



Αθήνα, 24 Μαρτίου 2025

ΕΡΩΤΗΣΗ

Προς τον κ. Υπουργό Υγείας

Θέμα: «Σοβαρά ελλείμματα παρουσιάζει η πολιτική υγείας της κυβέρνησης στο πεδίο της αντιμετώπισης του καρκίνου, με σταθερούς ηττημένους τους καρκινοπαθείς»

Εκδόθηκε πρόσφατα η ετήσια έκθεση του ΟΟΣΑ με τίτλο «Προφίλ χωρών για τον καρκίνο, Ελλάδα 2025».

Σύμφωνα με αυτήν, το 2022 αναμένονταν στην Ελλάδα κατ' εκτίμηση 63.176 νέες διαγνώσεις καρκίνου. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί σε προτυπωμένο κατά ηλικία αριθμό συχνότητας εμφάνισης 529 νέων περιστατικών ανά 100.000 άτομα, ο οποίος είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ. Όμως, μεταξύ 2011 και 2021, η Ελλάδα σημείωσε βραδύτερη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με τις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ. Το προτυπωμένο κατά ηλικία ποσοστό θνησιμότητας ήταν 239 ανά 100.000 άτομα —ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα μεταξύ των ανδρών είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά το ποσοστό μεταξύ των γυναικών είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Για μια πιο ολοκληρωμένη και αξιόπιστη επισκόπηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου απαιτούνται δεδομένα από εθνικό μητρώο καρκίνου με βάση τον πληθυσμό, το οποίο όμως δεν είναι ακόμη διαθέσιμο στην Ελλάδα.

Ο συχνότερος τύπος καρκίνου στους άνδρες είναι ο καρκίνος του προστάτη (20%), ακολουθούμενος από τον καρκίνο του πνεύμονα (18%), τον καρκίνο του παχέος εντέρου (12%) και τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης (12%). Ο συχνότερος τύπος καρκίνου στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού (33%), ακολουθούμενος από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (12%), τον καρκίνο του πνεύμονα (8%) και τον καρκίνο του σώματος της μήτρας (7%).

Όσον αφορά το μέλλον, το ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο (ECIS) εκτιμά ότι τα περιστατικά καρκίνου θα αυξηθούν κατά 11% μεταξύ του 2022 και του 2040, σε σύγκριση με αύξηση κατά 18% σε ολόκληρη την ΕΕ.

Ο καρκίνος αποτελεί κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα

Το 2021 ο καρκίνος ευθυνόταν για περισσότερους από 30.000 θανάτους ετησίως στην Ελλάδα, αριθμός που αντιστοιχεί σε πάνω από το 20% του συνόλου των θανάτων. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2024), σχεδόν το ένα τέταρτο του συνολικού αριθμού θανάτων από καρκίνο στην Ελλάδα αποδόθηκε στον καρκίνο του πνεύμονα, ακολουθούμενο από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (9%), τον καρκίνο του μαστού (7%), τον καρκίνο του παγκρέατος (7%) και τον καρκίνο του προστάτη (6%).

Κατά την περίοδο 2011-2021, η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο ήταν πολύ χαμηλότερη στην Ελλάδα απ' ό,τι στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ και αυτό εξαιτίας των επιζήμιων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και των αυξημένων εμποδίων στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη.

Η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων περιορίζει την δυνατότητα χάραξης τεκμηριωμένης πολιτικής για τον καρκίνο

Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, δρομολογήθηκαν δύο κύριες στρατηγικές για τον καρκίνο, με περιορισμένη πραγματική εφαρμογή και χωρίς επίσημη διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης. Το 2021 δημοσιεύθηκε πενταετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει ορισμένες διατάξεις και μέτρα για την εισαγωγή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και την ανάπτυξη υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας για τον καρκίνο.

Παρόλο που η ανάγκη για ένα εθνικό σχέδιο ειδικά για τον καρκίνο έχει προωθηθεί ενεργά από ευρύ φάσμα ενδιαφερόμενων μερών, η Ελλάδα εξακολουθεί να μη διαθέτει μια τεκμηριωμένη στρατηγική που να καλύπτει ολόκληρο το εύρος της πολιτικής για τον καρκίνο —συμπεριλαμβανομένων της πρόληψης, της έγκαιρης ανίχνευσης, της διάγνωσης, της θεραπείας, της αποκατάστασης, της παρηγορητικής φροντίδας, της ποιότητας της περίθαλψης, της εμπειρίας των ασθενών, των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση, των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, του προγραμματισμού όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, των αναγκών των επιζώντων καρκίνου και της κλινικής έρευνας. Οι περισσότερες πρωτοβουλίες πολιτικής είναι κατακερματισμένες και η αποτελεσματικότητά τους δεν αξιολογείται σύμφωνα με αυστηρά κριτήρια. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην απουσία επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης και τις εκβάσεις του καρκίνου, όπως τα μητρώα ασθενών. Το εθνικό μητρώο νεοπλασιών θεσπίστηκε επίσημα βάσει νομοθεσίας τον Φεβρουάριο του 2024 αλλά ακόμη, ένα χρόνο μετά, παραμένει ανεφάρμοστο.

Όσον αφορά στις ενωσιακά χρηματοδοτούμενες δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με τη χρηματοδότηση και τη διάρκειά τους, καθώς αυτές χρηματοδοτούνται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας έως το τέλος του

2025, χωρίς να υπάρχει σαφές σχέδιο για τα επόμενα βήματα. Οι δε συζητήσεις σχετικά με την ανάπτυξη ενός διατομεακού εθνικού σχεδίου για τον καρκίνο, το οποίο θα καλύπτει την πολιτική για τον καρκίνο μέσω τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, παραμένουν ως σήμερα επί χάρτου με θολό ορίζοντα υλοποίησης.

Πάνω από το 40% των θανάτων από καρκίνο αποδίδονται σε μεταβλητούς παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης της Υγείας (IHME), το 2021 πάνω από το ένα τρίτο των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες και σχεδόν το ήμισυ των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες οφείλονταν σε μεταβολικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το κάπνισμα είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου θνησιμότητας από καρκίνο, καθώς ευθύνεται για το 26% των θανάτων από καρκίνο στη χώρα. Ακολουθούν οι μεταβολικοί κίνδυνοι (8,4%), οι διατροφικοί κίνδυνοι (5,9%), οι επαγγελματικοί κίνδυνοι (3,7 %), η ατμοσφαιρική ρύπανση (2,6%) και η υψηλή κατανάλωση οινόπνευματος (2,6%).

