εμβρύου.
Εξειδικευμένη φροντίδα	3	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2, παροχή διεπιστημονικής και εξειδικευμένης φροντίδας από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης εκπαιδευμένους στη μητρική φροντίδα και τη φροντίδα του διαβήτη.
	4	Για τις γυναίκες με διαβήτη κύησης, εξετάστε το ενδεχόμενο διεπιστημονικής και εξειδικευμένης φροντίδας που παρέχεται από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης εκπαιδευμένους στη μητρική και διαβητική φροντίδα, ανάλογα με την πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα.

Παρακολούθηση γλυκόζης

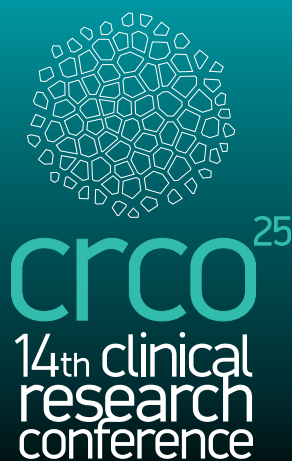
Τρόπος παρακολούθησης γλυκόζης	5	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης, συνιστάται η αυτοπαρακολούθηση της γλυκόζης αίματος (SMBG) επιπλέον της τακτικής φροντίδας, όπου είναι εφικτό.
	6	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, συνιστάται η χρήση συστήματος συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης (CGM), όπου είναι εφικτό.
	7	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 ή διαβήτη κύησης, να μη συνιστούμε συστηματικά τη χρήση συστήματος CGM.
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)	8	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2, μετρήστε την HbA1c κατά το πρώτο τρίμηνο ή αμέσως μόλις ξεκινήσει η προγεννητική φροντίδα.
	9	Για τις γυναίκες με διαβήτη κύησης, μη μετράτε τακτικά την HbA1c.
Γλυκαιμικοί στόχοι	10	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης, εξατομικεύστε τους γλυκαιμικούς στόχους για τη βελτιστοποίηση του γλυκαιμικού ελέγχου και τη βελτίωση των μητρικών και νεογνικών αποτελεσμάτων.

Φαρμακευτική αγωγή για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης

Διαβήτης τύπου 1	11	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, συνιστάται η συνέχιση του ίδιου τύπου ινσουλίνης που χρησιμοποιήθηκε πριν από την εγκυμοσύνη, εκτός εάν θεωρείται απαραίτητη η αλλαγή για τη βελτιστοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και των αποτελεσμάτων για τη γυναίκα και το μωρό.
	12	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, συνιστάται η συνέχιση της μεθόδου χορήγησης ινσουλίνης που χρησιμοποιήθηκε πριν από την εγκυμοσύνη, εκτός εάν θεωρείται απαραίτητη μια αλλαγή για τη βελτιστοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και των αποτελεσμάτων για τη γυναίκα και το μωρό.
Διαβήτης τύπου 2	13	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 που δεν μπορούν να διατηρήσουν τα βέλτητα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μόνο με δίαιτα και σωματική δραστηριότητα, συνιστάται η έναρξη μετφορμίνης ή ινσουλίνης για τη βελτιστοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και των αποτελεσμάτων για τη γυναίκα και το μωρό.



	14	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν μονοθεραπεία με ινσουλίνη ή μετφορμίνη και οι οποίες δεν μπορούν να επιτύχουν βέλπιστα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, εξετάστε το ενδεχόμενο έναρξης συνδυασμού μετφορμίνης και ινσουλίνης, για τη βελτιστοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και των αποτελεσμάτων για τη γυναίκα και το μωρό.
	15	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν ήδη φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της γλυκόζης, συνιστάται η αντικατάσταση φαρμάκων για τα οποία υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με ινσουλίνη ή/και μετφορμίνη.
	16	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 που χρειάζονταν ινσουλίνη για να επιτύχουν βέλπιστα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα πριν από την εγκυμοσύνη, συνιστάται η συνέχιση του ίδιου τύπου ινσουλίνης, εκτός εάν θεωρείται απαραίτητη η αλλαγή για τη βελτιστοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και των αποτελεσμάτων για τη γυναίκα και το μωρό.
Διαβήτης κύησης (GDM)	17	Για γυναίκες με διαβήτη κύησης που δεν μπορούν να επιτύχουν βέλπιστα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μόνο με δίαιτα και σωματική δραστηριότητα, συνιστάται η έναρξη μετφορμίνης ή ινσουλίνης για τη βελτιστοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και των αποτελεσμάτων για τη γυναίκα και το μωρό.
	18	Για γυναίκες με διαβήτη κύησης που λαμβάνουν μονοθεραπεία με μετφορμίνη ή ινσουλίνη και δεν μπορούν να επιτύχουν βέλπιστα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, εξετάστε το ενδεχόμενο έναρξης συνδυασμού μετφορμίνης και ινσουλίνης για τη βελτιστοποίηση του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και των αποτελεσμάτων για τη γυναίκα και το μωρό.
Πρόσθετη παρακολούθηση και αξιολογήσεις		
Παρακολούθηση του εμβρύου	19	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης, πραγματοποιήστε ένα τακτικό υπερηχογράφημα πριν από τις 24 εβδομάδες.
	20	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2, εξετάστε το ενδεχόμενο να πραγματοποιήσετε το τακτικό υπερηχογράφημα όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά την εγκυμοσύνη, με ένα υπερηχογράφημα παρακολούθησης για την αξιολόγηση της ανατομίας και της ανάπτυξης του εμβρύου κατά το δεύτερο τρίμηνο.
	21	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης, εξετάστε το ενδεχόμενο επιπρόσθετων υπερηχογραφικών εξετάσεων ανάπτυξης μετά από 24 εβδομάδες, όπως υποδεικνύεται.
	22	Για έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή διαβήτη κύησης που απαιτούν φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της γλυκόζης στο αίμα, εξετάστε το ενδεχόμενο πρόσθετης παρακολούθησης της ευημερίας του εμβρύου, όπως υποδεικνύεται.
Έλεγχος αμφιβλυστροειδοπάθειας	23	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2, ελέγξτε για αμφιβλυστροειδοπάθεια κατά την έναρξη της προγεννητικής φροντίδας και παρέχετε παρακολούθηση με βάση τον κίνδυνο εξέλιξης της αμφιβλυστροειδοπάθειας.
	24	Για τις γυναίκες με διαβήτη κύησης, μην κάνετε συστηματικό έλεγχο για αμφιβλυστροειδοπάθεια.
Νεφρική αξιολόγηση	25	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2, αξιολογήστε τη νεφρική λειτουργία κατά την έναρξη της προγεννητικής φροντίδας και κανονίστε εξειδικευμένη παρακολούθηση για τις γυναίκες εάν εντοπιστεί νεφρική δυσλειτουργία.
	26	Για γυναίκες με διαβήτη κύησης, μην αξιολογείτε τακτικά τη νεφρική λειτουργία.
	27	Για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 με μειωμένη νεφρική λειτουργία, τονίστε τη σημασία της διατήρησης των επιπέδων αρτηριακής πίεσης κάτω από 130/80 mmHg κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και προσφέρετε αντιυπερτασικά φάρμακα που είναι γνωστό ότι είναι ασφαλή κατά την εγκυμοσύνη, όπως υποδεικνύεται. Συμβουλευστε τις γυναίκες να τροποποιήσουν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ. κάπνισμα, ανθυγιεινή διατροφή, καθιστική συμπεριφορά) και να αναζητήσουν εξειδικευμένη μεταγεννητική παρακολούθηση. •••



14th Clinical Research Conference

«Κλινικές μελέτες: Τα μετέωρα βήματα και οι προκλήσεις»

© Ελένη Παπαδάκη/PHOTOPRESS Θ&Α Αναγνωστόπουλοι

Νέα ΚΥΑ, Εθνικό Μητρώο και οι προκλήσεις του 2026

Ζήτημα ημερών είναι η έκδοση της νέας ΚΥΑ, όπως ανακοίνωσε ο **υπουργός Υγείας** στην πρωινή **Κλειστή Συνάντηση** με φορείς του κλάδου, στο **πλαίσιο του 14th Clinical Conference**. Μάλιστα, θα υπάρχει η δυνατότητα μέσω του **My Health app** οι πολίτες να δηλώσουν την προθυμία τους να συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες ή να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα τους σε αυτές. Επίσης, ο κ. Γεωργιάδης δεσμεύθηκε ότι με την ολοκλήρωση του RRF θα επανέλθει ο συμψηφισμός του clawback και των επενδύσεων για κλινικές μελέτες στο 50%, όπως ίσχυε μέχρι το 2021.

Από τις εργασίες του Συνεδρίου αναδείχθηκαν ζητήματα κοινών στοιχείων για τις κλινικές μελέτες, αλλά και για την **εφαρμογή του Εθνικού Μητρώου Κλινικών Μελετών μέσα στο 2026**. Αίτημα αποτελεί η εύρεση των κατάλληλων κριτηρίων για την παροχή δυνατότητας δήλωσης συμμετοχής των πολιτών σε κλινικές μελέτες μέσω του Ηλεκτρονικού Φακέλου. Στο πλαίσιο του #crico25, συζητήθηκε η καθυστέρηση της έκδοσης του νέου θεσμικού πλαισίου, ενώ έχει τεθεί στόχος να σπάσει **το φράγμα των 600 μελετών και, σε βάθος χρόνου, να φτάσουν τις 1.000**. Με βάση τα δεδομένα του πρώτου τριμήνου του 2025, εκτιμάται ότι η χρονιά θα κλείσει με μεγαλύτερο αριθμό εγκρίσεων.

Με την εφαρμογή της **νέας ΚΥΑ** για τις κλινικές μελέτες, αναμένεται να λυθούν πολλά γραφειοκρατικά ζητήματα που προκαλούσαν χρονοτριβή, όπως τονίστηκε κατά τη διάρκεια του **14th Clinical Conference**. Προβλήματα εκτιμάται ότι θα επιλύσει και

η **λειτουργία του Εθνικού Μητρώου**, επιφέροντας συνολικό έλεγχο των διαδικασιών. Το Μητρώο προγραμματίζεται να τεθεί σε **πilotική εφαρμογή στις 17 Φεβρουαρίου 2026** και σε παραγωγική λειτουργία τον **Ιούνιο του 2026**. Σύμφωνα με τον σχεδιασμό, θα ξεκινά από την έγκριση μιας μελέτης μέχρι την οικονομική εκκαθάριση. Η διαδικασία του ελέγχου των οικονομικών σκελών εκτιμάται να εξομαλυνθεί μέχρι **το τέλος του 2026**.

Στη διάρκεια του Συνεδρίου, τονίστηκε η



σημασία της στελέχωσης των γραφείων κλινικών μελετών στα νοσοκομεία με **κατάλληλο προσωπικό**, προκειμένου να ολοκληρωθεί η διαδικασία της επιστροφής του **15% των κερδών στο εκάστοτε νοσηλευτικό ίδρυμα**. Επίσης, επισημάνθηκε η ανάγκη δημιουργίας μιας στρατηγικής στήριξης διενέργειας **κλινικών μελετών Φάσης I** στη χώρα μας.

Σχετικά με τις καθυστερήσεις στις διαδικασίες, αναδείχθηκαν οι δυσκολίες τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο, αλλά και οι προσπάθειες να διευκολυνθεί η **πρόσβαση σε δεδομένα**. Τέλος, σημειώθηκε ότι πρέπει να υπάρξει μέριμνα και για τις κλινικές μελέτες **των ιατροτεχνολογικών προϊόντων**, που είναι ένας ακμάζων κλάδος.

Το **#crco25** διοργανώθηκε από την **ethosEVENTS**, σε συνεργασία με το περιοδικό **Pharma & Health Business** και το portal **virus.com.gr**. Το Συνέδριο έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο **Divani Caravel**, με δυνατότητα φυσικής παρουσίας, αλλά και με διαδικτυακή συμμετοχή, μέσω του **LiveOn Expo Complex**, του καινοτόμου 3D εκθεσιακού και συνεδριακού κέντρου της LiveOn.

Το **#crco25** διοργανώθηκε από την **ethosEVENTS**, σε συνεργασία με το περιοδικό **Pharma & Health Business** και το portal **virus.com.gr**. Το Συνέδριο έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο **Divani Caravel**, με δυνατότητα φυσικής παρουσίας, αλλά και με διαδικτυακή συμμετοχή, μέσω του **LiveOn Expo Complex**, του καινοτόμου 3D εκθεσιακού και συνεδριακού κέντρου της LiveOn.



Στιγμιότυπα από την εκδήλωση.



PANEL I

«Κλινικές μελέτες: Πού βρισκόμαστε;»

Στο πλαίσιο του πρώτου Panel, ο Ιωάννης Χονδρέλης, PhD, Διευθυντής Ιατρικού Τμήματος, Φαρμασέρβ-Λίλλυ, Συντονιστής Ομάδας Κλινικών Μελετών, ΣΦΕΕ, σχολίασε ότι, δυστυχώς, βρισκόμαστε εκεί που ήμασταν πέρυσι τέτοια εποχή. Εάν ψάξουμε να βρούμε τους λόγους γιατί ισχύει αυτό που συζητούσαμε στη πρωινή συνάντηση, φαίνεται ότι οι κλινικές μελέτες βγήκαν από την ατζέντα και την προτεραιότητα του Υπουργείου Υγείας. Ο κ. Χονδρέλης έθιξε και το ζήτημα των μη κοινών στοιχείων για τις κλινικές μελέτες, ενώ επανέλαβε το αίτημα ενός manager ως ενδιαμέσου επικοινωνίας των φορέων με το υπουργείο.

Ο Σπύρος Σαπουνάς, MD, PhD, Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος, Πρόεδρος ΔΣ, ΕΟΦ, απάντησε ότι πάντα ήταν προτεραιότητα οι κλινικές μελέτες για το υπουργείο, και επί Κωτσιόπουλου. Υποστήριξε μάλιστα ότι κάθε φορέας διαθέτει διαφορετικά στοιχεία, γιατί πρόκειται για μια δυναμική κατάσταση, με πολλούς τρόπους μέτρησης, ένας είναι ο αριθμός εγκρίσεων κ.ά. Το Μητρώο Κλινικών Μελετών εκπνέει ότι θα λύσει το πρόβλημα το δεύτερο τρίμηνο του 2026. Ωστόσο, ο κ. Σαπουνάς παραδέχθηκε ότι χρειάζεται απλοποίηση των διαδικασιών εν συνόλω. Ακόμη, ανακοίνωσε ότι είχαμε 234 αιτήσεις το 2024, μέχρι το τρίτο τρίμηνο του 2025 φθάσαμε τις 216, οπότε με μια αναγωγή φαίνεται ό-

τι θα περάσουμε τον αριθμό της περασμένης χρονιάς –φαίνεται ότι έχουν εγκριθεί περισσότερες.

Ο Ιωάννης Κωτσιόπουλος, Γενικός Διευθυντής, PhARMA Innovation Forum Greece (PIF), πρόσθεσε ότι είναι καλύτερα να μιλάμε για πολλά δεδομένα και διαφορετικά, γιατί αφορούν πολλές πτυχές των προβλημάτων. Αναφορικά με το θέμα της ψηφιακής υγείας, εκτίμησε ότι θα επηρεάσει θετικά τα πράγματα για την ανταγωνιστικότητα της χώρας. Σχετικά με τη δυνατότητα δήλωσης συμμετοχής μέσω του Ηλεκτρονικού Φακέλου σε κλινικές μελέτες από τον ίδιο τον ασθενή, όπως ανακοίνωσε ο υπουργός Υγείας στην Κλειστή Συνάντηση του Συνεδρίου, τόνισε ότι θα πρέπει να τεθούν σωστά πεδία και κριτήρια, για να γίνεται ορθό recruitment στις κλινικές μελέτες.

Η Ευαγγελία Κοράκη, Πρόεδρος, Hellenic Association of CROs-HACRO, Πρόεδρος & Διευθύνουσα Σύμβουλος, Coronis Research, επεσήμανε σχετικά με το θέμα της μέτρησης ότι αφορά και τον έλεγχο της απορρόφησης των χρημάτων που δαπανούν οι κορηγοί. Επίσης, εκτίμησε ότι θα δοθεί λύση με το Μητρώο, σημειώνοντας ότι με τις κλινικές μελέτες αποτελεί ζήτημα όχι μόνο «να προσελκύσουμε ποσά, αλλά και να δούμε την απορρόφησή τους». Σχετικά με τον αριθμό των εγκρίσεων, διαπιστώθηκε μικρή κάμψη, ένα 15% στον αριθμό εγκεκριμένων το 2024, λόγω της διαχείρισης μετάβασης στον νέο Ευρωπαϊκό Κανονισμό, ενώ το 2025 δείχνει να την ξεπερνάει, που θα δικαιολογεί το 15%. Η χώρα παραμένει στη 13η θέση, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στη διεξαγωγή κλινικών μελετών.

Ευ. Κοράκη:
Η χώρα παραμένει
στη 13η θέση, σε
ευρωπαϊκό επίπεδο,
στη διεξαγωγή
κλινικών μελετών.



Από αριστερά: Αιμίλιος Νεγκής (Συντονιστής, Δημοσιογράφος, Διευθυντής Σύνταξης, Pharma & Health Business, virus.com.gr), Ιωάννης Κωτσιόπουλος, Γενικός Διευθυντής, PhARMA Innovation Forum Greece (PIF), Ευαγγελία Κοράκη, Πρόεδρος, Hellenic Association of CROs-HACRO, Πρόεδρος & Διευθύνουσα Σύμβουλος, CORONIS Research, Σπύρος Σαπουνάς, MD, PhD, Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος, Πρόεδρος ΔΣ, ΕΟΦ, Ιωάννης Χονδρέλης, PhD, Διευθυντής Ιατρικού Τμήματος, Φαρμασέρβ-Λίλλυ, Συντονιστής Ομάδας Κλινικών Μελετών, ΣΦΕΕ.