Συνολικά, η Ελλάδα σημειώνει σχετικά καλές επιδόσεις σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ όσον αφορά την κατανάλωση οινόπνευματος και την έκθεση σε παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου, αλλά σημειώνει σχετικά χαμηλές επιδόσεις όσον αφορά το καθημερινό κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, την κατανάλωση φρούτων και την ατμοσφαιρική ρύπανση.

Το 2021 οι δαπάνες για την πρόληψη αντιπροσώπευαν το 4 % των δαπανών για την υγεία, αλλά είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (6 %)

Η έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση οδηγεί σε υψηλότερη θνησιμότητα στην Ελλάδα σε σχέση με την ΕΕ

Το 2021 93 πρόωροι θάνατοι ανά 100 000 άτομα οφείλονταν στην έκθεση σε σωματίδια PM 2.5, σε σύγκριση με 57 ανά 100 000 κατά μέσο όρο σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Η Ελλάδα έχει σημειώσει περιορισμένη πρόοδο στον τομέα αυτό. Παρά τη θέσπιση διαφόρων νομικών πλαισίων, η χώρα δεν έχει ακόμη συμμορφωθεί με τις κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ για την ποιότητα του αέρα, και τα ετήσια μέσα επίπεδα έκθεσης σε σωματίδια PM 2.5 είναι τριπλάσια από το κατώτατο όριο του ΠΟΥ. Στην Ελλάδα οι προσπάθειες για την προώθηση της χρήσης των δημόσιων συγκοινωνιών και της ενεργητικής μετακίνησης ως εναλλακτικών λύσεων αντί της χρήσης αυτοκινήτου ήταν ελάχιστες.

Απαιτείται περισσότερη δράση για την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων

Το 2022 η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών αναθεώρησε τα κριτήρια για τον εμβολιασμό κατά του HPV, θεωρώντας ότι θα πρέπει να είναι επιλέξιμα τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια ηλικίας 9-18 ετών. Παρότι επί του παρόντος το εμβόλιο καλύπτεται πλήρως από την ασφάλιση υγείας για όλες τις ηλικίες, η επιστροφή των εξόδων θα περιοριστεί σταδιακά στα άτομα ηλικίας 9-14 ετών. Πρόσφατα στοιχεία που βασίζονται σε συνταγές δείχνουν ότι η εμβολιαστική κάλυψη είναι 55% για τα κορίτσια ηλικίας 11-18 ετών και μόνο 44 % για τα κορίτσια ηλικίας 11-14 ετών, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από τον στόχο του ΠΟΥ για

πλήρη εμβολιασμό του 90 % των κοριτσιών έως την ηλικία των 15 ετών.

Πολλά νέα περιστατικά καρκίνου θα μπορούσαν να προληφθούν μεταξύ του 2023 και του 2050 εάν επιτευχθούν οι στόχοι μείωσης των παραγόντων κινδύνου καρκίνου

Σύμφωνα με μοντέλα του ΟΟΣΑ για τη δημόσια υγεία (SPHeP), η επίτευξη των στόχων για τον καπνό θα μπορούσε να οδηγήσει την Ελλάδα στην πρόληψη 67.413 νέων περιστατικών καρκίνου μεταξύ του 2023 και του 2050. Η επίτευξη του στόχου για το αλκοόλ θα μπορούσε να μειώσει το άγχος του καρκίνου κατά 17.676 περιστατικά κατά την ίδια περίοδο. Επιπλέον, 16.270 περιστατικά θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν επιτευχθούν οι στόχοι για την ατμοσφαιρική ρύπανση και 5.024 εάν επιτευχθούν οι στόχοι για την παχυσαρκία.

Έγκαιρη ανίχνευση

Παρά τα χρηματοδοτούμενα από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, δεν υπάρχουν πλήρη δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εν λόγω προγραμμάτων. Τα δεδομένα προηγούμενων ερευνών δείχνουν σχετικά υψηλά ποσοστά συμμετοχής σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά υπάρχουν σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στα ποσοστά συμμετοχής.

Η Ελλάδα έχει αναπτύξει σταδιακά πρωτοβουλίες και προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, αλλά διαφαίνονται πολλές προκλήσεις

Παρά τη νέα σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του 2022, στην Ελλάδα οι δραστηριότητες προσυμπτωματικού ελέγχου παραμένουν κατακερματισμένες και οι περισσότερες εξετάσεις διενεργούνται στον ιδιωτικό τομέα σε περιστασιακή βάση.

Το 2022 καθιερώθηκε πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού, στο πλαίσιο του οποίου οι υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου για τα επιλέξιμα άτομα είναι δωρεάν και οι τυχόν πρόσθετες εξετάσεις και υπηρεσίες καλύπτονται πλήρως εάν απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, 300.000 γυναίκες έχουν συμμετάσχει στο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και 20.000 γυναίκες με συμπτώματα έχουν εντοπιστεί εγκαίρως από τις αρχές του 2022. Ωστόσο, δεν δημοσιεύονται πρόσθετες πληροφορίες και στοιχεία σχετικά με τον πραγματικό αντίκτυπο και τα αποτελέσματα του προγράμματος, τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το στάδιο διάγνωσης και τις τάσεις στα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου πριν και μετά την εισαγωγή του προγράμματος.

Είναι ζωτικής σημασίας να διασφαλιστεί η συνέχιση και η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα όλων των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου. Προς το παρόν, τα προγράμματα αυτά χρηματοδοτούνται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ και η χρηματοδότησή τους λήγει τον Δεκέμβριο του 2025. Η βιωσιμότητα θα εξαρτηθεί από τη συνέχιση των τρεχουσών επενδύσεων σε πόρους, την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, την ευαισθητοποίηση του κοινού, την πολιτική στήριξη και τις ισχυρές δομές

αξιολόγησης.

Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας αυξήθηκαν, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν και να διευρύνονται οι ανισότητες

Σύμφωνα με δεδομένα της EHIS, περίπου το 66% των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών το 2019 ανέφεραν ότι υποβλήθηκαν σε μαστογραφία κατά τα τελευταία δύο έτη στην Ελλάδα. Το ποσοστό αυτό είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ το 2019 (66 % σύμφωνα με στοιχεία της EHIS).

Επιπλέον, έχει σημειωθεί πρόοδος κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες: το ποσοστό των Ελλήνων γυναικών που ανέφεραν ότι υποβλήθηκαν σε μαστογραφία αυξήθηκε από 54 % το 2006 σε 60 % το 2014.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονταν σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού διέφερε σημαντικά μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, με το εισόδημα, την εκπαίδευση και τη χώρα γέννησης να επηρεάζουν την πιθανότητα υποβολής σε μαστογραφία. Με βάση τα δεδομένα της EHIS για το 2019, μόνο οι μισές γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (53%) ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί σε μαστογραφία κατά τα τελευταία δύο έτη στην Ελλάδα, σε σύγκριση με το 64 % σε ολόκληρη την ΕΕ. Αντιθέτως, το ποσοστό ήταν 80% για τις επιλέξιμες γυναίκες με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 7%.

Το 2019 σχεδόν το 73% των γυναικών ηλικίας 20-69 ετών στην Ελλάδα ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί σε εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά την τελευταία διετία (ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 71% το 2019). Αυτό το ποσοστό συμμετοχής που αναφέρθηκε από τις ίδιες τις γυναίκες είχε μειωθεί από το 2014 (όπου ήταν 76%), αλλά αυξήθηκε σημαντικά από το 2006 (όπου ήταν 59%).

Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας, οι γυναίκες με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν 1,85 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε τακτική εξέταση επιχρίσματος απ' ό,τι οι γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Επιπλέον, τονίζεται ότι απαιτούνται πιο στοχευμένες δράσεις επικοινωνίας και ευαισθητοποίησης για την προσέγγιση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

Η επιτυχία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου εξαρτάται από την ενίσχυση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου διεξάγονται κυρίως σε ιδιωτικά εξωτερικά ιατρεία από ειδικευμένους ιατρούς λόγω της μεγάλης λίστας αναμονής στις δομές του ΕΣΥ. Η εισαγωγή των οικογενειακών ιατρών ως κεντρικής συνιστώσας του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήδη από το 2017, αποσκοπούσε στην ενίσχυση της σύνδεσης μεταξύ της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και των δράσεων προσυμπτωματικού ελέγχου ως δημόσιων πολιτικών πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης. Οι ιατροί της ΠΦΥ αναμένεται να αναγνωρίζουν και να ερμηνεύουν πιθανά συμπτώματα, να παρακινούν τον επιλέξιμο πληθυσμό να συμμετάσχει στις δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και να παραπέμπουν απευθείας τα άτομα σε εξειδικευμένη περίθαλψη, εάν χρειάζεται. Ωστόσο, επιτυχία αυτών των δράσεων παραμένει αβέβαιη, καθώς δεν υπάρχουν

διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την πραγματική χρήση από την πλευρά των ασθενών και τη συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος του οικογενειακού γιατρού. Επιπλέον, δεν υπάρχει στοχευμένη συνεχής ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση για την αποτελεσματική προβολή των ωφελειών του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Απαιτείται δράση με βάση τα δεδομένα για την αξιολόγηση των επιδόσεων, τη διασφάλιση της ποιότητας και την παρακολούθηση των ανισοτήτων

Παρά τη χρήση ψηφιακών εργαλείων για τον εντοπισμό και την πρόσκληση του επιλέξιμου πληθυσμού να συμμετάσχει σε προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, υπάρχει σημαντικό χάσμα στις πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα του προγράμματος, τα χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών και τις σχετικές διαγνώσεις καρκίνου. Δεν υπάρχουν διαθέσιμες διαδικασίες για τη συλλογή, τη διαχείριση και τη χρήση δεδομένων προσυμπτωματικού ελέγχου για τη διασφάλιση της ποιότητας, την αξιολόγηση των προγραμμάτων και τη βελτίωση των επιδόσεων. Η τεκμηριωμένη χάραξη πολιτικών είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό στρατηγικών με στόχο τη συμμετοχή των ευάλωτων πληθυσμών και την παρακολούθηση των ανισοτήτων όσον αφορά στην πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου, με ιδιαίτερη προσοχή στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη γεωγραφική περιοχή και το καθεστώς μετανάστευσης, μεταξύ άλλων παραγόντων.

Είναι αξιοσημείωτο, σημειώνει πολύ emphaticά η έκθεση του ΟΟΣΑ, ότι τα ζητήματα αυτά δεν αφορούν μόνο τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου. Απορρέουν από την ευρύτερη έλλειψη νοοτροπίας παρακολούθησης και αξιολόγησης στο πλαίσιο των πολιτικών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.

Όσον αφορά στο μείζον ζήτημα της προσβασιμότητας, η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις επαγγελματιών υγείας και άνιση γεωγραφική κατανομή των ογκολόγων ιατρών.

Η πολιτική ανθρώπινου δυναμικού και για τον καρκίνο στην Ελλάδα είναι κατακερματισμένη, με αποτέλεσμα να προκύπτουν σημαντικές προκλήσεις και προβλήματα όσον αφορά στην παροχή περίθαλψης των ασθενών. Υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις τόσο ογκολόγων σε νοσοκομειακό επίπεδο όσο και νοσηλευτικού προσωπικού σε επίπεδο κοινότητας, με την Ελλάδα να καταγράφει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 νέα περιστατικά καρκίνου μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Ειδικότερα, υπάρχουν 641 νοσηλευτές ανά 1.000 νέα περιστατικά καρκίνου στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 1.376 ανά 1.000. Επίσης στην Ελλάδα δεν προβλέπονται καθήκοντα περίθαλψης καθοδηγούμενης από το νοσηλευτικό προσωπικό ή προηγμένης νοσηλευτικής για τον καρκίνο.