Πολυχρόνης Οικονόμου

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ, ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ, COVARIANCE

Στην ομιλία-παρουσίαση με τίτλο **“Unlocking Clinical Trial Value Through AI, ML, and Advanced Biostatistics - With Insights and Solutions Developed at Covariance”**,

ο κ. Οικονόμου επεσήμανε ότι η κλινική έρευνα βρίσκεται σε ένα κομβικό σημείο, όπου η Τεχνητή Νοημοσύνη, η μηχανική μάθηση και η βιοστατιστική απογειώνουν τις δυνατότητες ανάλυσης δεδομένων. Στο 14ο Clinical Research Conference, ο αναπληρωτής καθηγητής Στατιστικής ανέδειξε την ανάγκη για σύγχρονες προσεγγίσεις αλλά και τη σημασία της συνεργασίας μεταξύ ακαδημαϊκού και τεχνολογικού τομέα, ώστε να αξιοποιηθούν ουσιαστικά τα δεδομένα των κλινικών μελετών. Ως πανεπιστημιακός και επιστημονικός σύμβουλος της Covariance, μοιράστηκε ένα όραμα στο οποίο η καινοτομία γεφυρώνει τη θεωρία με την πράξη. Εστιάστηκε, επίσης, στον ρόλο της Covariance για την αντιμετώπιση κρίσιμων προκλήσεων: από τον κατακερματισμό των κλινικών μελετών και την υποαξιοποίηση μη δομημένων δεδομένων (όπως οι αφηγήσεις παρενεργειών) έως την ελλιπή ενσωμάτωση Real-World



Evidence. Παρουσίασε δε λύσεις αιχμής, όπως το cross-trial harmonization (ενοποίηση δεδομένων μεταξύ μελετών) και την αυτοματοποιημένη ανάλυση κειμένου, που αξιοποιεί τεχνικές Τεχνητής Νοημοσύνης για να εξορύξει γνώση από κείμενα. Με αυτά τα παραδείγματα έδειξε ότι η πολυπλοκότητα των δεδομένων μπορεί να μετατραπεί σε αξιοποιήσιμη, τεκμηριωμένη γνώση, χαράσσοντας μια νέα πορεία για την κλινική έρευνα και προσφέροντας ουσιαστικό προβάδισμα σε όσους μπορούν να το πετύχουν αυτό.

PANEL II

«Μείωση γραφειοκρατίας και απλοποίηση διαδικασιών στην υλοποίηση κλινικών μελετών»

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου Panel, η Όλγα Μπαλαούρα, Msc, PhD(c), Διοικήτρια της 1ης ΥΠΕ, εξήγησε ότι, λόγω εσωτερικών θεμάτων, προέκυψαν καθυστερήσεις στα νοσοκομεία δικαιοδοσίας της 1ης ΥΠΕ. Επειδή όμως είναι υψηλής προτεραιότητας το θέμα των κλινικών μελετών, σύντομα θα επιλυθεί, και δεσμεύτηκε για αυτό. Σχετικά με την ΚΥΑ, επεσήμανε ότι έχει **τέσσερις βασικούς άξονες: απλοποίηση των διαδικασιών** (την κάνει ενιαία, άρα τα νοσοκομεία και οι ΥΠΕ θα μιλούν κοινή γλώσσα),

ενώ οι διαδικασίες πραγματοποιούνται **παράλληλα** με κατάθεση συμβάσεων, άρα κερδίζεται χρόνος. Επίσης, **προβλέπεται η αποδοχή ηλεκτρονικής υπογραφής**, για την οποία μέχρι τώρα υπήρχαν προβλήματα, και πλέον διατίθενται **πρότυπα συμβάσεων**, πρόβλεψη που διευκολύνει πολύ ζητήματα σχετικά με τον έλεγχο, αποφεύγοντας τις καθυστερήσεις, καθώς πια **όλα θα ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα**.

Ο Σαράντος Ευσταθόπουλος, Διοικητής, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Με-

Με την εφαρμογή της νέας ΚΥΑ για τις κλινικές μελέτες, αναμένεται να λυθούν πολλά γραφειοκρατικά ζητήματα που προκαλούσαν χρονοτριβή.

Ε. Κυριακού:
Το Εθνικό Μητρώο
θα τεθεί σε πιλοτική
εφαρμογή στις 17
Φεβρουαρίου 2026
και σε παραγωγική
λειτουργία τον
Ιούνιο του 2026.

ταξά», σημείωσε ότι όταν ανέλαβε το νοσοκομείο, διεξήγαγε δύο κλινικές μελέτες, ενώ σήμερα **πραγματοποιούνται δεκαεπτά**. Έχει δοθεί έμφαση από κάτω προς τα πάνω. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία του, κάθε ασθενής δικαιούται μια μελέτη, ώστε να εξαντλείται και η τελευταία ευκαιρία που αντιστοιχεί στον ασθενή. Όπως ανακοίνωσε, το Νοσοκομείο «Μεταξά» έχει κλείσει άλλες **πέντε μελέτες** για τον καρκίνο του πνεύμονα. Σχετικά με τη **νέα ΚΥΑ**, σχολίασε: «Θεωρώ ότι ο νέος νόμος θα προβλέπει να επισπεύδεται, και δεν θα τρενάρει, σε κάθε στάδιο θα τρέχουν παράλληλα, και θα εξασφαλίζει ταχύτητα». **Η Αθανασία Μανδάλου, Υπεύθυνη Οικονομικής Διαχείρισης Κλινικών Μελετών, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»**, μιλώντας για το μυστικό της επιτυχίας του νοσοκομείου στις κλινικές μελέτες, διευκρίνισε ότι αυτές εντάχθηκαν από την αρχή της ίδρυσης του νοσοκομείου και, άρα, είναι **συνυφασμένες με την κουλτούρα των ανθρώπων του**. «Λόγω φιλοσοφίας και κουλτούρας, θέλουμε να προκαλούμε εξελίξεις και όχι να ακολουθούμε», ανέφερε, χαρακτηριστικά, υπενθυμίζοντας ότι το νοσοκομειακό ίδρυμα έχει σταθερή διοίκηση και δεν λαμβάνει κρατική επιχορήγηση, πλην της μισθοδοσίας του προσωπικού. Με βάση την εμπειρία της από το **δίκτυο γραφείων κλινικών μελετών** που έχει στηθεί στη Βόρεια Ελλάδα, τα γραφεία είναι στελεχωμένα ε-

σωτερικά στο νοσοκομείο, δηλαδή από ανθρώπους οι οποίοι ήταν σε μια θέση πριν –που δεν είχαν επαφή με τις κλινικές μελέτες. Οπότε χρειάζονται εκπαίδευση για να οργανώσουν τη σωστή καταγραφή και να καταφέρουν **να απορροφήσουν 15% των εσόδων**.

Η Ελπίδα Κυριακού, Business Consultant, Health Sector, Netcompany SEE & EUI, έφερε στη συζήτηση το Εθνικό Μητρώο, το οποίο έχει την ιδιαιτερότητα ότι δεν δημιουργήθηκε από έναν καλοπληρωμένο σύμβουλο, όπως είπε, αλλά από μια ομάδα εργασίας που την αποτελούσαν άνθρωποι από το υπουργείο, από εταιρείες και από τη HACRO. Η στήριξη από τόσους φορείς αποτελεί το μεγαλύτερο εκέγγυο ότι θα παραδοθεί το έργο όπως πρέπει, τόνισε η κ. Κυριακού. Το Μητρώο θα τεθεί σε πιλοτική εφαρμογή στις **17 Φεβρουαρίου 2026 και σε παραγωγική λειτουργία τον Ιούνιο του 2026**. Όπως διευκρίνισε, δεν θα έχει απλά τη λογική της καταγραφής, αλλά πολύ περισσότερα: από την έγκριση μιας μελέτης μέχρι την οικονομική εκκαθάριση. Η κ. Κυριακού αποσαφηνισε το ζήτημα της παρακολούθησης για το οικονομικό σκέλος λέγοντας ότι αυτή θα αργήσει – λόγω της εμπλοκής πολλών συναρμοδιοτήτων – να ωριμάσει, οπότε εκτιμάται ότι **θα υπάρχει εικόνα για την είσοδο και την απορρόφηση χρημάτων μέχρι το τέλος του 2026**.



Από αριστερά: Αιμίλιος Νεγκίς (Συντονιστής), Δημοσιογράφος, Διευθυντής Σύνταξης, Pharma & Health Business, virus.com.gr, Αθανασία Μανδάλου, Υπεύθυνη Οικονομικής Διαχείρισης Κλινικών Μελετών, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Σαράντος Ευσταθόπουλος, Διοικητής, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξά», Ελπίδα Κυριακού, Business Consultant, Health Sector, Netcompany SEE & EUI, Όλγα Μπαλαούρα, Msc, PhD(c), Διοικήτρια 1ης ΥΠΕ.

PANEL III

«Διεθνείς τάσεις και εξελίξεις στον τομέα των κλινικών μελετών. Πώς επηρεάζουν την Ελλάδα;»

Στο τρίτο Panel του Συνεδρίου, ο Γεώργιος Παπαζήσης, Καθηγητής Κλινικής Φαρμακολογίας, Επιστημονικά Υπεύθυνος Μονάδας Κλινικών Ερευνών, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, αναφερόμενος στη διεξαγωγή των κλινικών μελετών Φάσης Ι, τόνισε ότι **απαιτείται υποδομή που υπάρχει μόνο στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου**, με πιστοποιήσεις και διαπιστεύσεις, καθώς και με τη διασφάλιση της διάθεσης διαθέσιμων κλινών. «Οι διεθνείς φαρμακευτικές εταιρείες τώρα μας γνωρίζουν», σημείωσε ο καθηγητής, και πρόσθεσε ότι χρειάζεται **η στρατηγική προσέγγιση, που δεν μπορεί να βασίζεται μόνο στο Κέντρο του Παπαγεωργίου**. Εξέφρασε μάλιστα το παράπονο ότι **δεν υπάρχει μια κεντρική στρατηγική** που θα υποστηρίξει ένα τέτοιο κέντρο ώστε να αρχίσει διεθνείς μελέτες, ενώ θα μπορούσε να σταθεί, προσφέροντας την τεχνογνωσία των ανθρώπων του, ως **απαρκή της δημιουργίας ανάλογων κέντρων στην Αθήνα** και σε άλλα νοσοκομεία της χώρας. Ο Γρηγόριος Ρομπόπουλος, MD, Ιατρικός Διευθυντής, DEMO ABEE, Πρόεδρος,

Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικής Ιατρικής (ΕΛΕΦΙ), υποστήριξε ότι **κινούμαστε αργά, χρόνια τώρα**. Το θέμα είναι ότι όλη η ΕΕ κινείται αργά. Η νομοθεσία που **ψηφίστηκε το 2014** για επιτάχυνση εφαρμόζεται σήμερα και, μετά από **11 χρόνια, συζητάμε εάν εφαρμόστηκε σωστά** –αυτά έπρεπε να έχουν γίνει το **2016-2017**, σύμφωνα με τον κ. Ρομπόπουλο. Τώρα, θα έπρεπε να συζητάμε για νέες τεχνολογίες και απομακρυσμένες, είμαστε πίσω από άλλες ηπείρους, γιατί η ΕΕ δεν κατάφερε να ενοποιήσει τις διαδικασίες και να τις επιταχύνει, με αποτέλεσμα κάθε χώρα να έχει τη δική της νομοθεσία και ταχύτητα. Το **CTIS υπάρχει, θεωρητικά**, οι επιτροπές δεοντολογίας είναι ανεξάρτητες σε κάθε χώρα. Στη χώρα μας, κάνουμε έγκριση συμβολαίων από τις ΥΠΕ, ενώ κανονικά αυτά θα πρέπει να είναι αυτόματα. Χαρακτηριστικά, ανέφερε: «Όταν εγκριθεί μια μελέτη στην Αυστρία, εγώ να μπορώ να εισάγω ασθενείς στο “Γεννηματάς”».

Ο Γεώργιος Ε. Δαφούλας, Ειδικός Συνεργάτης Ψηφιακής Υγείας, Γραφείο Υπουργού Ψηφιακής Διακυβέρνησης,

Γ. Ρομπόπουλος:
Η νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2014 για επιτάχυνση εφαρμόζεται σήμερα και, μετά από 11 χρόνια, συζητάμε εάν εφαρμόστηκε σωστά.



Από αριστερά: Αιμίλιος Νεγκής (Συντονιστής), Δημοσιογράφος, Διευθυντής Σύνταξης, Pharma & Health Business, virus.com.gr, Γεώργιος Ε. Δαφούλας, Ειδικός Συνεργάτης Ψηφιακής Υγείας, Γραφείο Υπουργού Ψηφιακής Διακυβέρνησης, Θανάσης Ακάλεστος, Γενικός Διευθυντής, Σύνδεσμος Επιχειρήσεων Ιατρικών και Βιοτεχνολογικών Προϊόντων (ΣΕΙΒ), Γρηγόριος Ρομπόπουλος, MD, Ιατρικός Διευθυντής, DEMO ABEE, Πρόεδρος, Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικής Ιατρικής (ΕΛΕΦΙ).

συμφώνησε στο ότι θα έπρεπε να ολοκληρώνονται πιο σύντομα οι διαδικασίες. Υπενθύμισε δε ότι **βρίσκεται σε διαβούλευση το νομοσχέδιο του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης** που περιλαμβάνει την αλλαγή της ΗΔΙΚΑ και, ακόμη, άρθρα μεταβατικών διατάξεων για την επιτάχυνση της πρόσβασης σε δευτερογενή δεδομένα. Συγκεκριμένα, χωρίς να περιμένουμε την εφαρμογή του κανονισμού το 2029, υπάρχουν **μεταβατικές διατάξεις για την ΚΥΑ, που εκκρεμεί δύο-τρία χρόνια, για την πρόσβαση στα δευτερογενή δεδομένα**, προκειμένου να αποκτήσει ταχύτερα πρόσβαση η ερευνητική κοινότητα στα στοιχεία της ΗΔΙΚΑ. Για παράδειγμα, η πρώτη ερευνητική ομάδα, στην οποία συμμετείχε και ο ίδιος, έλαβε στοιχεία πριν από δέκα χρόνια από το «Λαϊκό» και, όπως περιέγραψε, έχει γίνει *gar* ανάλυση, οπότε διευκρινίστηκε σε ποια σημεία καθυστερεί αυτό το πλαίσιο. Μέσα στο 2026, με τη συνεργασία των δύο υπουργείων, θα υπάρχουν εξελίξεις, σημείωσε ο κ. Δαφούλας.

Ο Θανάσης Ακάλεστος, Γενικός Δι-

ευθυντής, Σύνδεσμος Επιχειρήσεων Ιατρικών και Βιοτεχνολογικών Προϊόντων (ΣΕΙΒ), πρόσθεσε ότι ο νέος κανονισμός είναι ασύμμετρος με τη φαρμακευτική φιλοσοφία, υπάρχει ιδιαιτερότητα **στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα**, καθώς είναι δυναμικά, με έναν κύκλο ζωής με διαφορετικά καταλυτικά σημεία. Σύμφωνα με τον κ. Ακάλεστο, από τη μία, υπάρχει βεβαρημένο ρυθμιστικό περιβάλλον και, από την άλλη, νομοθεσίες για τις νέες τεχνολογίες. Συνεπώς, **αυξάνεται ο χρόνος εισαγωγής των προϊόντων στην αγορά**, αλλά και το κόστος, με συνέπεια να δυσκολεύει η πρόσβαση των ασθενών στην καινοτομία. Προς απόδειξη της δυναμικής του κλάδου, ο κ. Ακάλεστος ανέφερε ότι, **το 2024, κατατέθηκαν 15.800 πατέντες για ιατροτεχνολογικά, ενώ 8.400 για φαρμακευτικά**. Ο κλάδος των ιατροτεχνολογικών **έχει φθάσει στο 8%** και είναι ο δεύτερος από όλα τα industries, σύμφωνα με τον ομιλητή. Τέλος, προειδοποίησε πως οποιαδήποτε καθυστέρηση θα αποβεί εις βάρος των ασθενών. •••

silver sponsors



premium corporate participations



corporate participations



under the auspices of



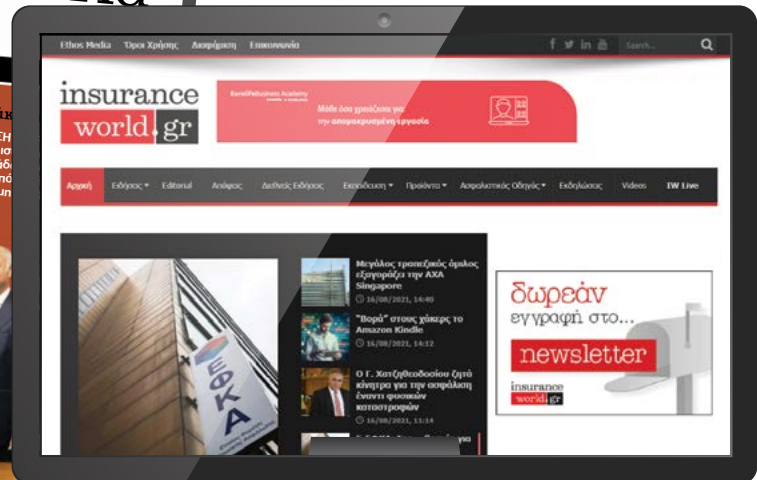
communication sponsors



Αποτελεσματικά εργαλεία δουλειάς για τους ΕΠΑΓΓΕΛΗΜΑΤΙΕΣ της ασφάλισης

insurance
world

insurance
world.gr



Ασφάλιση. Από το «Α»...