Παρόμοιο ζήτημα παρατηρείται όσον αφορά τη διαθεσιμότητα οικογενειακών ιατρών, με την Ελλάδα να κατατάσσεται επίσης μεταξύ των χαμηλότερων θέσεων στην ΕΕ. Η έλλειψη ισχυρής ΠΦΥ υποχρεώνει τους ασθενείς να αναζητούν κατά κύριο λόγο νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη. Ως εκ τούτου, η αυξημένη ζήτηση ασκεί πίεση στο σύστημα υγείας, οδηγώντας σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής και διακινδυνεύοντας την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

Το ΕΣΥ εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού σε

διάφορες ιατρικές ειδικότητες που σχετίζονται με την ογκολογία —συμπεριλαμβανομένων των παθολόγων, των αιματολόγων, των χειρουργών ογκολόγων και των ογκολόγων-ακτινολόγων, καθώς και των νοσηλευτών. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη εστίασης στην ολιστική περίθαλψη του καρκίνου, η οποία περιλαμβάνει πρόσθετους κλάδους όπως η ψυχιατρική, η ψυχολογία, η κοινωνική εργασία, η φυσιοθεραπεία και η διαιτολογία. Οι ελλείψεις αυτές δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε χειρουργικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ακτινολογικής ογκολογίας στον ΕΣΥ. Τα προβλήματα πρόσβασης επιδεινώνονται περαιτέρω από τη γεωγραφική κατανομή των κλινικών ογκολόγων, καθώς η πυκνότητα των κλινικών ογκολόγων κυμαίνεται από 53 ανά 1.000.000 κατοίκους στην Αττική έως 5,6 στην Πελοπόννησο.

Παρά την κρίσιμη σημασία της διαθεσιμότητας ανθρώπινου δυναμικού για τη διασφάλιση της πρόσβασης στην περίθαλψη των νεοπλασματικών ασθενών, δεν υπάρχει ολοκληρωμένο σχέδιο για την αντιμετώπιση των ελλείψεων και την ανάπτυξη του μελλοντικού ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας. Η ιατρική ογκολογία υποεκπροσωπείται στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και η χειρουργική ογκολογία δεν έχει αναγνωριστεί ακόμη ως ανεξάρτητη ειδικότητα. Οι ευκαιρίες για κλινική επανειδίκευση και μεταπτυχιακή αναβάθμιση των δεξιοτήτων περιορίζονται κατά κύριο λόγο στις προσπάθειες ανεξάρτητων ιατρικών εταιρειών. Αυτό εμποδίζει τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση σημαντικών προκλήσεων πολιτικής όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα -συμπεριλαμβανομένης της μαζικής εκροής νέων γιατρών και νοσηλευτών σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως κυρίως η Γερμανία-, καθώς και για την επένδυση στη συνεχή ιατρική εκπαίδευση και σε ευκαιρίες εξειδίκευσης με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Οι υψηλές άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς και οι περιορισμένοι μηχανισμοί κοινωνικής προστασίας ενέχουν σημαντικούς οικονομικούς κινδύνους για τους καρκινοπαθείς

Οι χρόνιες ελλείψεις του συστήματος υγείας, οι μεγάλες λίστες αναμονής και η αυξανόμενη δυσарέσκεια των πολιτών για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχουν συμβάλει σημαντικά έτσι ώστε να υπάρχουν σταθερά υψηλές άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς. Το μοντέλο χρηματοδότησης της υγείας που ακολουθεί η Ελλάδα, σε συνδυασμό με την πιθανή απώλεια εισοδήματος λόγω ασθένειας, επιδεινώνει τις ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβαση σε περίθαλψη των νεοπλασματικών ασθενών και θέτει σημαντικές οικονομικές προκλήσεις ή συνεπάγεται ακόμη και οικονομική καταστροφή - ιδίως μεταξύ των φτωχότερων νοικοκυριών στην Ελλάδα.

Η συγκέντρωση των υποδομών περίθαλψης του καρκίνου επιδεινώνουν τις ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβαση στην περίθαλψη των ασθενών με καρκίνο

Οι υποδομές περίθαλψης του καρκίνου είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένες σε μεγάλες αστικές περιοχές στην Ελλάδα, όπου βρίσκονται οι περισσότερες εξειδικευμένες ογκολογικές μονάδες. Ειδικότερα, σχεδόν δύο στα τρία νοσοκομεία και κλινικές που παρέχουν ογκολογική περίθαλψη βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Οι ασθενείς που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές αντιμετωπίζουν σημαντικά γεωγραφικά εμπόδια όσον αφορά στην πρόσβαση σε υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας και

παρακολούθησης. Ως εκ τούτου, σχεδόν το ένα τέταρτο των καρκινοπαθών θεωρούν ότι οι μεγάλες αποστάσεις και οι δυσκολίες μεταφοράς συνιστούν εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Έχει καταγραφεί σημαντική διαπεριφερειακή κινητικότητα καρκινοπαθών — κυρίως προς την Αθήνα. Εκτός από τις πιθανές επιπτώσεις στην έγκαιρη έναρξη και συνέχιση της περίθαλψης του καρκίνου, η κατάσταση αυτή έχει σημαντικές επιπτώσεις για τους ασθενείς και τους φροντιστές τους, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας εισοδήματος, του κόστους μεταφοράς και στέγασης και των επιπτώσεων στην κοινωνική ζωή, τη συναισθηματική κατάσταση και την ευημερία. Λόγω της συγκέντρωσης των υπηρεσιών περίθαλψης του καρκίνου, η πρόσβαση σε περίθαλψη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη δυνατότητα πληρωμής, καθώς οι φτωχότεροι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να μπορέσουν να επωμιστούν τις πρόσθετες δαπάνες που συνδέονται με τη λήψη περίθαλψης εκτός της περιοχής διαμονής τους.

Οι χρόνοι αναμονής για την πρόσβαση σε διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες είναι μεγάλοι

Η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού οδηγεί σε σημαντικές καθυστερήσεις στις εργαστηριακές εξετάσεις παθολογίας του καρκίνου, οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για την ακριβή διάγνωση. Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα είναι η απουσία επίσημου πλαισίου για την πρόσβαση σε εξετάσεις βιοδεικτών, οι οποίες είναι συχνά απαραίτητες για τη χαρτογράφηση των θεραπευτικών οδών. Κατά συνέπεια, η πρόσβαση στην ανίχνευση βιοδεικτών παρέχεται στους ασθενείς σε *ad hoc* βάση μέσω επιχορηγήσεων από ενώσεις ασθενών, επιστημονικές εταιρείες και άλλους χορηγούς.