- Πολύπλευρη ενημέρωση από την αγορά
- Ανάλυση των εξελίξεων και τάσεων στον ασφαλιστικό κλάδο
- Εξειδικευμένο, πρωτότυπο και αποκλειστικό περιεχόμενο

ethos
member of
ethosGROUP

MEDIA

www.ethosmedia.eu | info@ethosmedia.eu

Η Υγεία στην Ευρώπη

Τι δείχνει η έρευνα “Health at a Glance” του ΟΟΣΑ



Health at a Glance 2025

OECD Indicators

Τον Νοέμβριο, ο ΟΟΣΑ εξέδωσε την έκθεση “Health at a Glance”, συγκρίνοντας βασικούς δείκτες για την υγεία του πληθυσμού και την απόδοση του συστήματος υγείας σε όλα τα μέλη του ΟΟΣΑ, τους βασικούς εταίρους και τις υποψήφιες για ένταξη χώρες. Ενώ λοιπόν οι χώρες έχουν ανακάμψει από την πανδημία, εξακολουθούν να υπάρχουν θεμελιώδεις προκλήσεις για την υγεία. Όσον αφορά στην Ελλάδα, έχει καλύτερες επιδόσεις από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ σε 7 από τους 10 βασικούς δείκτες που μετρούν την κατάσταση της υγείας και τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία.

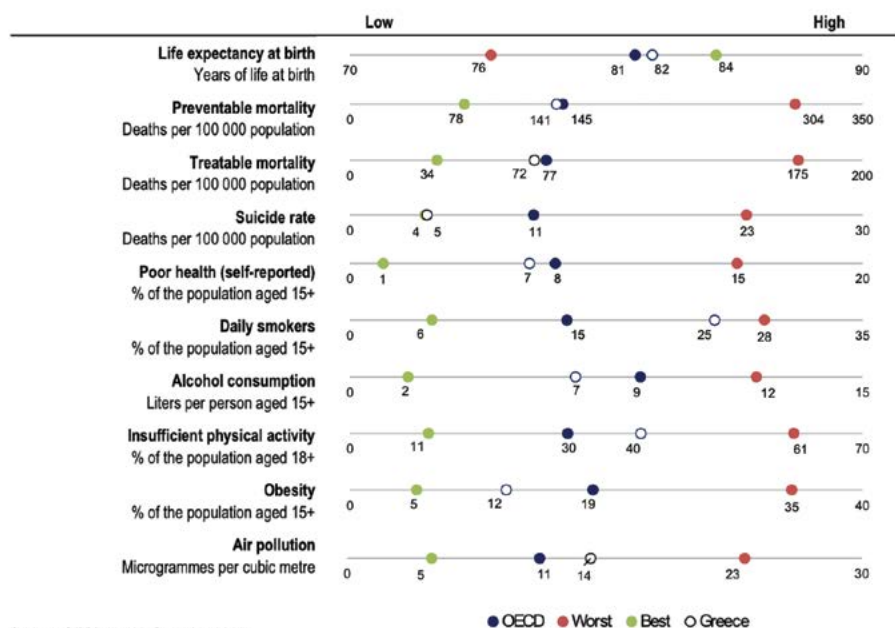
Η Ελλάδα - Τα θετικά

- Στην Ελλάδα, το προσδόκιμο ζωής ήταν 81,8 έτη, 0,7 έτη πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ.
- Τα ποσοστά αυτοκτονιών ήταν 5 ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 11 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους.
- Το 7% των Ελλήνων αξιολόγησε την υγεία του ως κακή ή πολύ κακή (μέσος όρος του ΟΟΣΑ 8,0%).
- Η κατανάλωση αλκοόλ ήταν χαμηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, στα 6,6 λίτρα ανά κάτοικο στην Ελλάδα έναντι 8,5.
- Η συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας, όπως αναφέρθηκε από τους ίδιους, ήταν 12% στην Ελλάδα, ποσοστό χαμηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ που είναι 19%.
- Το 95% των επιλέξιμων παιδιών εμβολιάστηκαν κατά του DTP (Διφθερίδας-Τετάνου-Κοκκύτη) στην Ελλάδα, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

Η Ελλάδα - Τα αρνητικά

- Η προλήψιμη θνησιμότητα ήταν 141 ανά 100.000 στην Ελλάδα (χαμηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ που είναι 145), με τη θεραπεύσιμου βαθμού θνησιμότητα να είναι 72 ανά 100.000 (χαμηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 77).
- Η ημερήσια συχνότητα καπνίσματος στην Ελλάδα, στο 24,9%, ήταν υψηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 14,8%.
- Το 40% των ενηλίκων στην Ελλάδα δεν πραγματοποιούσε επαρκή σωματική δραστηριότητα, υψηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 30%.

Figure 1. Health status and risk factors



Source: OECD Health Statistics 2025.

- Οι άνθρωποι στην Ελλάδα εκτέθηκαν σε 14,2 μικρογραμμάρια ατμοσφαιρικών σωματιδίων (PM_{2,5}) ανά κυβικό μέτρο (μέσος όρος του ΟΟΣΑ 11,2 μικρογραμμάρια).
- Η Ελλάδα δαπανά 3.607 δολάρια κατά κεφαλήν για την υγεία, λιγότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 5.967 δολάρια (ΑΠΑΔ σε δολάρια ΗΠΑ). Αυτό ισοδύναμο με το 8,1% του ΑΕΠ σε σύγκριση με 9,3% κατά μέσο όρο στον ΟΟΣΑ. Η Ελλάδα δαπανά το 3,1% των συνολικών δαπανών για την υγεία στην πρόληψη στις τρέχουσες δαπάνες υγείας, παρόμοιο με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 3,4%.
- Μόνο το 27% των Ελλήνων ήταν ικανοποιημένοι με τη διαθεσιμότητα ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης (μέσος όρος ΟΟΣΑ 64%).
- Το 12,1% των Ελλήνων εξέφρασε ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 3,4%.
- Το 15% των γυναικών στην Ελλάδα υποβλήθηκαν σε έλεγχο για καρκίνο του μαστού, ποσοστό μικρότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 55%.
- Η Ελλάδα συνταγογράφησε 27 καθορισμένες ημερήσιες δόσεις αντιβιοτικών ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό μεγαλύτερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 16.

Έλλειψη συγκρίσιμων δεδομένων

- Δεν υπάρχουν συγκρίσιμα δεδομένα σχετικά με τις εισαγωγές στο νοσοκομείο που μπορούν να αποφευχθούν.
- Δεν υπάρχουν συγκρίσιμα δεδομένα σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας 30 ημερών μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η έκθεση

Το "Health at a Glance" συγκρίνει βασικούς δείκτες για την υγεία του πληθυσμού και την απόδοση του συστήματος υγείας σε όλα τα μέλη του ΟΟΣΑ, τους βασικούς εταίρους και τις υποψήφιες για ένταξη χώρες. Η ανάλυση βασίζεται στα πιο πρόσφατα συγκρίσιμα επίσημα εθνικά στατιστικά στοιχεία και άλλες πηγές.

Αυτή η έκδοση του 2025 παρουσιάζει διαφορές μεταξύ των χωρών και με την πάροδο του χρόνου, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας, τους μη ιατρικούς καθοριστικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου, την πρόσβαση και την ποιότητα της περίθαλψης, τις δαπάνες για την υγεία και τους πόρους του συστήματος υγείας. Το θεματικό κεφάλαιο αυτής της έκδοσης αφορά το φύλο και την υγεία.

Figure 2. Access to care and quality of care

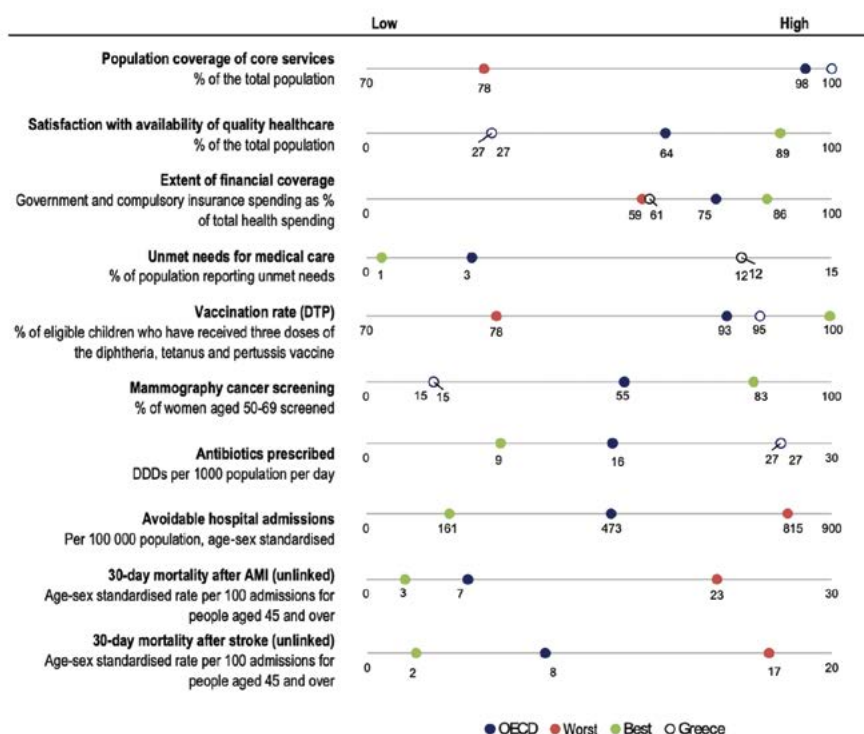
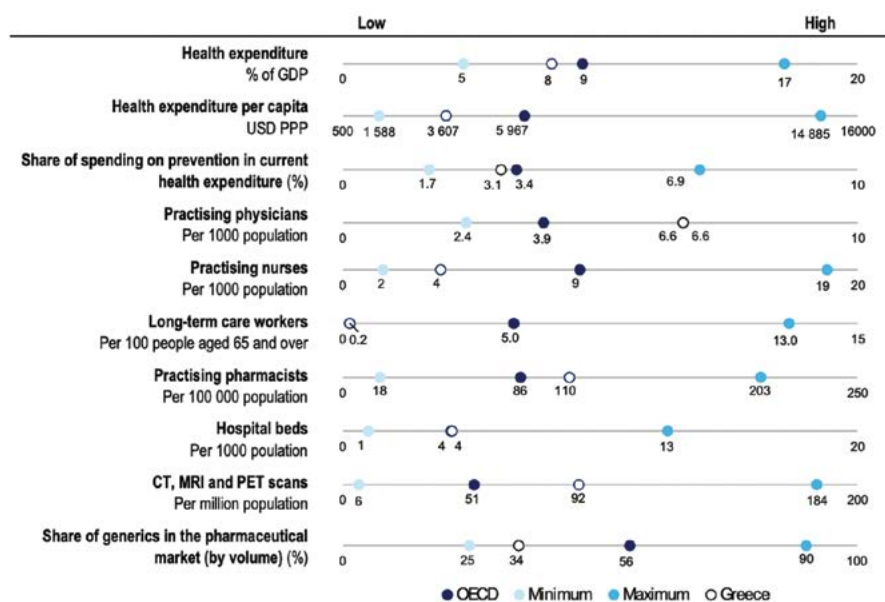
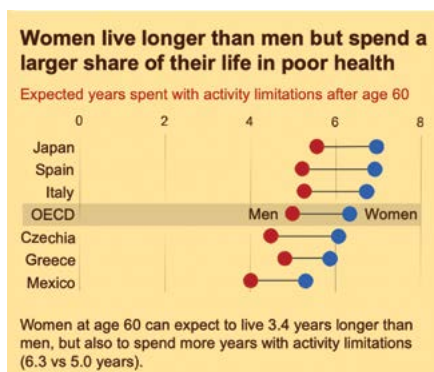


Figure 3. Health System resources



Η παρούσα δημοσίευση δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη συμβολή των εθνικών ανταποκριτών δεδομένων από τις χώρες που καλύπτονται σε αυτήν την έκθεση, οι οποίοι παρείχαν τα περισσότερα δεδομένα και μεταδεδομένα, καθώς και λεπτομερή σχόλια σε ένα προσχέδιο της έκθεσης. Ο ΟΟΣΑ αναγνωρίζει επίσης τη συμβολή άλλων διεθνών οργανισμών, ιδίως της

Η προλήψιμη θνησιμότητα ήταν 141 ανά 100.000 στην Ελλάδα (χαμηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ που είναι 145), με τη θεραπεύσιμου βαθμού θνησιμότητα να είναι 72 ανά 100.000 (χαμηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 77).



Eurostat και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για την παροχή δεδομένων και σχολίων. Οι απόψεις που εκφράζονται και τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται στο παρόν δεν αντικατοπτρίζουν απαραίτητα τις επίσημες απόψεις των χωρών μελών του ΟΟΣΑ, της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων διεθνών οργανισμών.

Οι προκλήσεις

Ενώ οι χώρες έχουν ανακάμψει από την πανδημία, εξακολουθούν να υπάρχουν θεμελιώδεις προκλήσεις για την υγεία:

- Το προσδόκιμο ζωής έχει ανακάμψει και βρίσκεται σε ανοδική τροχιά. Το προσδόκιμο ζωής ήταν κατά μέσο όρο 81,1 έτη στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2023. Ωστόσο, παρέμεινε κάτω από τα επίπεδα πριν από την πανδημία σε 13 χώρες του ΟΟΣΑ.
- Συνολικά, υπήρξαν πάνω από 3 εκατομμύρια πρόωροι θάνατοι το 2023 μεταξύ ατόμων ηλικίας κάτω των 75 ετών που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί μέσω καλύτερης πρόληψης και παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και ο καρκίνος είναι οι δύο κύριες αιτίες θανάτου, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν το ήμισυ όλων των θανάτων στις χώρες του ΟΟΣΑ.
- Για τους άνδρες, οι εξωτερικές αιτίες – συμπεριλαμβανομένων των αυτοκτονιών, των ατυχημάτων και της βίας – είναι η κύρια αιτία πιθανής απώλειας ετών ζωής, ενώ για τις γυναίκες είναι ο καρκίνος. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, αλλά περνούν επίσης περισσότερα χρόνια με κακή υγεία (6,3 χρόνια μετά την ηλικία των 60 ετών σε σύγκριση με 5,0 χρόνια για τους άνδρες).
- Μεταξύ των χρηστών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ηλικίας 45 ετών και άνω, το 82% ανέφερε ότι έχει τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση και το 52% δύο ή περισσότερες, κατά μέσο όρο, στις χώρες του ΟΟΣΑ που συμμετέχουν στις Έρευνες Δεικτών που Αναφέρονται από Ασθενείς (PaRIS).
- Η ψυχική υγεία παραμένει ανησυχητική, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων. Κατά μέσο όρο, το 52% των 15χρονων ανέφερε πολλαπλά συμπτώματα, όπως αίσθημα κακής διάθεσης, επαναλαμβανόμενους πονοκεφάλους ή ζάλη το 2022, από 37% το 2014.

Ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης

Οι δείκτες υγείας δείχνουν συνεχή βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών οξείας φρο-

ντίδας. Για παράδειγμα, η πιθανότητα επιβίωσης μετά από καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο είναι υψηλότερη τώρα από ό,τι πριν από μια δεκαετία: τα ποσοστά θνησιμότητας 30 ημερών μετά από καρδιακή προσβολή ήταν κατά μέσο όρο 6,5% το 2023, μειωμένα από 8,2% το 2013, και για το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο τα ποσοστά ήταν 7,7% το 2023 και 9,3% το 2013. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη βοηθά στην υγεία των ανθρώπων και στην αποφυγή νοσηλείας, με τις εισαγωγές στο νοσοκομείο να μειώνονται σε 28 από τις 30 χώρες του ΟΟΣΑ την τελευταία δεκαετία. Η ικανοποίηση των ασθενών με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι υψηλή, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με πιο σύνθετες ανάγκες: κατά μέσο όρο, το 87% των χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας ηλικίας 45 ετών και άνω με χρόνιες παθήσεις αξιολόγησαν θετικά τη φροντίδα που έλαβαν και το 78% εμπιστεύτηκαν τον τελευταίο επαγγελματία υγείας που επισκέφτηκαν.

Απόδοση του συστήματος υγείας

Η απόδοση του συστήματος υγείας μπορεί να βελιωθεί περαιτέρω, αν και οι περισσότερες δαπάνες για την υγεία δεν εγγυώνται πάντα καλύτερα αποτελέσματα.

- Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες χώρες διαθέτουν καθολικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένα προβλήματα πρόσβασης. Οι χρόνοι αναμονής παραμένουν μια πολιτική πρόκληση σε αρκετές χώρες. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες είναι μεγάλες, με τα άτομα στο χαμηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο να έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης από ό,τι τα άτομα στο υψηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο.
- Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική ανησυχία –για παράδειγμα, μόνο το 44% των γιατρών και των νοσηλευτών ανησυχούσαν ότι τα επίπεδα προσωπικού και ο ρυθμός εργασίας ήταν ασφαλή. Και ενώ η ασφαλής συνταγογράφηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει, κατά μέσο όρο, βελιωθεί ελαφρώς με την πάροδο του χρόνου, όσον αφορά τη μείωση του όγκου των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών και οπιοειδών, αυτές οι βελτιώσεις ήταν μικρές στις περισσότερες χώρες.
- Συνολικά, οι χώρες με υψηλότερες δαπάνες για την υγεία έχουν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία, αλλά αυτό δεν

συμβαίνει πάντα. Για παράδειγμα, οκτώ χώρες δαπανούν λιγότερο από τον μέσο όρο για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά εξακολουθούν να επιτυγχάνουν καλύτερα (χαμηλότερα) ποσοστά θνησιμότητας που μπορούν να αποφευχθούν.

Τα οικονομικά του συστήματος υγείας

Το 2024, οι χώρες του ΟΟΣΑ δαπάνησαν το 9,3% του ΑΕΠ τους για την υγεία. Αυτό είναι χαμηλότερο από την κορύφωση που επιτεύχθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης COVID-19, αλλά υψηλότερο από τα επίπεδα πριν από την πανδημία. Σε 16 χώρες του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 10% του ΑΕΠ. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι οι δαπάνες από δημόσιες πηγές ως ποσοστό του ΑΕΠ θα αυξηθούν κατά μέσο όρο κατά 1,5 ποσοστιαία μονάδα (π.μ.) έως το 2045, κυρίως λόγω της τεχνολογικής αλλαγής, των αυξανόμενων προσδοκιών για το τι μπορεί να επιτύχει η υγειονομική περίθαλψη και της γήρανσης του πληθυσμού.

Ωστόσο, οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ήδη το 15% των κρατικών δαπανών, ένα μερίδιο που έχει αυξηθεί ελαφρώς στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ την τελευταία δεκαετία. Η περαιτέρω αύξηση αυτού του μεριδίου μπορεί να είναι δύσκολη σε πολλές χώρες, δεδομένων των ανταγωνιστικών πολιτικών προτεραιοτήτων και των περιορισμών των δημόσιων οικονομικών. Το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας αυξάνεται, με περίπου μία στις εννέα θέσεις εργασίας να αφορά την υγεία ή την κοινωνική φροντίδα, κατά μέσο όρο, στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτό φαίνεται ότι θα αυξηθεί περαιτέρω, καθώς η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη συνεχίζει να αυξάνεται. Οι εργαζόμενοι που έχουν εκπαιδευτεί στο εξωτερικό συμβάλλουν στην κάλυψη κενών, με, κατά μέσο όρο, το 20% όλων των γιατρών να έχουν εκπαιδευτεί στο εξωτερικό το 2023, από 16% το 2010.

Έμφαση στην αξία

Μια ανανεωμένη εστίαση στη σχέση ποιότητας-τιμής είναι απαραίτητη για υγιείς πληθυσμούς και βιώσιμα συστήματα υγείας, με τις προληπτικές παρεμβάσεις να διαδραματίζουν βασικό ρόλο.

Η καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής είναι το «κλειδί» για μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία με χαμηλό κόστος. Ωστόσο, τα ποσοστά πα-

χυσαρκίας συνεχίζουν να αυξάνονται σε πάνω από τα τέσσερα πέμπτα των χωρών του ΟΟΣΑ, με το 54% των ενηλίκων να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και το 19% παχύσαρκοι, κατά μέσο όρο.

Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ αποτελεί ανησυχία, με το 27% των ενηλίκων να αναφέρουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά τον μήνα. Ενώ τα ποσοστά καπνίσματος έχουν μειωθεί, το 15% των ενηλίκων εξακολουθούν να καπνίζουν καθημερινά και τα ποσοστά ατμίσματος αυξάνονται.

Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου επεκτείνονται και στα παιδιά. Μεταξύ των 15χρονων, το 20% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, το 38% κατανάλωναν αλκοόλ τον τελευταίο μήνα, το 15% κάπνιζαν και το 20% έκαναν ατμίσματα τουλάχιστον μηνιαίως, κατά μέσο όρο, στις χώρες του ΟΟΣΑ. Ορισμένες επικίνδυνες συμπεριφορές ξεκινούν ακόμη νωρίτερα στη ζωή: κατά μέσο όρο, το 15% των 13χρονων και το 5% των 11χρονων ανέφεραν ότι κατανάλωσαν αλκοόλ τον τελευταίο μήνα.

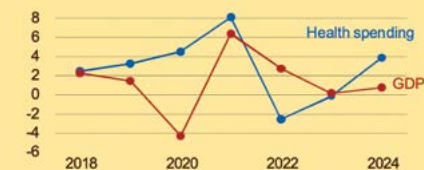
Πολλές προληπτικές και πρωτοβάθμιες παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι εξαιρετικά οικονομικά αποδοτικές για την αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων κινδύνου. Ωστόσο, οι δαπάνες πρόληψης αντιπροσώπευαν μόνο το 3% και οι δαπάνες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης το 14% των συνολικών δαπανών υγείας το 2023. Η προτεραιότητα που δίνεται τόσο στην πρόληψη όσο και στις δαπάνες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης παραμένει σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητη από ό,τι πριν από μια δεκαετία, με τις αυξήσεις στις δαπάνες πρόληψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας να αποδεικνύονται προσωρινές.

Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της χρήσης των εισροών είναι κρίσιμη. Η επανεξέταση του μείγματος του προσωπικού υγείας είναι ένας τρόπος με τον οποίο μπορεί να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα, ωστόσο η αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών και των αποφοίτων νοσηλευτικής ήταν πιο αργή από ό,τι για τους γιατρούς και τους αποφοίτους Ιατρικής.

Η καινοτομία στην παροχή υπηρεσιών έχει επίσης μεγάλο δυναμικό, ιδίως μέσω της μεγαλύτερης χρήσης της ψηφιακής υγείας. Εδώ, οι δείκτες υπογραμμίζουν ορισμένες πολλά υποσχόμενες εξελίξεις: για παράδειγμα, ο ρόλος των τηλεδιαβουλεύσεων συνεχίζει να αυξάνεται και αποτελούσε το 13% όλων των ιατρικών διαβουλεύσεων το 2023. •••

Health spending on the rise again and back to pre-pandemic growth rates

% annual real growth in health expenditure and GDP per capita, OECD average, 2018-2024



In 2024, OECD countries allocated around 9.3% of their GDP to health on average (above 8.8% prior to the COVID-19 pandemic). In 16 OECD countries it accounts for more than 10% of the economy.

Too many adults smoke, drink alcohol, have unhealthy diets, and lack exercise

People aged 15 or over

	Obesity (%, self-reported)	Alcohol (litres consumed per capita)	Smoking daily (%)
OECD	19.0	8.5	14.8
Hungary	22.2	10.3	24.9
Korea	5.1	7.8	15.3
Sweden	16.5	7.4	8.5
UK	29.0	9.3	10.5
US	34.5	9.5	8.0

These risk factors extend to children under 15: on average, 38% consumed alcohol in the last month, while 15% smoked and 20% vaped at least monthly.

Το προσδόκιμο ζωής ήταν, κατά μέσο όρο, 81,1 έτη στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2023. Ωστόσο, παρέμεινε κάτω από τα επίπεδα πριν από την πανδημία σε 13 χώρες του ΟΟΣΑ.

Περικλής Γιόβας: Η τεχνητή νοημοσύνη αλλάζει τη βιοτεχνολογία και τις θεραπείες

Από την
εξατομικευμένη
ιατρική έως την
πράσινη παραγωγή:
Το όραμα της Amgen
για το μέλλον

Με αφορμή τη συμπλήρωση 45 ετών από την ίδρυση της Amgen, ο Ιατρικός Διευθυντής της Amgen Hellas, Περικλής Γιόβας, μιλά στο Pharma & Health Business για τη διαδρομή της εταιρείας, τις τεχνολογικές καινοτομίες και τις θεραπευτικές εξελίξεις που διαμορφώνουν το μέλλον της φαρμακευτικής βιοτεχνολογίας. Από την αξιοποίηση της τεχνητής νοημοσύνης και της γενετικής πληροφορίας έως την ανάπτυξη θεραπειών για σπάνια και συχνά νοσήματα, η Amgen επενδύει σε λύσεις που φέρνουν τους ασθενείς πιο κοντά σε εξατομικευμένες και αποτελεσματικές προσεγγίσεις. Ο Περικλής Γιόβας αναδεικνύει τη σημασία της επιστημονικής αριστείας, της διεθνούς συνεργασίας και της βιώσιμης παραγωγής, σκιαγραφώντας ένα όραμα που συνδυάζει την τεχνολογία με την ανθρωποκεντρική φροντίδα.

EP_Η Amgen συμπληρώνει φέτος 45 χρόνια πορείας στην καινοτομία και τη φροντίδα των ασθενών. Πώς αξιολογείτε αυτή τη διαδρομή;

ΑΠ_Η 45ετής ιστορία της Amgen είναι μια πορεία συνεχούς καινοτομίας και προσήλωσης στους ασθενείς. Από το 1980, όταν ξεκίνησε ως Applied Molecular Genetics στην Καλιφόρνια, μέχρι σήμερα, έχει εξελιχθεί σε μια παγκόσμια ηγέτιδα στον χώρο της βιοτεχνολογίας, με παρουσία σε περίπου 100 χώρες και περισσότερα από 40 εγκεκριμένα φάρμακα. Οι άνθρωποί μας, οι επιστημονικές επιτυχίες και η δέσμευση να προσφέρουμε λύσεις για τις πιο δύσκολες ασθένειες είναι οι λόγοι για τους οποίους απεινίζουμε το μέλλον με αισιοδοξία.

EP_Ποιος είναι ο ρόλος της τεχνητής νοημοσύνης (AI) στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων από την Amgen;

ΑΠ_Η τεχνητή νοημοσύνη λειτουργεί ως επιταχυντής, ως ένας καταλύτης –για να χρησιμοποιήσω μια παρομοίωση από τον

χώρο της βιολογίας– στη φαρμακευτική καινοτομία. Για να σας δώσω ένα απλό παράδειγμα: Μέσω της deCODE genetics, μιας πρωτοποριακής θυγατρικής της στην Ισλανδία, που αξιοποιεί μια «βάση δεδομένων» γονιδιακών πληροφοριών ενός πληθυσμού περίπου μισού εκατομμυρίου, με σαφή γενεαλογική διάρθρωση, που ταξιδεύει πίσω στον χρόνο αρκετών αιώνων, αξιοποιούμε υπερυπολογιστές και τεχνητή νοημοσύνη για να αναλύσουμε τεράστιους όγκους γενετικών δεδομένων –και μιλάμε για πάνω από 300 petabytes! Αυτές οι αναλύσεις επιταχύνουν την αναγνώριση νέων στόχων, όπου θα δράσουν καινοτόμες θεραπείες, ενώ επιτρέπουν τον σχεδιασμό πιο εστιασμένων κλινικών δοκιμών. Όλα τα παραπάνω μπορούν να μειώσουν τον χρόνο ανάπτυξης ενός φαρμάκου κατά αρκετά έτη. Είμαστε, δηλαδή, μπροστά σε μια επανάσταση στη βιοτεχνολογία.

EP_Αρα μας φέρνει και εγγύτερα στην εξατομικευμένη ιατρική και την καλύτερη αξιοποίηση της γενετικής πληροφορίας;



Περικλής Γιόβας

Ιατρικός Διευθυντής
της Amgen Hellas

ΑΠ Ακριβώς! Για εμάς μάλιστα, που η εξατομικευμένη ιατρική είναι στο DNA μας, η δυνατότητα να εντοπίσουμε γενετικούς παράγοντες κινδύνου μέσω της deCODE –στο παράδειγμα που σας προανέφερα– σημαίνει πως αυξάνουμε την πιθανότητα να αναπτύξουμε φάρμακα προσαρμοσμένα σε συγκεκριμένες υποομάδες ασθενών.

ΕΡ Ποιες είναι οι νέες θεραπευτικές κατευθύνσεις της Amgen στους τομείς των μεταβολικών νοσημάτων;

ΑΠ Η Amgen έχει πραγματοποιήσει σημαντικά βήματα σε καρδιαγγειακές παθή-

σεις, την παχυσαρκία και τον μεταβολισμό των οστών. Ενδεικτικά, παρέχει στη θεραπευτική φαρέτρα του κλινικού γιατρού λύσεις για την υπερλιπιδαιμία, αλλά και την οστεοπόρωση, εγκαινιάζοντας τη χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων, δηλαδή σύγχρονων θεραπειών. Παράλληλα, με την εξαγορά της Horizon Therapeutics, ενισχύουμε το αποτύπωμά μας και στις σπάνιες ασθένειες, ανοίγοντας νέους δρόμους θεραπευτικής παρέμβασης.

ΕΡ Επομένως, ασχολείστε με ένα ευρύ φάσμα παθήσεων, συχνών αλλά και σπάνιων. Με αφορμή αυτό το τελευταίο,

να σας ρωτήσω για τις ομοιότητες και τις διαφορές των παθήσεων που αφορούν μεγάλη μερίδα του πληθυσμού, όπως τα καρδιαγγειακά, σε σχέση με τα σπάνια νοσήματα;

ΑΠ_ Να ξεκινήσουμε από τις διαφορές: Η υπέρταση, όπως και η δυσλιπιδαιμία, που αφορούν μεγάλη μερίδα του γενικού πληθυσμού, έχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες, που επικαιροποιούνται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, διαγνωστικούς αλγόριθμους με τους οποίους είναι εξοικειωμένοι οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και με ευρύτητα φαρμακευτικών επιλογών.

Αντίθετα, οι σπάνιες παθήσεις συχνά καθυστερούν να διαγνωστούν, πολλές φορές γιατί υπάρχει μη επαρκής εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας, δεν έχουν πάντα εγκεκριμένες θεραπείες και η διαχείρισή τους απαιτεί πολυεπίπεδη συνεργασία με εξειδικευμένα κέντρα.

Όσοι, και στις πιο συχνές καταστάσεις, υπάρχουν ζώνες που δεν είναι τόσο συχνές και απαιτούν εξειδίκευση –παράδειγμα η οικογενής υπερχοληστεριναιμία, που αφορά 1/250 παιδιά.

Στις ομοιότητες θα μπορούσαμε να σταχυολογήσουμε τέσσερις πυξές:

1. Την ανάγκη εξατομικευμένης προσέγγισης
2. Το συνεχές follow-up
3. Την κομβική σημασία της συμμόρφωσης με το πλάνο φαρμακευτικής αγωγής
4. Την ανάγκη για δημιουργία ενός μακροπρόθεσμου πλάνου και ενός εθνικού σχεδίου δράσης από την Πολιτεία

ΕΡ_ Ποιο είναι το κλινικό αποτύπωμα της Amgen στην Ελλάδα;

ΑΠ_ Η Amgen Hellas είναι ενεργή στην Ελλάδα με σημαντικές επενδύσεις, επιστημονικές συνεργασίες και συμμετοχή σε διεθνείς και τοπικές κλινικές μελέτες. Συνεργαζόμαστε με 200 και πλέον ερευνητικά κέντρα, προσφέροντας πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες σε Έλληνες ασθενείς. Είμαστε περήφανοι γιατί η χώρα μας συμμετέχει σε πάνω από 40 διεθνείς κλινικές μελέτες, κυρίως στην ογκολογία, αιματολογία, καρδιομεταβολικά και φλεγμονώδη νοσήματα, καθώς και σπάνιες ασθένειες. Οι περισσότερες δοκιμές της Amgen είναι παρεμβατικές, φάσης 3 εγκριτικές, αλλά περιλαμβάνουν και πρώιμη ανάπτυξη (φάσης 1 και 2).

ΕΡ_ Είναι γνωστό πως η Amgen έχει εστίαση στην ογκολογία και έχει εισέλθει στον χώρο της ανοσοθεραπείας. Μπορείτε να μας εξηγήσετε περισσότερα;

ΑΠ_ Πράγματι, έχουμε κάποιες σημαντικές δραστηριότητες σε αυτό το πεδίο. Μια κατοχυρωμένη τεχνολογία, που αποτελεί μία από τις πιο καινοτόμες προσεγγίσεις στην ανοσοθεραπεία, λειτουργεί σαν «γέφυρα» ανάμεσα στα T-κύτταρα του ανοσοποιητικού και τα καρκινικά κύτταρα, βοηθώντας το ανοσοποιητικό να εντοπίζει και να στοχεύει τον όγκο. Χάρη σε αυτήν την τεχνολογία, μπορούμε να ενεργοποιήσουμε το ίδιο το σώμα να πολεμήσει τον καρκίνο πιο αποτελεσματικά, κάποιες φορές συνδυαστικά με άλλες μορφές θεραπείας. Η τεχνολογία έχει ήδη δείξει σημαντικά αποτελέσματα σε αιματολογικούς καρκίνους, όπως η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, και συνεχίζουμε να την ερευνούμε ώστε μελλοντικά να αξιοποιηθεί και σε άλλες μορφές καρκίνου, όπως ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα. Είναι ένα από παράδειγμα του πώς η βιοτεχνολογία αλλάζει τις ογκολογικές θεραπείες.

ΕΡ_ Ποια είναι επιγραμματικά τα επόμενα βήματα της Amgen σε επίπεδο παραγωγής;

ΑΠ_ Το μέλλον είναι συναρπαστικό. Όπως προείπαμε, επενδύουμε σε τεχνολογίες όπως τη «γενετική βιολογία», το AI και την ανάπτυξη βιοδεικτών, ώστε να ανακαλύψουμε και να αναπτύξουμε θεραπείες πιο γρήγορα και στοχευμένα. Επιπλέον, στοχεύουμε να κάνουμε την παραγωγή πιο πράσινη και ευέλικτη, όπως δείχνει και η προηγμένη μονάδα μας στη Σιγκαπούρη, που λειτουργεί με μικρότερο περιβαλλοντικό αποτύπωμα.

ΕΡ_ Ποιο είναι το όραμά σας για την επόμενη δεκαετία;

ΑΠ_ Να συνεχίσουμε να καινοτομούμε για να βελτιώνουμε τις ζωές των ασθενών μας. Στόχος μας είναι κάθε θεραπεία που αναπτύσσουμε να βασίζεται σε βαθιά επιστημονική κατανόηση και να φτάνει σε αυτούς που τη χρειάζονται έγκαιρα και αποτελεσματικά. Αξιοποιώντας συνδυαστικά τις δυνατότητες των εργαζομένων μας, την εμπειρία μας στη βιοτεχνολογία και την προστιθέμενη αξία της τεχνητής νοημοσύνης, ελπίζουμε πως θα το πετύχουμε. •••

“

Συνεργαζόμαστε με 200 και πλέον ερευνητικά κέντρα, προσφέροντας πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες σε Έλληνες ασθενείς.

”



the insider's guide

Ignore it, at your peril!

an ethos MEDIA

subscription portal, the ultimate resource

for news, analysis, opinions, data and exclusive
behind-the-scenes content regarding the

Greek NPLs and NPEs market

www.nplconfidential.com

Επιτομή των προσπαθειών μας η ανάθεση της «κατ' οίκον» διάθεσης φαρμάκων υψηλού κόστους (ΦΥΚ) από τον ΕΟΠΥΥ

Πλέον των 50 χιλιάδων δικαιούχων έχουν λάβει τα σκευάσματά τους στο σημείο επιλογής τους, ενώ τουλάχιστον 150 χιλιάδες επιπλέον δικαιούχοι έχουν παραλάβει συνολικά

Η UNILOG SA γιορτάζει 26 έτη απρόσκοπτης λειτουργίας στην αγορά των 3PL Pharmaceutical Providers, και ο CEO, κ. Λιναρδάκης, μας μιλά για την πορεία και το όραμα των ανθρώπων της.