Οι χρόνοι αναμονής για ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα δημόσια νοσοκομεία είναι επίσης μεγάλοι και δεν έχουν θεσπιστεί ακόμη στόχοι για τη βελτίωση της πρόσβασης σε περίθαλψη του καρκίνου. Από τα τελευταία στοιχεία προκύπτει ότι πάνω από το 50 % των ασθενών που ανέφεραν εμπόδια στην πρόσβαση σε περίθαλψη του καρκίνου προσδιόρισαν τον μεγάλο χρόνο αναμονής ως το μείζον ζήτημα.

Κατά συνέπεια, οι ασθενείς συχνά στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα λόγω ανησυχιών σχετικά με τις επιπτώσεις της μεγάλης αναμονής στην υγεία τους.

Η δυναμικότητα για ακτινοθεραπείες αυξήθηκε στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, αλλά παραμένει χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ

Στην Ελλάδα, η ποσότητα του εξοπλισμού ακτινοθεραπείας αυξήθηκε από 6 ανά 1.000.000 άτομα το 2012 σε 7 ανά 1.000.000 άτομα το 2022, αλλά παραμένει κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 8 ανά 1.000.000 άτομα και κατά 3% χαμηλότερη από τον μέσο όρο των χωρών αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου. Ο εξοπλισμός διατηρείται σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, με την πλειονότητά του να συγκεντρώνεται στις δύο μεγαλύτερες πόλεις (Αθήνα και Θεσσαλονίκη). Η κατανομή αυτή οδηγεί σε σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβαση.

Σχετικά το με ζήτημα της ποιότητας, παρατηρείται μείωση μεν της πρόωρης θνησιμότητας στην Ελλάδα, αλλά με αργούς ρυθμούς σε σύγκριση με τις χώρες της ΕΕ

Τα δυνητικά χαμένα έτη ζωής είναι ένα ενδιαφέρον μέτρο αξιολόγησης του αντικτύπου των διαφόρων καρκίνων στην κοινωνία, διότι αποδίδει μεγαλύτερη βαρύτητα στους θανάτους από καρκίνο μεταξύ των νεότερων ατόμων. Η εξέταση της μεταβολής των ετών αυτών με την πάροδο του χρόνου σε διάφορες περιοχές εκδήλωσης καρκίνου μπορεί να οδηγήσει σε βελτιώσεις των συστημάτων περίθαλψης του καρκίνου μέσω της μείωσης της πρόωρης θνησιμότητας.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των δυνητικών χαμένων ετών ζωής από όλες τις περιοχές εκδήλωσης καρκίνου ήταν 1.361 ανά 100.000 άτομα το 2020, ποσοστό παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (1.355 ανά 100.000). Από το 2012 έως το 2020, ο αριθμός των δυνητικών χαμένων ετών ζωής μειώθηκε κατά 9% στην Ελλάδα, σε σύγκριση με μέση μείωση κατά 19 % σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι διαφορές αυτές αντικατοπτρίζουν τη δυσκολία της Ελλάδας να βελτιώσει την έγκαιρη πρόσβαση σε περίθαλψη του καρκίνου και την ποιότητά της. Παρά το γεγονός ότι συνέβαλαν σημαντικά στην πρόωρη θνησιμότητα, τα δυνητικά χαμένα έτη ζωής από καρκίνο του πνεύμονα μειώθηκαν κατά 18% από το 2012 έως το 2020. Αντιθέτως, τα ποσοστά αυξήθηκαν για τον καρκίνο του ήπατος, τον καρκίνο του παγκρέατος και τον καρκίνο των ωοθηκών κατά την ίδια περίοδο.

Απαιτούνται πρωτοβουλίες συγκέντρωσης και συντονισμού της περίθαλψης για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης

Παρά τα αναγνωρισμένα οφέλη της συγκέντρωσης της περίθαλψης για τις κλινικές εκβάσεις, η περίθαλψη του καρκίνου στην Ελλάδα παραμένει κατακερματισμένη. Από τις αρχές της δεκαετίας του 2010 έχει διατυπωθεί σύσταση για τη δημιουργία δικτύων περίθαλψης του καρκίνου, με δυνατότητα ενίσχυσης του συντονισμού μεταξύ των δομών περίθαλψης και διευκόλυνσης της διάδοσης γνώσεων και κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής μεταξύ των δομών και των επαγγελματιών υγείας.

Παρότι τα στοιχεία δείχνουν ότι οι πρωτοβουλίες αυτές συνήθως βελτιώνουν τις κλινικές εκβάσεις και ενδεχομένως μειώνουν το κόστος, δεν έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος. Ωστόσο, είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι η Ελλάδα κάνει σημαντικές προσπάθειες για την ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων στον τομέα της περίθαλψης του καρκίνου, τα οποία συνιστώνται για την εξασφάλιση πιο ομοιόμορφης και ολοκληρωμένης χρήσης στην κλινική πρακτική.

Οι μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας είναι περιορισμένοι, με πιθανές επιπτώσεις στις εκβάσεις του καρκίνου και στο σχετικό κόστος

Η Ελλάδα δεν διαθέτει ένα άρτια δομημένο σύστημα για την παρακολούθηση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου και των ποσοστών επιβίωσης από τον καρκίνο. Επίσης, τα μέτρα αξιολόγησης των κλινικών εκβάσεων των ασθενών και τα εργαλεία που βασίζονται σε αναφορές και εμπειρίες ασθενών δεν συλλέγονται συστηματικά, ενώ στοιχεία παράγονται μόνο από ανεξάρτητους ερευνητές και επαγγελματίες υγείας σε ad hoc βάση. Πολλά ερευνητικά κέντρα εργάζονται με σκοπό τη βελτίωση της διαθεσιμότητας δεδομένων για τον καρκίνο. Η έλλειψη ομοιογενών δεδομένων σχετικά με διάφορες εκβάσεις εμποδίζει την αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής και περιορίζει τις ευκαιρίες ανατροφοδότησης και συγκριτικής αξιολόγησης όσον αφορά τις επιδόσεις των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, θέτει σε κίνδυνο την ικανότητα της χώρας να παράγει στοιχεία τόσο για την κλινική

πρακτική όσο και για τη χάραξη πολιτικής.