Ο κ. Λιναρδάκης μοιράζεται τις δυσκολίες και τις επιτυχίες από την τεράστια γνώση και εμπειρία σε ένα περιβάλλον διαρκώς αυξανόμενων απαιτήσεων, κυρίως ποιοτικών δεδομένων και νέων αναγκών. Μας περιγράφει την καθοριστική συμβολή τους στο επιτυχές εγχείρημα διανομής των φαρμάκων υψηλού κόστους «κατ' οίκον».

ΕΡ_Πώς ήταν η μακρόπνοη πορεία των 26 χρόνων στον χώρο;

ΑΠ_Στην πορεία αυτή της εταιρείας μας, καταφέραμε να γίνουμε η μία εκ των δύο μακροβιότερων επιχειρήσεων από το σύνολο των τεσσάρων, καθώς και η μόνη αμιγώς 3PL Pharma Providers. Ήμασταν η πρώτη εταιρεία που, μετά από 5 χρόνια επίμονης προσπάθειας, αδειοδοτηθήκαμε ως 3PL Pharmaceutical provider, το 2006, από τον ΕΟΦ, δημιουργώντας έτσι το νομοθετικό πλαίσιο για τη διαμόρφωση του σημερινού επιχειρησιακού περιβάλλοντος αυτής της αγοράς.

Στην πορεία αυτή, αναλάβαμε την εξυπηρέτηση 194 αλλοδαπών και εγχώριων φαρμακοβιομηχανιών, αντιπροσωπεύει φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς και επιχειρήσεις ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Σήμερα, διατηρούμε συνεργασία με 104 επιχειρήσεις φαρμακευτικών και ιατροτεχνολογικών αγαθών.

ΕΡ_Ποιοι είναι οι στόχοι σας και ποια τα κυριότερα επιτεύγματά σας;

ΑΠ_Το όραμα της εταιρείας μας ήταν, και παραμένει, το customize on customer needs. Προσαρμόζουμε όλη την οργανωτική και εκτελεστική δομή της εταιρείας

μας κάθε φορά που προκύπτει μια νέα ανάγκη για κάθε υφιστάμενο ή νέο αποθέτη μας. Το αποτέλεσμα αυτής της προσαρμογής προστίθεται στην υφιστάμενη οργανωτική δομή μας. Με τον τρόπο αυτό αυξάνουμε συνεχώς το χαρτοφυλάκιο των υπηρεσιών μας με καινοτόμα εργαλεία, τα οποία προσφέρονται στο σύνολο των πελατών, ώστε να ενισχύουν διαρκώς το ανταγωνιστικό τους πλεονέκτημα, αλλά κυρίως να προσφέρουν το μέγιστο επίπεδο της φαρμακευτικής φροντίδας και ασφάλειας στον κάθε καταναλωτή –δικαιούχο– ασθενή.

Το 2002, δημιουργήσαμε, για πρώτη φορά, το δίκτυο διακίνησης των σκευασμάτων ψυχρής αλυσίδας (cold chain) με οχήματα ελεγχόμενων θερμοκρασιών (active).

Το 2004, ξεκίνησε η αποκλειστική συνεργασία της UPS LG με την UNILOG.

Το 2006 δημιουργήσαμε το πλέον ανεπτυγμένο κτηριακό συγκρότημα, ειδικά σχεδιασμένο για τη διαχείριση των φαρμακευτικών σκευασμάτων, στο Μαρκόπουλο Αττικής, ενώ, στην παρούσα χρονική στιγμή, σχεδιάζουμε αφενός την περαιτέρω ανάπτυξη της UNILOG στη Θράκη, αλλά και τα νέα κτηριακά μας συγκροτήματα για το 2030.

Το 2012, ξεκινήσαμε το τμήμα του Dedicate Distribution για τις κλινικές μελέτες που θα



διεξάγονται στην Ελλάδα. Μια κίνηση που την εποχή εκείνη φάνταζε πως είναι out of score. Σήμερα, οι κλινικές μελέτες στην Ελλάδα αποτελούν σημαντικό πυλώνα ανάπτυξης, με πολύ μεγάλες πολυεθνικές φαρμακοβιομηχανίες να επενδύουν στη χώρα μας. Παράλληλα, η εταιρεία μας έχει καταφέρει να αποτελεί αξιόπιστο συνεργάτη πολλών CROs, αλλά και να διαχειρίζεται όλη την εφοδιαστική αλυσίδα των κλινικών μελετών σε παγκόσμια εμβέλεια, ανταγωνιζόμενη έτσι εταιρείες με παγκόσμια παρουσία και βεληνεκές. Το 2019, πρωταγωνιστήσαμε στη δημιουργία ενός απόλυτα ανεπτυγμένου συστήματος serialization, aggregation and decommitment B.U., το οποίο και αναπτύξαμε στο ανώτερο Level 5.

ΕΡ Για ποιον τομέα είστε περισσότερο υπερήφανος;

ΑΠ Όλα τα ενδεικτικώς ανωτέρω γεγονότα συμπληρώθηκαν με την επιτομή των προσπαθειών της εταιρείας μας στη φιλοσοφία και έμπρακτη απόδειξη της καινοτομίας. Η ανάθεση της «κατ' οίκον» διάθεσης φαρμάκων υψηλού κόστους (ΦΥΚ) από τον ΕΟΠΥΥ.

Το έργο αυτό αποτελεί τουλάχιστον πανευρωπαϊκή καινοτομία και θεωρείται πρωτοπόρο από τη χώρα μας, αφού, παρά τις αρχικές του ολιγοήμερες αρρυθμίες που εμφάνισε, σήμερα δίνει απτά και μετρήσιμα αποτελέσματα σε όλες τις πτυχές του. Ενδεικτικά, αναφέρω πως πλέον των 50 χιλιάδων δικαιούχων έχουν λάβει τα σκευάσματά τους στο σημείο επιλογής τους, ενώ τουλάχιστον 150 χιλιάδες επιπλέον δικαιούχοι έχουν παραλάβει τη φαρμακευτική τους αγωγή από το νέο αυτό πρόγραμμα σε συντομότερο χρόνο, με περαιτέρω ποιοτική, ασφαλή και αναβαθμισμένη μέθοδο. Όλο το έως σήμερα παραχθέν έργο έχει μειώσει την τालαιπωρία σημαντικού αριθμού δικαιούχων που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα αυτό και έχει αποσυμφορήσει τα σημεία διάθεσης του ΕΟΠΥΥ για τα ΦΥΚ. Παράλληλα δε έχει προσδώσει σημαντικά οργανωτικά και ποιοτικά οφέλη στον Οργανισμό.

ΕΡ Ποια είναι η κυριότερη συμβολή σας στην προσπάθεια αυτή;

ΑΠ Με τα τρία κανάλια διάθεσης των ΦΥΚ (φαρμακεία ΕΟΠΥΥ, Δομές ΕΟΠΥΥ και «κατ' οίκον» παράδοση), καθώς και με τα υπό ένταξη ιδιωτικά φαρμακεία σύ-

ντομα στα υφιστάμενα κανάλια διάθεσης, οι δικαιούχοι θα έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν οι ίδιοι, κάθε φορά, το δίκτυο που εξυπηρετεί την εκάστοτε ανάγκη τους, σύμφωνα με τις δικές τους προτεραιότητες. Το έργο αυτό αποτελεί μία ακόμη κατοχή ενός χρόνιου προβλήματος για τους δικαιούχους. Καθότι στην εταιρεία μας η λέξη «δυσκολία» έχει αντικατασταθεί από την «πρόκληση», αντιμετωπίζουμε καθετί δύσκολο ως προκλητικό. Όσο μεγαλύτερη είναι η δυσκολία τόσο μεγαλύτερη και πιο “attractive” είναι η πρόκληση για εμάς. Θεωρούμε πως, στην αγορά όπου δραστηριοποιούμαστε όλα αυτά τα χρόνια, καταφέραμε να αναβαθμίσουμε σε πολύ σημαντικό βαθμό τα ποιοτικά κριτήρια. Παράλληλα δε, να συγκρατήσουμε τα κόστη εντός των επιτρεπών ορίων, ώστε να διασφαλίζουμε τη βιώσιμη ανάπτυξη των εντολών μας, προκειμένου να ανακαλύπτονται διαρκώς νέες φαρμακευτικές θεραπείες, οι οποίες συμβάλλουν καταλυτικά στη μακροπρόθεσμη των πολιτών, καθώς και στην αύξηση της ποιότητας ζωής αυτών. Πέραν όλων όσων ενδεικτικά περιγράφουμε, πιστεύουμε πως όταν οι εξελίξεις δεν έρχονται, πρέπει να τις προκαλούμε. Εμείς πρέπει να προκαλούμε τους εαυτούς μας, και εμείς οι ίδιοι πρέπει να ανταγωνιζόμαστε πρωτίστως εμάς, και όχι απαραίτητα τους λοιπούς συναδέλφους μας. Με τους συναδέλφους μας πρέπει να συμπράττουμε και να συνεργαζόμαστε αρμονικά, διότι δεν κινδυνεύουμε από εκείνους, αλλά από εμάς τους ίδιους. •••



Στέλιος
Λιναρδάκης
CEO, UNILOG SA



«Καινοτομούμε στον λογιστικό εκσυγχρονισμό των Φορέων Γενικής Κυβέρνησης»

Το νέο Λογιστικό Πλαίσιο της Γενικής Κυβέρνησης, η σημασία της κοστολόγησης και των DRG στον χώρο της Υγείας και το όραμα της εταιρείας για το μέλλον

Από το 2003, η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΤΕΧΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ Α.Ε. έχει καθιερωθεί ως μία από τις πλέον εξειδικευμένες εταιρείες που παρέχουν οικονομοτεχνικές υπηρεσίες, λογιστική υποστήριξη και συμβουλευτικές λύσεις αποκλειστικά σε φορείς του Δημόσιου Τομέα, όπως Δημόσιες Μονάδες Υγείας, ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, Πανεπιστήμια, ΟΤΑ κ.λπ. Με επτά διεθνείς πιστοποιήσεις (EN ISO 9001, ISO 27001, ISO 22301, ISO 37001, ISO 14001, ISO/IEC 27701 και ESG MS) και μακρόχρονη τεχνογνωσία, η εταιρεία συμβάλλει έμπρακτα στον λογιστικό εκσυγχρονισμό των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης. Συζητήσαμε με τη Διευθύνουσα Σύμβουλο της εταιρείας, κ. Ευαγγελία Λάζαρη, για το νέο Λογιστικό Πλαίσιο της Γενικής Κυβέρνησης, τη σημασία της κοστολόγησης και των DRG στον χώρο της Υγείας και το όραμα της εταιρείας για το μέλλον.

ΕΡ_Η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ δραστηριοποιείται αποκλειστικά στον Δημόσιο Τομέα εδώ και δύο δεκαετίες. Τι σας διαφοροποιεί;

ΑΠ_Οι ιδρυτές της εταιρείας επέλεξαν συνειδητά να επικεντρωθούν στους φορείς του Δημόσιου Τομέα, όπου η ανάγκη για εξειδικευμένη τεχνογνωσία, αξιοπιστία και σαφή καθοδήγηση ήταν ιδιαίτερα έντονη, ιδίως με την εισαγωγή της διπλογραφικής λογιστικής μεθόδου στις αρχές του 2000.

Η διαφοροποίησή μας βασίζεται στη συνδυασμένη παροχή οικονομοτεχνικών, λογιστικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών, απολύτως προσαρμοσμένων στις απαιτήσεις κάθε φορέα. Η ομάδα μας αποτελείται από εξειδικευμένα στελέχη που συνδυάζουν τη βαθιά γνώση των διαδικασιών του δημόσιου λογιστικού και της λογιστικής επιστήμης, γεγονός που μας επιτρέπει να προσφέρουμε υπηρεσίες υψηλής ποιότη-

τας, με απόλυτη συμμόρφωση στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

ΕΡ_Υποστηρίζετε πολλά δημόσια νοσοκομεία στην εφαρμογή του Π.Δ. 54/2018. Τι σημαίνει στην πράξη το νέο Λογιστικό Πλαίσιο;

ΑΠ_Το Π.Δ. 54/2018 εισάγει ένα ενιαίο λογιστικό πλαίσιο για όλους τους φορείς της Γενικής Κυβέρνησης, εναρμονισμένο με τις αρχές των IPSAS. Πρόκειται για ουσιαστική μεταρρύθμιση που ενισχύει τη διαφάνεια, τη συγκρισιμότητα και τη λογοδοσία στη δημόσια οικονομική διαχείριση.

Ως εταιρεία, υποστηρίζουμε ενεργά δεκάδες Δημόσιες Μονάδες Υγείας και λοιπούς ΦΓΚ στη μετάβαση στο νέο Λογιστικό Πλαίσιο. Από τη διαμόρφωση του νέου λογιστικού σχεδίου λογαριασμών έως την εκπαίδευση του προσωπικού και την προσαρμογή των πληροφοριακών συστημά-

“

Η κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι καθοριστική για τη βιωσιμότητα και τον ορθολογικό σχεδιασμό του συστήματος

”

των, στόχος μας είναι η ομαλή μετάβαση αλλά και η αξιοποίηση της λογιστικής μεταρρύθμισης ως εργαλείου βελτίωσης της αποδοτικότητάς τους.

ΕΡ_Έχετε αναπτύξει σημαντική τεχνολογία στην κοστολόγηση και στα DRG. Πόσο κομβικός είναι ο ρόλος τους;

ΑΠ_Η κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι καθοριστική για τη βιωσιμότητα και τον ορθολογικό σχεδιασμό του συστήματος. Τα DRG αποτελούν διεθνώς αναγνωρισμένη μεθοδολογία που συνδέει το κόστος με το παραγόμενο υγειονομικό έργο. Με τα DRG δεν μιλάμε μόνο για οικονομική διαχείριση. Μιλάμε για βελτίωση ποιότητας, μέτρηση αποδοτικότητας και τελικά αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ως εταιρεία, έχουμε αναπτύξει ολοκληρωμένο σύστημα κοστολογικής οργάνωσης των Δημόσιων Μονάδων Υγείας, σε επίπεδο κέντρων και φορέων κόστους, με βάση τα DRG.

ΕΡ_Ποια είναι τα βασικά οφέλη ενός δημόσιου νοσοκομείου από τη συνεργασία μαζί σας;

ΑΠ_Πρώτα απ' όλα, η Διοίκησή τους αποκτά αξιόπιστη πληροφόρηση ανά πάσα στιγμή για την οικονομική του θέση και ακριβείς χρηματοοικονομικές καταστάσεις. Η εξειδικευμένη υποστήριξή μας μειώνει τον διοικητικό φόρτο, ενισχύει τη διαφάνεια και διασφαλίζει την ορθή εφαρμογή των λογιστικών αρχών. Ειδικά στις δημόσιες μονάδες υγείας, η συνεργασία μας οδηγεί σε αποτελεσματικότερο έλεγχο κόστους, ενώ παράλληλα δημιουργεί τις βάσεις για στοχευμένες παρεμβάσεις πολιτικής υγείας. Σε κάθε περίπτωση, λειτουργούμε όχι ως απλός εξωτερικός σύμβουλος, αλλά ως στρατηγικός συνεργάτης των φορέων.

ΕΡ_Η εταιρεία διαθέτει ένα εξειδικευμένο Τμήμα Μελετών. Ποιος είναι ο ρόλος του;

ΑΠ_Το Τμήμα Μελετών διατηρεί και επικαιροποιεί μια μοναδική βάση δεδομένων με τις ελεγμένες οικονομικές Καταστάσεις των Δημοσίων Μονάδων Υγείας από

το 2013 έως σήμερα. Κάθε χρόνο, δημοσιεύουμε αναλυτικές συγκριτικές μελέτες, οι οποίες αποτελούν τις μοναδικές δημοσιευμένες αναλύσεις που αποτυπώνουν με ακρίβεια την πραγματική οικονομική κατάσταση των δημόσιων νοσοκομείων, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διαφάνεια και στον τεκμηριωμένο σχεδιασμό πολιτικών υγείας. Επίσης, υποστηρίζει την υλοποίηση τμηματικών προϋπολογισμών μέσω της διαδικτυακής εφαρμογής κλινικής οικονομικής διακυβέρνησης (Software for Clinical Economic Governance).

ΕΡ_Ποιες είναι οι επερχόμενες ανάγκες των δημόσιων νοσοκομείων και πώς προσαρμόζεστε στη νέα, ψηφιακή εποχή;

ΑΠ_Τα επόμενα χρόνια, τα νοσοκομεία θα χρειαστούν πιο ολοκληρωμένα, διαλειτουργικά και ψηφιακά εργαλεία για την οικονομική και διοικητική τους λειτουργία. Η μετάβαση σε απολύτως ψηφιακές διαδικασίες, η αξιοποίηση μεγάλων δεδομένων και η ενσωμάτωση τεχνητής νοημοσύνης θα βρίσκονται στο επίκεντρο. Η εταιρεία θα συνεχίσει να βρίσκεται στην αιχμή της εξέλιξης, επενδύοντας σε ανθρώπινο δυναμικό, τεχνολογικές λύσεις και στρατηγικές συνεργασίες, με στόχο ένα πιο ασθενοκεντρικό, αποτελεσματικό και διαφανές σύστημα υγείας.

ΕΡ_Πρόσφατα, διακριθήκατε στα Greek Accounting and Finance Awards 2025 powered by ENTERSOFTONE για δεύτερη συνεχή χρονιά. Τι σημαίνει αυτή η αναγνώριση;

ΑΠ_Τα Greek Accounting & Finance Awards 2025 powered by ENTERSOFTONE αποτελούν σημαντικό θεσμό στον χώρο της λογιστικής και της οικονομικής διοίκησης. Η διπλή μας διάκριση ως Top Bookkeeping Services Company και Top Public Sector Services Company μας τιμά ιδιαίτερα. Αντινακλά τη συλλογική προσπάθεια της ομάδας μας και την αδιάλειπτη δέσμευσή μας για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Παράλληλα, αποτελεί ισχυρό κίνητρο να συνεχίσουμε ακόμη πιο δυναμικά και με την ίδια προσήλωση.



Ευαγγελία Λάζαρη

Διευθύνουσα Σύμβουλος,
**ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΟΤΕΧΝΙΚΟΙ
ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ Α.Ε.**

“

Τα επόμενα χρόνια, τα νοσοκομεία θα χρειαστούν πιο ολοκληρωμένα, διαλειτουργικά και ψηφιακά εργαλεία για την οικονομική και διοικητική τους λειτουργία

”

Η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΤΕΧΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ Α.Ε. αποδεικνύει ότι ο συνδυασμός τεχνολογίας, επαγγελματισμού και ουσιαστικής συνεργασίας με τους Φορείς Γενικής Κυβέρνησης οδηγεί σε απτά αποτελέσματα. Με σταθερή πορεία, συνεχίζει να στηρίζει με συνέπεια τον λογιστικό εκσυγχρονισμό των δημόσιων μονάδων υγείας. •••

Αναγκαία περισσότερο από ποτέ η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρόληψη

Εύκολη πρόσβαση των Ελλήνων εφήβων σε αλκοόλ και ουσίες

Τι δείχνει μεγάλη πανευρωπαϊκή έρευνα σε 110.000 μαθητές

Στις 21 Οκτωβρίου, δημοσιοποιήθηκε η πλήρης **Ευρωπαϊκή Έκθεση** με τα ευρήματα από την **πανευρωπαϊκή σχολική έρευνα ESPAD** για το **αλκοόλ**, τον **καπνό**, τις παράνομες ουσίες και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές στους **εφήβους**.

Η **ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)** αποτελεί τη μεγαλύτερη διακρατική έρευνα διεθνώς του είδους της και συλλέγει συγκρίσιμα δεδομένα για μαθητές/-τριες ηλικίας 15-16 ετών, κάθε 4 χρόνια σε **37 χώρες** της Ευρώπης.

Πρόκειται για τον όγδοο κύκλο συλλογής δεδομένων από το 1995 και τον πρώτο μετά την πανδημία Covid-19. Συνολικά, στον τελευταίο αυτό κύκλο συμμετείχαν **113.882 μαθητές ηλικίας 15-16 ετών**, απαντώντας σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Η φετινή έκδοση σηματοδοτεί **30 χρόνια συστηματικής παρακολούθησης** συμπεριφορών υψηλού κινδύνου των εφήβων στην Ευρώπη.

Κύρια ευρήματα για την Ευρώπη

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, συνεχίστηκε η τάση μείωσης στην κατανάλωση αλκοόλ, στο κάπνισμα και στη χρήση κάνναβης στους εφήβους. Ωστόσο, αναδύονται νέες συμπεριφορές που προκαλούν ανησυχία. Στην Ευρωπαϊκή Έκθεση παρουσιάζονται ανησυχητικές τάσεις ιδίως όσον αφορά την αύξηση της χρήσης ηλεκτρονικών/ναρε τσιγάρων, τη μη ιατρική χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων και την απότομη άνοδο της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια/στοιχηματισμό, όπως και της υπερβολικής χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και των διαδικτυακών παιχνιδιών (gaming). Οι τάσεις αυτές είναι εντονότερες στα κορίτσια, με το χάσμα μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στη χρήση ουσιών να μειώνεται ή και να ανατρέπεται. Όπως αναφέρεται στην Έκθεση: «Παρότι η συνεχιζόμενη μείωση της χρήσης των παραδοσιακών ουσιών είναι ένα καλό σημάδι, είναι σαφές ότι δεν αντιστοιχεί απια-



ραίτητα σε μείωση του κινδύνου. Πράγματι, η συνύπαρξη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου στον ψηφιακό κόσμο συνιστά μια νέα και σύνθετη πρόκληση για τη δημόσια υγεία».

Η ESPAD στην Ελλάδα

Η «Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση ουσιών, άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές και την ψυχοκοινωνική υγεία των έφηβων-μαθητών» υλοποιείται από το ΕΠΙΨΥ, στο πλαίσιο των ερευνητικών δραστηριοτήτων του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (ΕΚΤΕΠΙΝ).

Η έρευνα ξεκίνησε το 1984 από την Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ και από το 1993 συνεχίζεται σταθερά από το ΕΠΙΨΥ, επιτρέποντας τη διαχρονική παρακολούθηση της εξέλιξης των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου στη χώρα μας εδώ και 40 χρόνια. Η έρευνα του 2024 υλοποιήθηκε σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 6.810 μαθητών από 488 σχολικές μονάδες με τη χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας.

Σημαντική μερίδα 16χρονων μαθητών στην Ελλάδα και πανευρωπαϊκά κάνουν χρήση ουσιών, καταναλώνουν αλκοόλ, καπνίζουν ή/και υιοθετούν συμπεριφορές όπως π.χ. ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια και υπερβολική ενασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια και μέσα κοινωνικής δικτύωσης που θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική και την ψυχοκοινωνική τους υγεία.

Συγκριτικά με τις άλλες χώρες που συμμετέχουν στην πανευρωπαϊκή έρευνα ESPAD, τα ποσοστά στην Ελλάδα είναι, το 2024, πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο:

- στους δείκτες που αφορούν τη χρήση κάνναβης, συνυπολογίζοντας πόσο εύκολο θεωρούν ότι τους είναι να βρουν κάνναβη,
- σε όλους σχεδόν τους δείκτες που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ (με εξαίρεση τη μέθη, για την οποία η Ελλάδα είναι κοντά στον μέσο όρο),
- σε όλους σχεδόν τους δείκτες για το κάπνισμα παραδοσιακών και ηλεκτρονικών/ναρε τσιγάρων, περιλαμβανομένου και του ποσοστού των εφήβων που θεωρούν «εύκολη» την πρόσβαση σε αυτά, και σε όλους σχεδόν τους δείκτες που αφορούν την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια (με εξαίρεση τον πιθανό εθισμό, για τον οποίο το ποσοστό στην Ελλάδα είναι κοντά στον μέσο όρο).

Το 2024, τα ποσοστά στην Ελλάδα είναι αυξημένα:

- σε όλους τους δείκτες που αφορούν τη χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης περί «εύκολης» πρόσβασης στην κάνναβη,
- στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (5+ ποτά στη σειρά στην ίδια περίσταση) και τη μέθη,
- στο κάπνισμα παραδοσιακών και ηλεκτρονικών/ναρε τσιγάρων, περιλαμβάνοντας και το ποσοστό όσων δοκίμασαν σε πολύ μικρή ηλικία,
- σε όλους σχεδόν τους δείκτες που αφορούν τα τυχερά παιχνίδια (με εξαίρεση το επίγειο παιχνίδι, του οποίου το ποσοστό παραμένει σταθερό),
- σε όλους σχεδόν τους δείκτες ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά στα κορίτσια και
- στα προβλήματα από τη συχνή ενασχόληση με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, συνεχίστηκε η τάση μείωσης στην κατανάλωση αλκοόλ, στο κάπνισμα και στη χρήση κάνναβης στους εφήβους.



Χρήση ουσιών

Ένας στους οκτώ 16χρονους (13%) στην Ελλάδα έχει κάνει έστω και μία φορά χρήση κάποιας (οποιασδήποτε) παράνομης ουσίας –στην πλειονότητά τους (11%) κάνναβη.

Ένας στους τρεις εφήβους (34%) θεωρεί ότι θα του/της ήταν «αρκετά» ή «πολύ εύκολο» (στο εξής εύκολο) να βρει κάνναβη εάν το θελήσει.

Πολύ πρόσφατη χρήση κάνναβης (μέσα στις 30 τελευταίες ημέρες, τρέχουσα χρήση) αναφέρεται από το 6,2% των εφήβων. Σε ποσοστό 2,0% αναφέρεται χρήση της ουσίας σε πολύ μικρή ηλικία (≤ 13 ετών). Μεταξύ όσων έκαναν πρόσφατα (μέσα τους τελευταίους 12 μήνες) χρήση κάνναβης, το 4,2% κάνουν –σύμφωνα με ειδική κλίμακα– προβληματική χρήση. Χρήση κάποιας άλλης ουσίας –εκτός κάνναβης– αναφέρεται από το 4,8% των εφήβων.

Το ποσοστό των 16χρονων που έχουν κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας είναι στην Ελλάδα σημαντικά αυξημένο το 2024 (13%) συγκριτικά με το 2019 (9,4%), αλλά και με οποιαδήποτε άλλη περίοδο την τελευταία 25ετία.

Γενικά, σε ένα εύρος 25 ετών, παρά τις μικρές διακυμάνσεις στα ενδιάμεσα έτη, ο επιπολασμός της χρήσης παράνομων ουσιών στην ηλικία αυτή διαγράφει αύξουσα πορεία.

Αύξηση παρατηρείται και ξεχωριστά τόσο στην κάνναβη (Γ4) όσο και συνολικά στις εκτός κάνναβης παράνομες ουσίες. Αύξηση διαχρονικά παρατηρείται και στην πολύ πρόσφατη (τρέχουσα) χρήση της κάνναβης.

Αν και σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σημαντικά αυξημένο εμφανίζεται, το 2024, και το ποσοστό των εφήβων που δοκίμασαν κάνναβη σε πολύ μικρή ηλικία (2,0%) συ-

γκριτικά με το 2019 (1,2%).

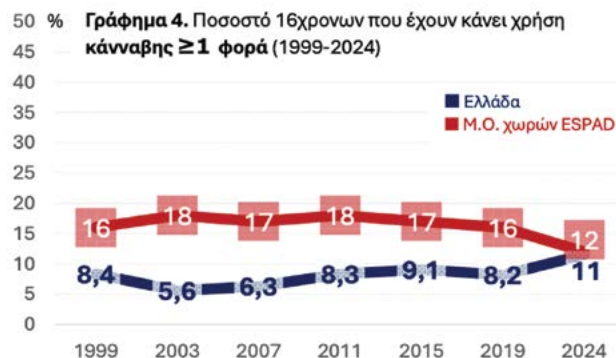
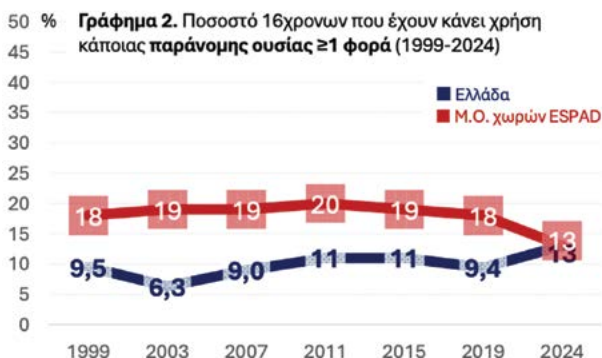
Επιπλέον, συνεχίστηκε, το 2024, η σημαντική αύξηση που είχε καταγραφεί ήδη από το 2019 στο ποσοστό των εφήβων που θεωρούν ότι τους είναι εύκολο να βρουν κάνναβη εάν το θελήσουν.

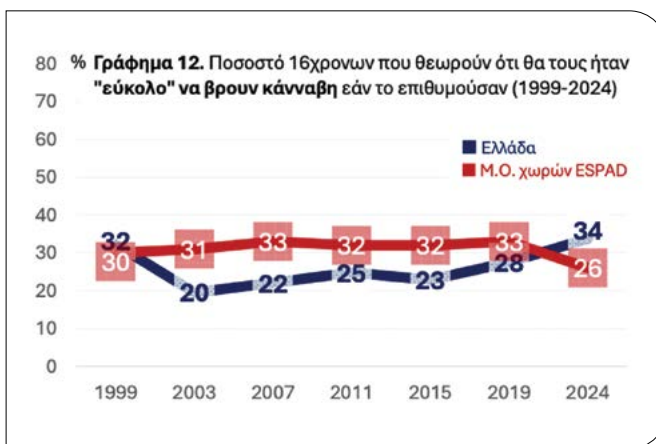
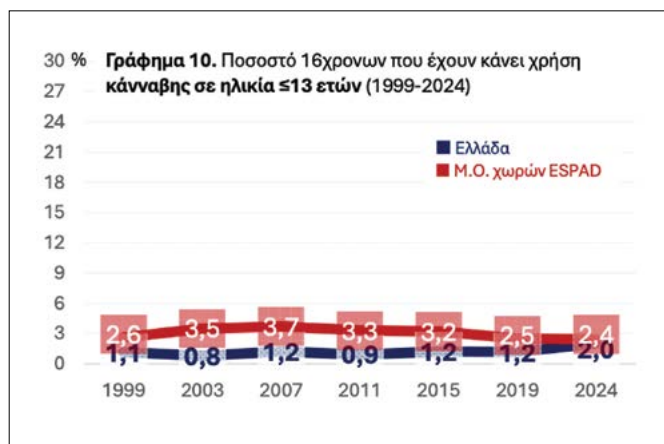
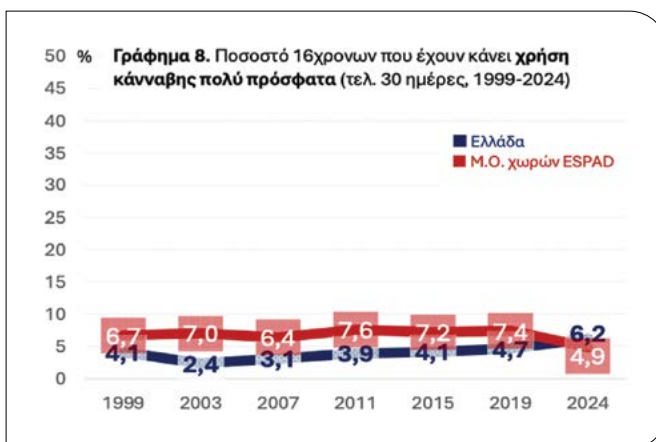
Το ποσοστό των 16χρονων που έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών είναι στην Ελλάδα (13%) κοντά στον μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν πανευρωπαϊκά στην έρευνα ESPAD (13%).

Το ίδιο ισχύει και ξεχωριστά τόσο για την κάνναβη (11% και 12%, αντίστοιχα) όσο και, συνολικά, για τις εκτός κάνναβης παράνομες ουσίες (4,8% και 5,0%, αντίστοιχα), όπως και για το ποσοστό όσων πειραματίστηκαν με την κάνναβη σε πολύ μικρή ηλικία (2,0% και 2,4%, αντίστοιχα). Από την άλλη, υψηλότερο είναι στην Ελλάδα το ποσοστό της πολύ πρόσφατης (τρέχουσας) χρήσης κάνναβης (6,2% και 4,9%, αντίστοιχα), όπως και το ποσοστό όσων θεωρούν εύκολη την πρόσβαση στην κάνναβη (34% και 26%, αντίστοιχα). Αντίθετα με ό,τι παρατηρείται στην Ελλάδα, στις περισσότερες χώρες της ESPAD, μετά το 2011, μειώνεται η χρήση παράνομων ουσιών συνολικά, αλλά και ειδικότερα της κάνναβης, περιλαμβανομένης και της πολύ πρόσφατης χρήσης της (το 2024, καταγράφηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά της 25ετίας), ενώ σταθερά παραμένουν τα ποσοστά της χρήσης ουσιών εκτός κάνναβης και του πειραματισμού σε πολύ μικρή ηλικία.

Επίσης, αντίθετα με την τάση που παρατηρήθηκε στην Ελλάδα, το ποσοστό των εφήβων που θεωρούν ότι θα τους ήταν εύκολο να βρουν κάνναβη εμφανίζει, στις περισσότερες χώρες, μείωση το 2024 συγκριτικά με το 2019.

Ένας στους 8 (13%)
16χρονους στην
Ελλάδα έχει κάνει
έστω και μία φορά
χρήση κάποιας
(οποιασδήποτε)
παράνομης ουσίας
–στην πλειονότητά
τους (11%) κάνναβη.



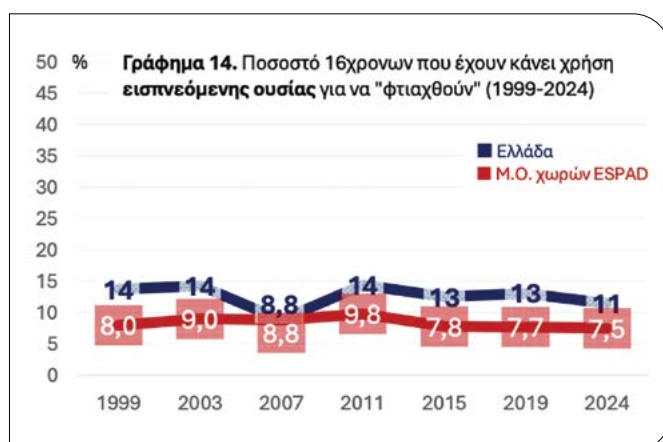


Εισπνεόμενες ουσίες

Ένας στους 9 (11%) 16χρονους στην Ελλάδα έχει κάνει χρήση κάποιας εισπνεόμενης ουσίας που κυκλοφορεί νόμιμα στο εμπόριο (π.χ. κόλλας, βενζίνης, σπρέι) για να αλλάξει τη διάθεση (να «φτιαχτεί»). Μειούμενο διαχρονικά τείνει να είναι το ποσοστό των 16χρονων που στην Ελλάδα αναφέρουν ότι έχουν κάνει χρήση κάποιας εισπνεόμενης ουσίας, με το ποσοστό το 2024 (11%) να καταγράφει τα χαμηλότερα επίπεδα της τελευταίας 12ετίας. Η μείωση από το 2019 στο 2024 εντοπίζεται κυρίως στα αγόρια.