Οι μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας στην περίθαλψη του καρκίνου είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένοι στην Ελλάδα. Οι πάροχοι περίθαλψης για τον καρκίνο, όπως τα εργαστήρια και τα διαγνωστικά κέντρα, δεν λαμβάνουν διαπίστευση ή πιστοποίηση με συνεπή τρόπο.

Η Ελλάδα δεν διαθέτει Εθνικό Μητρώο Καρκίνου!

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των λίγων χωρών της ΕΕ που δεν έχουν ακόμη εφαρμόσει Εθνικό Μητρώο Καρκίνου, παρά το γεγονός ότι η πρωτοβουλία αυτή συζητείται συστηματικά στη χώρα από τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Παρότι η δημιουργία εθνικού μητρώου εξαγγέλθηκε στις αρχές του 2024, με τη συμμετοχή επιστημονικών εταιρειών και οργανώσεων ασθενών, το μητρώο δεν έχει συσταθεί ακόμη. Ένα τέτοιο μητρώο θα συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της συνέχειας και της ποιότητας της περίθαλψης, ενώ παράλληλα θα παράγει χρήσιμα κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα για την υποστήριξη του τεκμηριωμένου σχεδιασμού πολιτικής.

Η Ελλάδα δεν διαθέτει ίδρυμα για την προώθηση της αριστείας και της ποιότητας στην περίθαλψη του καρκίνου

Παρά τις προηγούμενες προσπάθειες, τα σχέδια για τη δημιουργία εθνικού ινστιτούτου για τον καρκίνο έχουν εγκαταλειφθεί. Ένα άρτια δομημένο ινστιτούτο με επαρκείς πόρους θα αποτελούσε σημαντική πρόοδο, καθώς θα προωθούσε πρωτοβουλίες έρευνας και πολιτικής που θα αποσκοπούσαν στη βελτίωση της πρόληψης, της ανίχνευσης, της διάγνωσης, της θεραπείας και της επιβίωσης. Θα διασφάλιζε επίσης τη συλλογή, την προστασία, την αποθήκευση και την προσβασιμότητα κλινικών και γονιδιωματικών δεδομένων, παρέχοντας παράλληλα ευκαιρίες κατάρτισης και υποστήριξη για το εργατικό δυναμικό στον τομέα του καρκίνου σε όλα τα στάδια της σταδιοδρομίας του.

Η Ελλάδα επίσης δεν διαθέτει ολοκληρωμένα κέντρα καρκίνου σε ολόκληρη τη χώρα. Εκκρεμεί δε η αναβάθμιση του Γενικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας” σε ολοκληρωμένο κέντρο για τον καρκίνο (CCC).

Τα ολοκληρωμένα κέντρα είναι καθοριστικής σημασίας για την προώθηση της αριστείας στην κλινική πρακτική και τη διάδοση νέων γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της περίθαλψης του καρκίνου. Τέλος, παρότι στην Ελλάδα έχουν συσταθεί πολυτομεακά ογκολογικά συμβούλια εδώ και πάνω από μια δεκαετία, ο ρόλος τους είναι περιορισμένος λόγω ελλείψεων προσωπικού, σημαντικού διοικητικού φόρτου και γραφειοκρατικών εμποδίων.

Όσον αφορά στο κόστος και σχέση κόστους-οφέλους, η Ελλάδα προβλέπεται να έχει χαμηλότερη επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία από τον καρκίνο σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ

Σύμφωνα με την έκθεση μεταξύ του 2023 και του 2050 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία εκτιμάται ότι θα είναι κατά 3 % υψηλότερες στην Ελλάδα λόγω της επιβάρυνσης του καρκίνου. Αυτό ισοδυναμεί με μέσο όρο 78 EUR ανά άτομο ετησίως. Το ποσό αυτό είναι πολύ

χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (242 EUR).

Συνολικά, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας για την περίθαλψη του καρκίνου αναμένεται να αυξηθούν κατά 68 % στην Ελλάδα μεταξύ του 2023 και του 2050, σε σύγκριση με την αύξηση κατά 59 % στην ΕΕ.

Όσον αφορά στο υπόλοιπο κόστος για την οικονομία, εκτιμάται ότι ο καρκίνος θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό στην Ελλάδα. Μεταξύ του 2023 και του 2050, κατά μέσο όρο, ο καρκίνος αναμένεται να οδηγήσει σε απώλεια 126 εργαζομένων πλήρους απασχόλησης ανά 100.000 άτομα λόγω της ανάγκης μείωσης της απασχόλησης εξαιτίας του καρκίνου, καθώς και σε απώλεια 26 εργαζομένων πλήρους απασχόλησης ανά 100.000 άτομα λόγω απουσιασμού (absenteeism) και σε απώλεια 29 εργαζομένων πλήρους απασχόλησης ανά 100.000 άτομα λόγω παρουσιασμού (presenteeism).

Έχουν εφαρμοστεί μέτρα περιορισμού του κόστους, κυρίως για τα φαρμακευτικά προϊόντα

Τα κύρια μέτρα για τον έλεγχο του κόστους των ογκολογικών φαρμάκων είναι οι διαπραγματεύσεις για τις τιμές, οι εκπτώσεις (rebate) και οι επιστροφές (clawback). Μέχρι σήμερα, έχουν θεσπιστεί λίγα μέτρα από την πλευρά της ζήτησης, όπως η αποτελεσματική παρακολούθηση της συνταγογράφησης και η σταδιακή έγκριση κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης. Λόγω έλλειψης κατάλληλων υποδομών και δεδομένων, η εφαρμογή ρυθμίσεων πληρωμής με επιμερισμό του κινδύνου και άλλων συμφωνιών ελεγχόμενης εισόδου αποτελεί δύσκολο εγχείρημα στην Ελλάδα. Η αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας (HTA), η οποία θεσπίστηκε το 2018, διενεργείται για τα φαρμακευτικά προϊόντα αλλά όχι για άλλες τεχνολογίες υγείας. Η αξιολόγηση αυτή επικεντρώνεται κυρίως στις κλινικές πτυχές και σε μικρότερο βαθμό στην οικονομική αξιολόγηση και την ευρύτερη κοινωνική αξία των αντικαρκινικών φαρμάκων. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη προσωπικού και σε διάφορα διοικητικά και γραφειοκρατικά εμπόδια, τα οποία περιορίζουν τη δυνατότητα αυστηρής αξιολόγησης της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των νέων τεχνολογιών.