Σε υψηλότερο ποσοστό (11%) οι 16χρονοι στην Ελλάδα αναφέρουν χρήση κάποιας εισπνεόμενης ουσίας συγκριτικά με τους ομοτίμους τους στις περισσότερες από τις χώρες που συμμετέχουν πανευρωπαϊκά στην έρευνα ESPAD (7,5%). Υψηλότερα είναι τα ποσοστά στην Ελλάδα και ξεχωριστά για τα αγόρια (9,3% και 6,7%, αντίστοιχα) και τα κορίτσια (13% και 7,9%, αντίστοιχα). Όπως και στην Ελλάδα, τάση προς μείωση εμφανίζει διαχρονικά το ποσοστό των εφήβων που έχουν κά-

νει χρήση κάποιας εισπνεόμενης ουσίας. Υψηλότερο ποσοστό κοριτσιών (13%) από ό,τι αγοριών (9,3%) στην Ελλάδα αναφέρουν χρήση κάποιας εισπνεόμενης ουσίας, με το ποσοστό μάλιστα των αγοριών να παρουσιάζει μείωση την τελευταία πενταετία (ενώ σταθερό παραμένει στα κορίτσια).



Ψυχοδραστικά φάρμακα

Ένας στους 7 (15%) 16χρονους στην Ελλάδα έχει κάνει μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενου ψυχοδραστικού φαρμάκου (ηρεμιστικού/υπνωτικού ή ισχυρού οπιοειδούς παυσίπονου).

Ένας στους 10 (10%) έχει κάνει μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενου οπιοειδούς φαρμάκου και ένας στους 13 (7,8%) ηρεμιστικού/υπνωτικού. Ένας στους 4 (26%) θεωρεί ότι είναι εύκολο να βρει ηρεμιστικό/υπνωτικό φάρμακο εφόσον το θελήσει.



Το 2024, συνεχίστηκε η μείωση που είχε αρχίσει να παρατηρείται ήδη από το 2015 και στο –επίσης υψηλό– ποσοστό της τρέχουσας (πολύ πρόσφατης) κατανάλωσης αλκοόλ.

Το ποσοστό των 16χρονων που στην Ελλάδα αναφέρουν ότι έχουν κάνει μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενου ηρεμιστικού/υπνωτικού φαρμάκου παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της τελευταίας 25ετίας, αλλά το 2024 είναι σημαντικά αυξημένο (7,8%) συγκριτικά με το 2019 (3,5%).

Η αύξηση από το 2019 στο 2024 εντοπίζεται εξίσου σε αγόρια και κορίτσια.

Το ποσοστό των 16χρονων που στην Ελλάδα αναφέρουν μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενων ψυχοδραστικών φαρμάκων συνολικά (15%) είναι κοντά στο μέσο ποσοστό των χωρών της ESPAD (14%). Το ίδιο ισχύει και για τα ηρεμιστικά/υπνωτικά (7,8% και 8,4%, αντίστοιχα), όχι όμως και για τα οπιοειδή παυσίπονα, των οποίων το ποσοστό είναι στην Ελλάδα υψηλότερο (10% και 6,9%, αντίστοιχα).

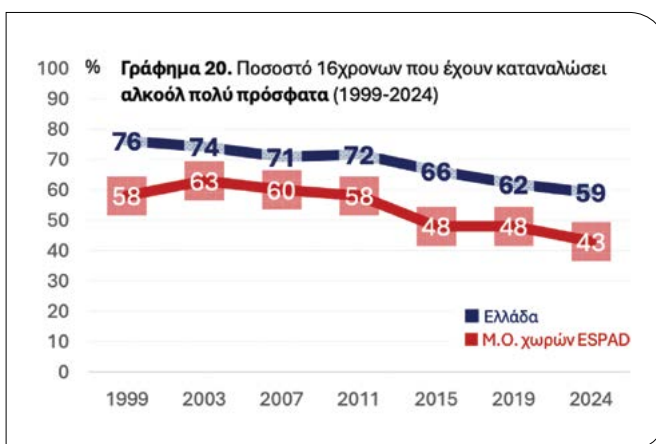
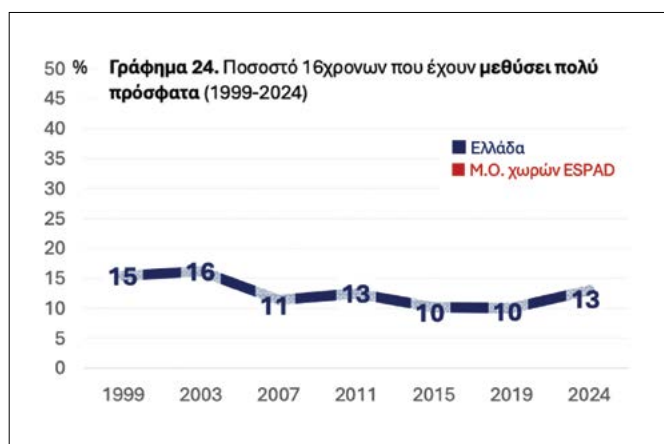
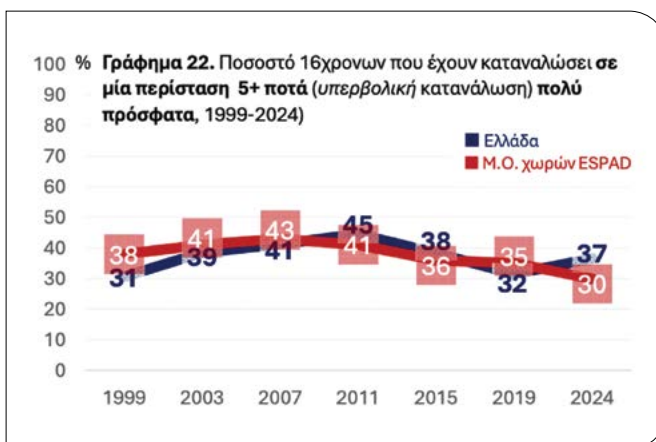
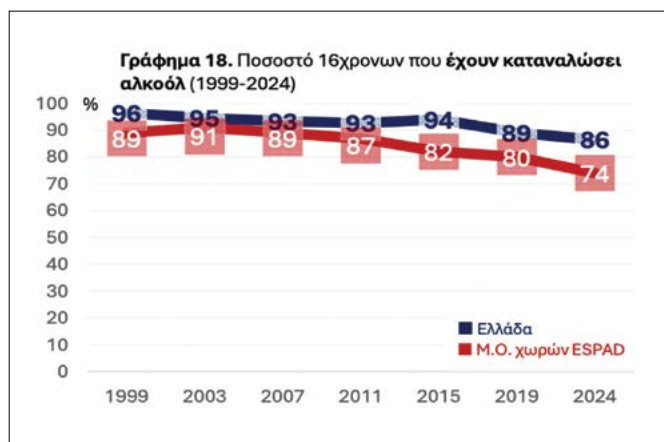
Αν και όχι με την ίδια ένταση που παρατηρήθηκε στην Ελλάδα, αυξημένο εμφανίζεται το ποσοστό της μη ιατρικής χρήσης συνταγογραφούμενων ηρεμιστικών/υπνωτικών στις περισσότερες από τις χώρες της ESPAD το 2019 συγκριτικά με το 2025.

Οινοπνευματώδη

Για το σύνολο σχεδόν των 16χρονων στην Ελλάδα (92%) είναι «αρκετά» ή «πολύ» εύκολο (στο εξής εύκολο) να βρουν αλκοόλ εάν το θελήσουν. Σχεδόν εννέα στους 10 (86%) έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη (≥ 1 ποτήρι). Πολύ πρόσφατη (μέσα στις 30 τελευταίες ημέρες, τρέχουσα) κατανάλωση αλκοόλ αναφέρουν οι τρεις στους 5 (59%). Τουλάχιστον ένας στους 3 (37%) έχει πολύ πρόσφατα (μέσα στις 30 τελευταίες ημέρες) πει υπερβολικά (δηλαδή, διαδοχικά, σε μία περίπτωση, 5+ αλκοολούχα ποτά) και ένας στους 8 (13%) έχει μεθύσει κατά την ίδια περίοδο. Το 2024, συνεχίστηκε η μείωση που είχε αρχίσει να παρατηρείται ήδη από το 2019 στο (υψηλό) ποσοστό των 16χρονων που στην Ελλάδα αναφέρουν ότι έχουν καταναλώσει αλκοόλ (από 94% το 2015 σε 89% το 2019 και ακολούθως 86% το 2024), καταγράφοντας τα χαμηλότερα επίπεδα της 25ετίας.

Το 2024, συνεχίστηκε η μείωση που είχε αρχίσει να παρατηρείται ήδη από το 2015 και στο (επίσης υψηλό) ποσοστό της τρέχουσας (πολύ πρόσφατης) κατανάλωσης αλκοόλ (από 72% το 2011 σε 66% το 2015, 62% το 2019 και 59% το 2024), φτάνοντας, και σε αυτήν την περίπτωση, στα χαμηλότερα επίπεδα της 25ετίας. Συνολικά, σε εύρος 25ετίας, παρά τις μικρές διακυμάνσεις στα ενδιάμεσα έτη, ο επιπολασμός της κατανάλωσης αλκοόλ στην ηλικία αυτή παρουσιάζει τάση μείωσης. Ωστόσο, σημαντικά αυξημένο εμφανίζεται, το 2024, το ποσοστό των εφήβων που έχουν πολύ πρόσφατα πει διαδοχικά, σε μία περίπτωση, 5+ οινοπνευματώδη ποτά (από 32% το 2019 σε 37% το 2024), ανακόποντας την έως τότε μειούμενη πορεία του. Αυξημένο εμφανίζεται, το 2024, και το ποσοστό της πολύ πρόσφατης μέθης (από 10% το 2019 σε 13% το 2024). Τα ποσοστά για σχεδόν όλους τους δείκτες του αλκοόλ που εξετάζονται εδώ είναι, το 2024, για τους 16χρονους στην Ελλάδα υψηλότερα από τον μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στην έρευνα ESPAD, με το χαρακτηριστικό αυτό να παραμένει και στα φύλα. Εξάιρεση αποτελεί η πολύ πρόσφατη μέθη, για την οποία τα ποσοστά στην Ελλάδα είναι παρόμοια με εκείνα του ευρωπαϊκού μέσου όρου.

Διαχρονικά, όπως και στην Ελλάδα, έτσι και στις περισσότερες χώρες της ESPAD μειώνεται το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν ότι έχουν καταναλώσει αλκοόλ, περιλαμβανομένης και της τρέχουσας



(πολύ πρόσφατης) κατανάλωσης, καταγράφοντας, το 2024, και πανευρωπαϊκά, τα χαμηλότερα ποσοστά των τελευταίων 25 ετών.

Αντίθετα με την Ελλάδα, συνεχίζεται και το 2024 στις περισσότερες χώρες της ESPAD η πτωτική πορεία στα ποσοστά της υπερβολικής σε μία περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ.

Κάπνισμα

Περισσότεροι από τους μισούς (54%) 16χρονους στην Ελλάδα έχουν καπνίσει παραδοσιακό ή/και ηλεκτρονικό/ναρε τσιγάρο (Γ25) –ένας στους 3 (36%) κάπνισε πολύ πρόσφατα (μέσα στις 30 τελευταίες ημέρες, Γ27) ενώ ένας στους 5 (19%) καπνίζει κάποια από αυτά καθημερινά (9,0% ηλεκτρονικά/ναρες).

Ένας στους τρεις (35%) έχει καπνίσει παραδοσιακό (Γ29) και ένας στους 2 (52%) έχει καπνίσει ηλεκτρονικό/ναρε τσιγάρο (Γ33). Ένας στους 4 εφήβους (24%, Γ31) κάπνισε πολύ πρόσφατα (μέσα στις 30 τελευταίες ημέρες) παραδοσιακό τσιγά-

ρο και σε σχεδόν παρόμοια αναλογία (27%) κάπνισε ηλεκτρονικό/ναρε (Γ35). Κάπνισμα παραδοσιακού τσιγάρου σε πολύ μικρή ηλικία (≤ 13 ετών) αναφέρεται από το 3,6% και ηλεκτρονικού/ναρε τσιγάρου από το 6,4% των εφήβων. Οι δύο στους 3 εφήβους (65%) θεωρούν «αρκετά» ή «πολύ εύκολο» (στο εξής εύκολο) να βρουν παραδοσιακό τσιγάρο αν το θελήσουν και το ίδιο θεωρούν οι τρεις στους 4 (77%) για τα ηλεκτρονικά/ναρε τσιγάρα. Σημαντικά αυξημένο εμφανίζεται, το 2024, το ποσοστό των 16χρονων που στην Ελλάδα αναφέρουν ότι έχουν καπνίσει παραδοσιακό ή/και ηλεκτρονικό/ναρε τσιγάρο συγκριτικά με το 2019 (από 43% το 2019 σε 54% το 2024, Γ26). Σημαντική αύξηση παρατηρείται και στο πολύ πρόσφατο (τρέχον) κάπνισμα κάποιου εξ αυτών (από 21% το 2019 σε 36% το 2024, Γ28). Η αύξηση αυτή αφορά τόσο το παραδοσιακό (Γ30, Γ32) όσο και (κυρίως) το ηλεκτρονικό/ναρε τσιγάρο (Γ34, Γ36). Είναι αξιοσημείωτο ότι, ενώ ο επιπολασμός του καπνίσματος παραδοσιακών τσιγάρων παρουσίαζε σταθερή μείωση

σε όλο το εύρος της 25ετίας, η τάση αυτή ανακόπηκε ξαφνικά την περίοδο 2019-2024 (Γ30, Γ32). Αν και σε χαμηλά επίπεδα, από το 2019 στο 2024 αυξήθηκε σημαντικά (σχεδόν τριπλασιάστηκε) και το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κάπνισμα σε πολύ μικρή ηλικία (≤ 13 ετών), από 1,3% σε 3,6% στην περίπτωση του παραδοσιακού τσιγάρου και από 2,3% σε 6,4% στην περίπτωση του ηλεκτρονικού/ναρε.

Σε υψηλότερο ποσοστό (54%) οι 16χρονοι στην Ελλάδα αναφέρουν ότι έχουν καπνίσει παραδοσιακό ή/και ηλεκτρονικό/ναρε τσιγάρο συγκριτικά με τους ομοτίμους τους

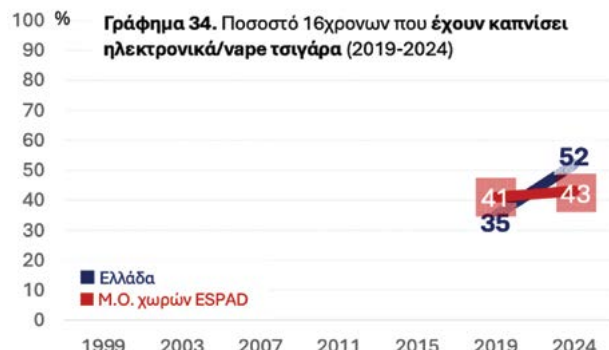
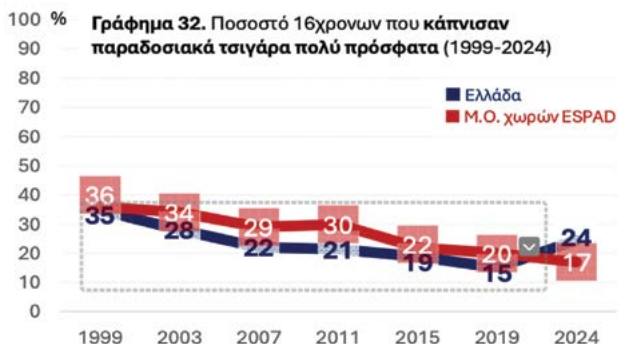
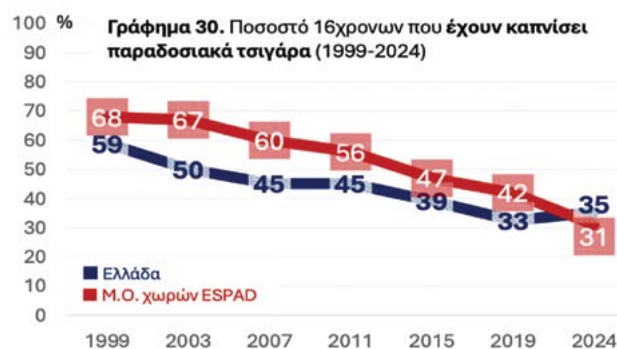
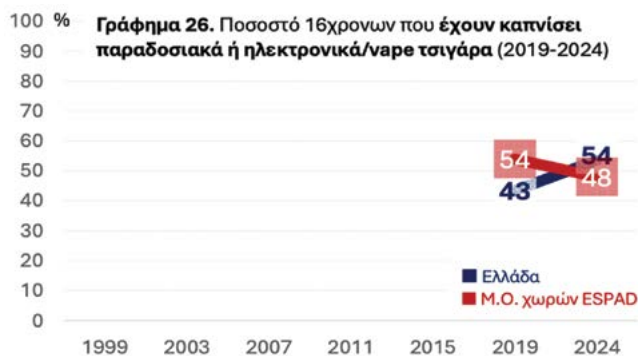
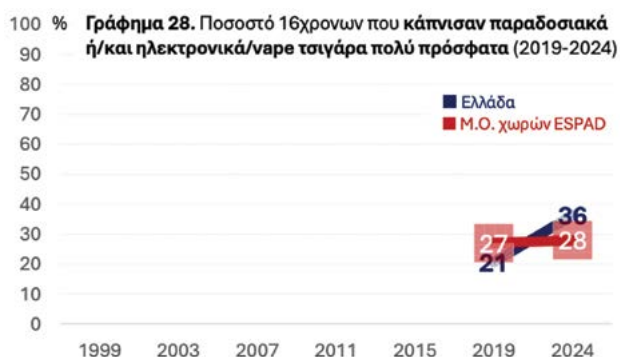
στις περισσότερες από τις χώρες που συμμετέχουν πανευρωπαϊκά στην έρευνα ESPAD (48%, Γ25).