Σε σχέση με την ευημερία και ποιότητα ζωής, ο καρκίνος προβλέπεται να έχει μεγάλο αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής και την ψυχική υγεία στην Ελλάδα

Μεταξύ του 2023 και του 2050, ο καρκίνος προβλέπεται ότι θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής του ελληνικού πληθυσμού κατά 2,2 έτη σε σύγκριση με σενάριο όπου δεν υφίσταται καρκίνος. Ο αριθμός αυτός υπερβαίνει τη μέση μείωση των 1,9 ετών στην ΕΕ.

Επιπλέον, ο καρκίνος έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού εξαιτίας των σχετικών συμπτωμάτων που προκαλεί και των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, και έχει αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή, τους κοινωνικούς ρόλους και την εργασία. Η Ελλάδα αναμένεται να έχει πολύ υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης λόγω καρκίνου, με ποσοστό 22 περιστατικών ανά 100.000 κατοίκους ετησίως. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ανέρχεται σε 17 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους.

Ο καρκίνος επηρεάζει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, την κατάσταση της ψυχικής

υγείας και την ευημερία των ασθενών στην Ελλάδα

Η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών στην Ελλάδα είναι σημαντικά χαμηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού.

Οι ασθενείς αναφέρουν ότι η εμφάνιση του καρκίνου έχει αλλάξει σημαντικά την οικογενειακή τους ζωή, καθώς και τις ευκαιρίες συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας και σε κοινωνικές δραστηριότητες. Για παράδειγμα, πάνω από το 60 % των καρκινοπαθών στην Ελλάδα ανέφεραν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και τη συναναστροφή με τον κοινωνικό τους περίγυρο, καθώς και αλλαγές στην οικογενειακή τους ζωή. Υπάρχουν επίσης σημαντικές κοινωνικο-δημογραφικές διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των καρκινοπαθών, με τις γυναίκες και τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό και εισοδηματικό επίπεδο να αναφέρουν γενικά υψηλότερες βαθμολογίες σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής. Πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο επιπολασμό χαμηλής ποιότητας ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων επιζώντων καρκίνου από όλες τις χώρες της ΕΕ.

Οι καρκινοπαθείς διατρέχουν επίσης σημαντικό κίνδυνο να βιώσουν αγωνία για διάφορους λόγους. Περίπου το 80% των καρκινοπαθών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ανέφεραν άγχος, φόβο και κόπωση, πάνω από το 50% ήταν αγχωμένοι και λυπημένοι, και περίπου το 30% ανέφεραν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι οικονομικές δυσκολίες και η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων αυξάνουν περαιτέρω την πιθανότητα αναφοράς μειωμένης ευημερίας. Συνολικά, μια σειρά παραγόντων συνήθως μειώνουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων των περιορισμών στις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, των περιορισμών στη συνέχιση των χόμπι και των κοινωνικών δραστηριοτήτων, των αυξημένων επιπέδων πόνου και ναυτίας, των διαταραχών ύπνου, της αδυναμίας, της δύσπνοιας, της έλλειψης όρεξης και του αισθήματος κόπωσης, έντασης και ευερεθιστότητας.

Στην Ελλάδα επηρεάζεται επίσης η ποιότητα ζωής των φροντιστών. Η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα αποτελεί ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο στα νοσοκομεία λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως κυρίως η υποστελέχωση. Τα μέλη της οικογένειας συχνά παραμένουν δίπλα στον ασθενή για πολλές ώρες, και μάλιστα αναλαμβάνουν διάφορους ρόλους, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτικών καθηκόντων. Η κατάσταση αυτή εξηγεί σε μεγάλο βαθμό τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής κατάπτωσης, το αίσθημα απελπισίας και τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν μεταξύ των φροντιστών καρκινοπαθών.

Η δυνητική ανικανότητα εργασίας λόγω καρκίνου και ευθυνών φροντίδας δημιουργεί πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση, ιδίως για τα πιο ευάλωτα νοικοκυριά. Το ζήτημα αυτό είναι κρίσιμης σημασίας, δεδομένου ότι η υποστήριξη των ασθενών ή ακόμη και τα βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα συχνά παρέχονται ανεπίσημα από τα μέλη της οικογένειας στην Ελλάδα. Είναι σημαντικό να αναλυθούν τα στοιχεία αυτά με συνεκτίμηση του ευρύτερου κοινωνικοοικονομικού πλαισίου, καθώς η Ελλάδα έχει βιώσει μια δεκαετή οικονομική κρίση, ακολουθούμενη από την κρίση εξαιτίας του υψηλού κόστους ζωής, η οποία έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος και της αγοραστικής δύναμης, επιδεινώνοντας περαιτέρω τις προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη.

Η Ελλάδα δεν διαθέτει μια σειρά δράσεων πολιτικής για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημες εκθέσεις που να αναλύουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών και των επιζώντων καρκίνου. Παρότι τα εν λόγω δεδομένα θα παρείχαν πολύτιμα στοιχεία για τη χάραξη τεκμηριωμένης πολιτικής, τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτουν από μεμονωμένες προσπάθειες ερευνητών και επαγγελματιών υγείας.

Υπάρχει επίσης έλλειψη ολοκληρωμένων στρατηγικών για τη στήριξη των καρκινοπαθών και των επιζώντων καρκίνου όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους. Ενώ τα προγράμματα για την έκθεση στη θεραπεία, τον έλεγχο του πόνου, τη διαχείριση του άγχους και τις πιθανές όψιμες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης φροντίδας του καρκίνου, δεν έχουν δρομολογηθεί δράσεις εκπαίδευσης σε εθνικό επίπεδο στην Ελλάδα. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη συντονισμού και επικοινωνίας μεταξύ των ειδικευμένων και εξειδικευμένων ιατρών και των ιατρών της ΠΦΥ, γεγονός που εμποδίζει τη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας και υποβαθμίζει την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών. Η απουσία ηλεκτρονικών μητρώων υγείας και η περιορισμένη διαθεσιμότητα εκπαιδευμένων επαγγελματιών ΠΦΥ για τη διαχείριση της περίθαλψης του καρκίνου περιορίζουν τις ευκαιρίες για την καθιέρωση ολοκληρωμένης και ανθρωποκεντρικής περίθαλψης του καρκίνου.