Υψηλότερα είναι τα ποσοστά στην Ελλάδα και ξεχωριστά για τα παραδοσιακά (Γ29, Γ31) και τα ηλεκτρονικά/ναρε τσιγάρα (Γ33, Γ35), με τις

παραπάνω διαφορές να ισχύουν και για κάθε φύλο ξεχωριστά.

Σε υψηλότερα ποσοστά οι έφηβοι στην Ελλάδα θεωρούν επίσης ότι τους είναι εύκολο να βρουν παραδοσιακά (65% και 55%, αντίστοιχα) ή ηλεκτρονικά/ναρε τσιγάρα (77% και 60%, αντίστοιχα) αν το θελήσουν. Αντίθετα με ό,τι παρατηρείται στην Ελλάδα, στις περισσότερες χώρες της ESPAD μειώθηκε από το 2019 στο 2024 το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κάπνισμα παραδοσιακού ή/και ηλεκτρονικού/ναρε τσιγάρου (Γ26), με τη μείωση αυτή να οφείλεται κυρίως στις μειώσεις στο παραδοσιακό τσιγάρο.

Όπως και στην Ελλάδα, έτσι και στις περισσότερες χώρες πανευρωπαϊκά αυξήθηκε το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κάπνισμα ηλεκτρονικού/ναρε τσιγάρου, αλλά στην Ελλάδα η αύξηση αυτή είναι εντονότερη (Γ34, Γ36). Επίσης, όπως στην Ελλάδα έτσι και στις περισσότερες χώρες ευρωπαϊκά, αυξήθηκε από το 2019 στο 2024 το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κάπνισμα παραδοσιακών και ηλεκτρονικών τσιγάρων σε πολύ μικρή ηλικία (≤ 13 ετών), με την αύξηση αυτή να είναι και σε αυτήν την περίπτωση εντονότερη στην Ελλάδα.



Τυχερά παιχνίδια

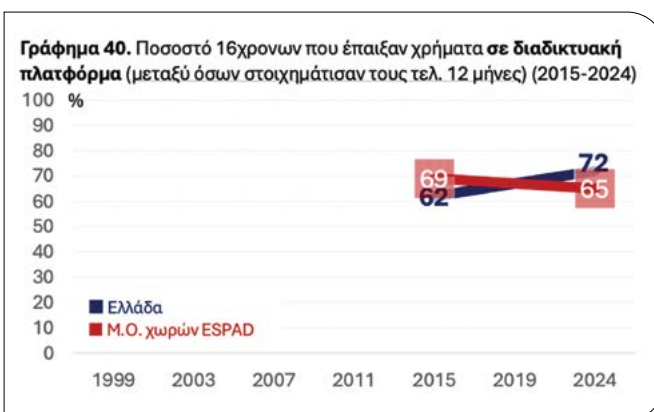
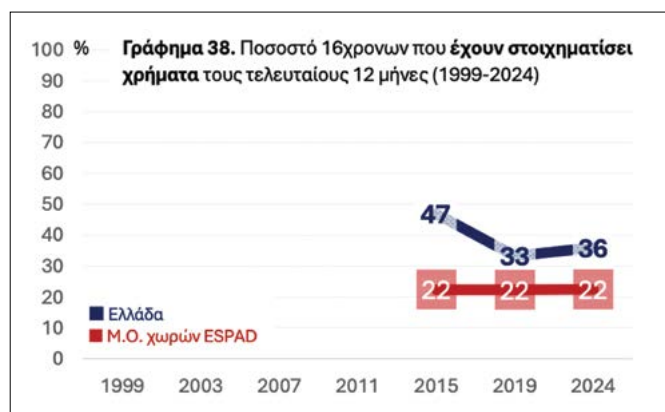
Περισσότεροι από ένας στους 3 (36%) 16χρονους στην Ελλάδα έχουν παίξει/στοιχηματίσει χρήματα σε τυχερά παιχνίδια πρόσφατα (μέσα στους τελευταίους 12 μήνες, Γ37). Μεταξύ αυτών, οι εννιά στους 10 (92%) έχουν παίξει σε επίγειο κατάστημα (Γ41), ενώ σχεδόν οι τρεις στους 4 (72%) έχουν παίξει σε διαδικτυακή πλατφόρμα (Γ39). Ένας στους 14 (7,0%) είναι –βάσει ειδικής κλίμακας– πιθανόν εθισμένος στον τζόγο (Γ43). Αυξημένο συγκριτικά με πριν από μία πενταετία εμφανίζεται, το 2024, το ποσοστό των 16χρονων στην Ελλάδα που αναφέρουν ότι έχουν παίξει/στοιχηματίσει πρόσφατα χρήματα σε τυχερά παιχνίδια (από 33% το 2019 σε 36% το 2024, Γ38). Μεταξύ όσων έχουν παίξει/στοιχηματίσει πρόσφατα, το ποσοστό εκείνων που το έκαναν σε επίγειο κατάστημα στοιχηματισμού διατηρείται, την τελευταία δεκαετία, σταθερό σε πολύ υψηλά επίπεδα (~92%, Γ42), ενώ κατά την ίδια περίοδο σημαντικά αυξημένο εμφανίζεται το ποσοστό εκείνων που έπαιξαν/στοιχημάτισαν διαδικτυακά (από 62% το 2015 σε 72% το 2024, Γ40). Η παραπάνω αύξηση περιορίζεται κυρίως στα αγόρια (από 64% το 2015 σε 83% το 2024), ενώ αντίθετα στα κορίτσια αυξήθηκε οριακά το ποσοστό όσων αναφέρουν στοιχηματισμό σε επίγειο κατάστημα (από 88% το 2015 σε 91% το 2024). Αυξημένο οριακά εμφανίζεται, το 2024, και το ποσοστό των εφήβων που έχουν παίξει πρόσφατα και είναι πιθανά εθισμένοι (από 5,7% το 2015 σε 7,0% το 2024, Γ44), με την αύξηση αυτή να παρατηρείται και στα δύο φύλα.

Σε υψηλότερο ποσοστό (36%) οι 16χρονοι στην Ελλάδα αναφέρουν ότι έχουν παίξει πρόσφατα (μέσα στους τελευταίους 12 μήνες) χρήματα σε τυχερά παιχνίδια συγκριτικά με τους ομοτίμους τους στις περισσότερες από τις χώρες που συμμετέχουν πανευρωπαϊκά στην έρευνα ESPAD (22%),

Παρά τον υψηλό επιπολασμό του στοιχηματισμού στην Ελλάδα, τα ποσοστά των εφήβων που, βάσει ειδικής κλίμακας, είναι πιθανόν εθισμένοι στα τυχερά παιχνίδια είναι κοντά στον μέσο όρο των χωρών της ESPAD (7,0% και 8,5%, αντίστοιχα, Γ43).

με το στοιχείο αυτό να χαρακτηρίζει και τα δύο φύλα (Γ37). Μεταξύ όσων έχουν παίξει πρόσφατα, υψηλότερα είναι στην Ελλάδα τα ποσοστά και –ξεχωριστά– για το διαδικτυακό (72% και 65%, αντίστοιχα, Γ39) και το «επίγειο» παιχνίδι (92% και 85%, αντίστοιχα, Γ41). Παρά τον υψηλό επιπολασμό του στοιχηματισμού στην Ελλάδα, τα ποσοστά των εφήβων που –βάσει ειδικής κλίμακας– είναι πιθανά εθισμένοι στα τυχερά παιχνίδια είναι κοντά στον μέσο όρο των χωρών της ESPAD (7,0% και 8,5%, αντίστοιχα, Γ43).

Αντίθετα με ό,τι παρατηρείται στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, σταθερό παραμένει στις περισσότερες χώρες της ESPAD το ποσοστό των εφήβων που έχουν παίξει πρόσφατα χρήματα σε τυχερά παιχνίδια (Γ38). Συνολικά στην Ευρώπη, μεταξύ όσων έχουν παίξει πρόσφατα, η δεκαετής τάση είναι προς μείωση στο διαδικτυακό (Γ40) και προς αύξηση στο επίγειο παιχνίδι (Γ42). Όπως και στην Ελλάδα, στις περισσότερες χώρες πανευρωπαϊκά αυξήθηκε, την τελευταία δεκαετία, το ποσοστό των 16χρονων που –βάσει ειδικής κλίμακας– είναι πιθανόν εθισμένοι στα παιχνίδια. •••



Γιατί να γίνετε **συνδρομητής** στο **P.h.B;**

pharma & health business



- Η Υγεία επί της ουσίας.
- Πολλοσέλιδα ρεπορτάζ για όσα αξίζουν!
- Το περιοδικό που επηρεάζει τις εξελίξεις.

Συνεχίστε εδώ:

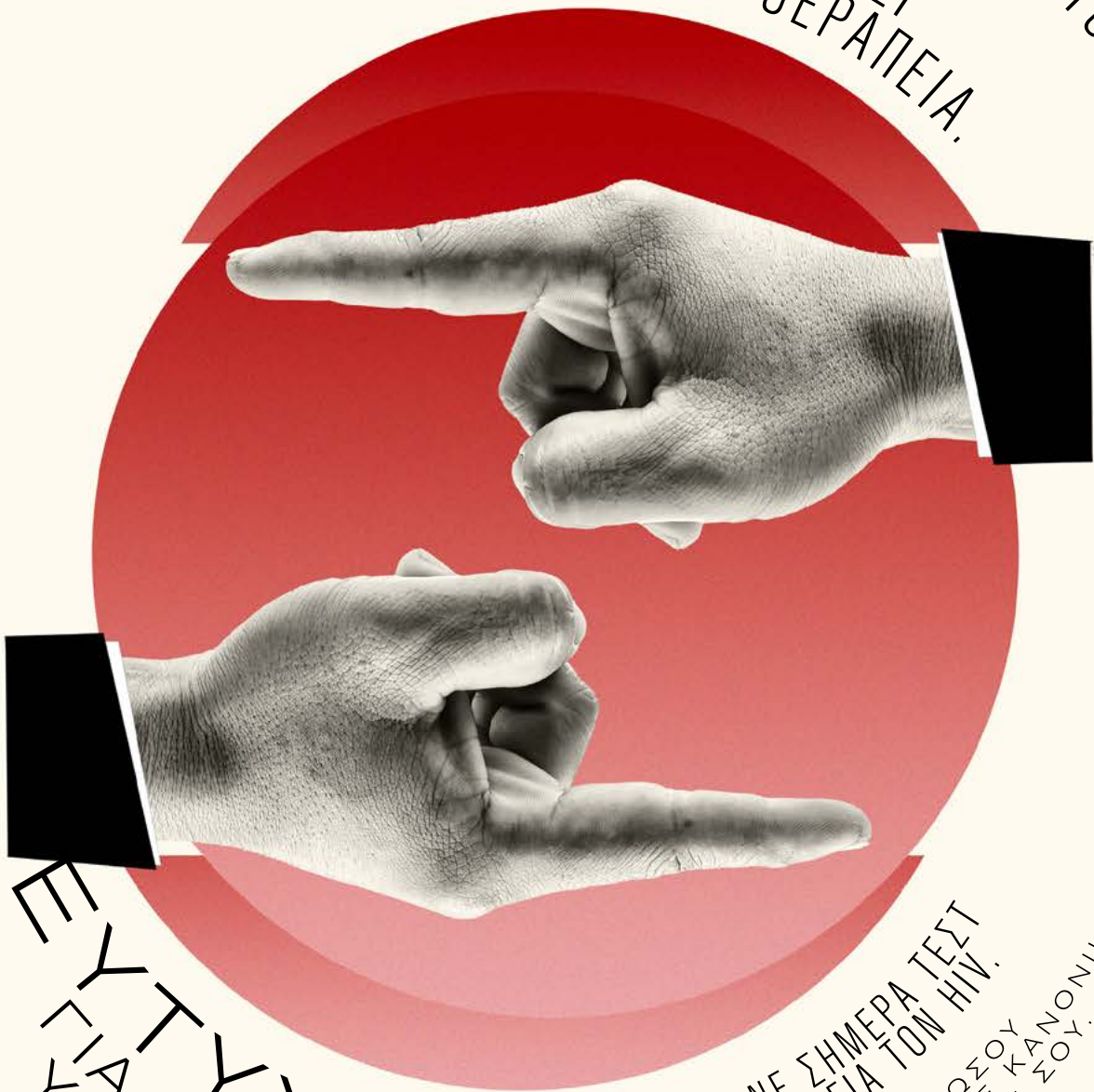
<https://ethos-group.eu/phb-mag/>

και επιλέξτε **FULL PACK** ή **DIGI PACK**

Περισσότερες πληροφορίες στο Τμήμα Συνδρομών
στο email: phb-subscriptions@ethosmedia.eu
ή στο τηλέφωνο: **210 998 4950**

ethos **MEDIA**

ΔΥΣΤΥΧΟΣ ΓΙ' ΑΥΤΟΥΣ
ΠΟΥ ΔΕΙΧΝΟΥΝ
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.



ΕΥΤΥΧΩΣ
ΓΙΑ ΤΟΝ
ΥΠΑΡΧΕΙ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.
HIV

ΚΑΝΕ ΣΗΜΕΡΑ ΤΕΣΤ
ΓΙΑ ΤΟΝ HIV.
ΕΝΗΜΕΡΩΣΟΥ
ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΣΕ ΚΑΝΟΝΙΚΑ
ΤΗ ΖΩΗ ΣΟΥ.

Μια πρωτοβουλία της:

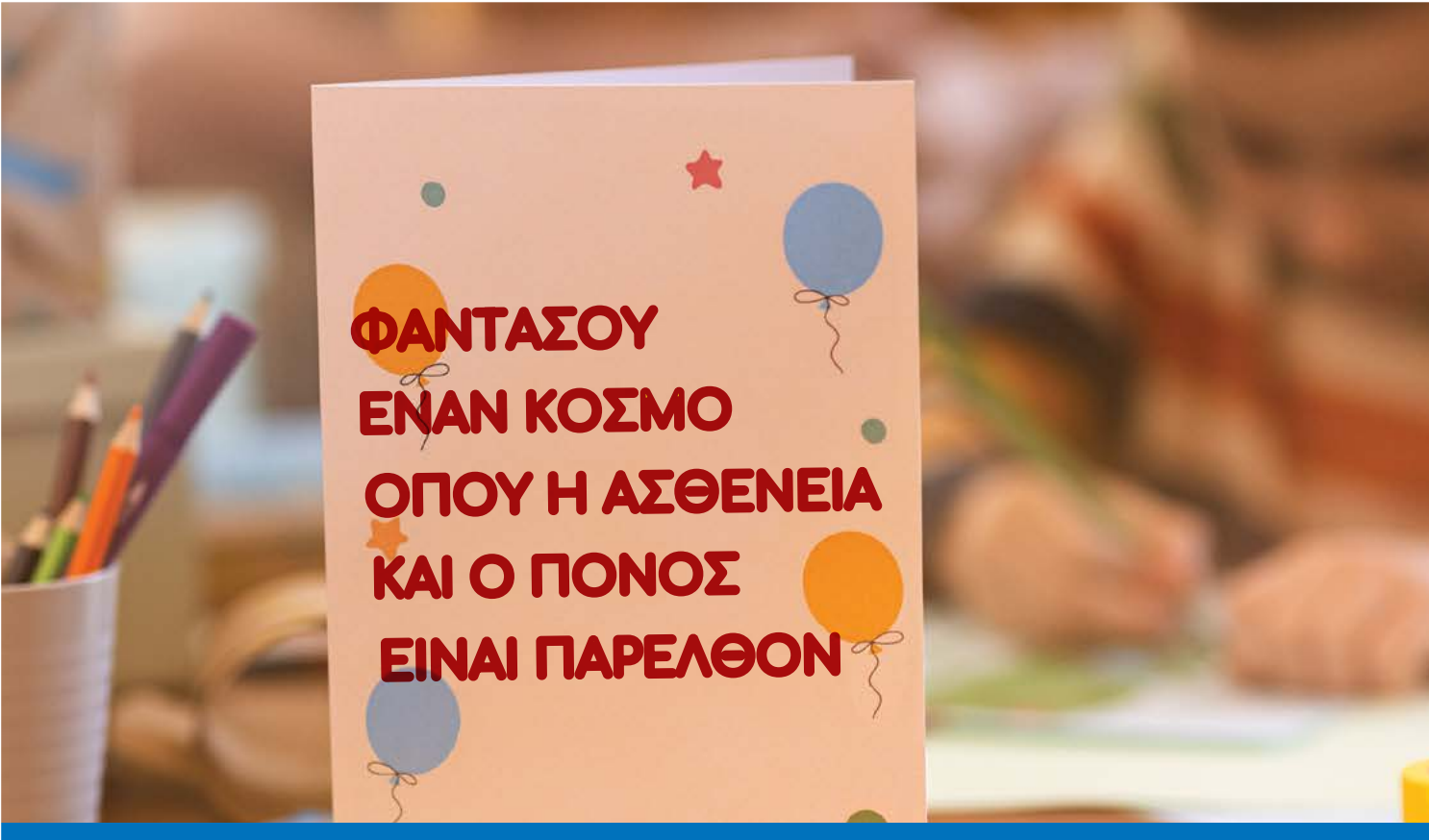


Με την υποστήριξη των:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS
HELLENIC SOCIETY FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

Θεπική Φωνή
άνδρωσι+HIV



**ΦΑΝΤΑΣΟΥ
ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ
ΟΠΟΥ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ
ΚΑΙ Ο ΠΟΝΟΣ
ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΕΛΘΟΝ**

**Η δύναμη της φαρμακευτικής
καινοτομίας είναι απεριόριστη.
Εάν η Ελλάδα την αγκαλιάσει
#Φαντάσου τί μπορούμε να επιτύχουμε.**

Η επιστήμη προχωρά μπροστά και οι κυτταρικές και
γονιδιακές θεραπείες διαμορφώνουν ένα μέλλον όπου μια
εφάπαξ θεραπεία αντικαθιστά μία ολόκληρη ζωή φροντίδας.
Καθώς διεκδικούμε τα όρια της επιστήμης και
μετατρέπουμε τις ιδέες σε θεραπείες, φαντάσου τι
μπορούμε να επιτύχουμε.

ΣφΕΕ

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



efpia*

#WeWontRest