Πέραν της παροχής φροντίδας, η Ελλάδα πρέπει επίσης να θεσπίσει πιο ολοκληρωμένους μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών και των επιζώντων καρκίνου. Εφαρμόζονται ορισμένα μέτρα κοινωνικής στήριξης, καθώς οι καρκινοπαθείς είναι επιλέξιμοι για παροχές αναπηρίας, όπως φορολογικές ελαφρύνσεις, μειωμένο ωράριο εργασίας και εγγραφή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη στοχευμένων ψυχοκοινωνικών και άλλων παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην ενεργό στήριξη της κοινωνικής ένταξης και της επανένταξης στην καθημερινή ζωή και στον χώρο εργασίας. Συνολικά, διάφορες δράσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών και των επιζώντων καρκίνου (π.χ. ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις) διοργανώνονται από οργανώσεις ασθενών και ΜΚΟ, αλλά δεν έχει θεσπιστεί ακόμη ένα σύνολο συστηματικών και δομημένων δράσεων σε εθνικό επίπεδο.

Οι υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας είναι κατακερματισμένες και περιορισμένες, παρά τα τρέχοντα σχέδια για την ανάπτυξή τους

Το σύστημα παρηγορητικής φροντίδας της Ελλάδας παραμένει κατακερματισμένο και περιορισμένο. Η παροχή υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής, είναι κατά κύριο λόγο εθελοντική. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε μικρό αριθμό δημόσιων νοσοκομείων ή από νοσηλευτές ή μη εκπαιδευμένους φροντιστές που αποζημιώνονται από την οικογένεια του ασθενούς, μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), φιλανθρωπικούς οργανισμούς ή ιδιωτικούς παρόχους. Το ζήτημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο πλαίσιο της περίθαλψης του καρκίνου, καθώς εκτιμάται ότι οι καρκινοπαθείς αντιπροσωπεύουν το 37 % των συνολικών αναγκών παρηγορητικής φροντίδας στην Ελλάδα. Ωστόσο, η τρέχουσα δυναμική του συστήματος παρηγορητικής φροντίδας είναι ανεπαρκής, καθώς καλύπτει λιγότερο από το 1 % των ασθενών που θα μπορούσαν δυνητικά να επωφεληθούν από την εν λόγω φροντίδα. Αυτή η ανεπάρκεια έχει σοβαρές επιπτώσεις για τα νοικοκυριά, καθώς τα μέλη της οικογένειας είτε αναλαμβάνουν τον ρόλο του άτυπου φροντιστή είτε επωμίζονται το κόστος για την παροχή υπηρεσιών από άλλους φροντιστές.

Ο νόμος 5007/2022 περί ολοκληρωμένου Συστήματος Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας

παραμένει ως σήμερα ανεφάρμοστος. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για τη σύσταση εθνικής επιτροπής παρηγορητικής φροντίδας, την κατάρτιση εθνικού σχεδίου δράσης, τη σύσταση εθνικού μητρώου ασθενών παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και για την επιστροφή των εξόδων και την εκπαίδευση των παρόχων παρηγορητικής φροντίδας.

Η νοσηλεία κατ' οίκον εισάγεται σταδιακά, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών

Το 2021 εγκαινιάστηκε μια ελπιδοφόρα πρωτοβουλία στο Ογκολογικό Νοσοκομείο Αγίου Σάββα, στο πλαίσιο της οποίας προσφέρονται θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου στα σπίτια των ασθενών. Τα πρώτα ποιοτικά στοιχεία δείχνουν ότι η πρωτοβουλία αυτή μπορεί να έχει βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών, διευκολύνοντας την πρόσβαση στην περίθαλψη και παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να εκτελούν καθημερινά καθήκοντα, αποφεύγοντας τους μεγάλους χρόνους αναμονής.

Ο παιδιατρικός καρκίνος στο επίκεντρο

Εκτιμάται ότι στην Ελλάδα 199 παιδιά και έφηβοι ηλικίας έως 15 ετών διαγνώστηκαν με καρκίνο το 2022. Το 2022 η Ελλάδα είχε συχνότητα εμφάνισης καρκίνου 14,1 ανά 100.000 παιδιά ηλικίας 0-14 ετών, υψηλότερο από τον μέσο όρο του 13,7 της ΕΕ. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης στα αγόρια είναι υψηλότερα απ' ό,τι στα κορίτσια, τάση παρόμοια με αυτήν που παρατηρείται σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου είναι η λευχαιμία με 5,6 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά (40%), ο καρκίνος του εγκεφάλου και ο καρκίνος του κεντρικού νευρικού συστήματος με 2,7 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά (19%), το λέμφωμα με 1,6 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά (11%) και ο καρκίνος των νεφρών, με 0,7 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά (5%).

Ενώ τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου στις ηλικίες 0-14 ετών είναι υψηλότερα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την ΕΕ, σύμφωνα με την Eurostat, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι παρόμοια, με μέσο ποσοστό θνησιμότητας 3ετίας 2,1 ανά 100.000 παιδιά.

Όσον αφορά στην οργάνωση της περίθαλψης, οκτώ νοσοκομεία στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν τον παιδικό καρκίνο: πέντε στην Αθήνα, δύο στη Θεσσαλονίκη και ένα στην Κρήτη. Κανένα από αυτά τα νοσοκομεία δεν είναι ειδικά αντικαρκινικά κέντρα. Επιπλέον, στην Ελλάδα διατίθενται 10 από τις 13 τύποι υποδομών και θεραπευτικών επιλογών - συμπεριλαμβανομένης της χημειοθεραπείας, της χειρουργικής, της ακτινοθεραπείας με φωτόνια και των μεταμοσχεύσεων βλαστοκυττάρων. Ωστόσο, σύμφωνα με το πρόγραμμα «Οργάνωση της περίθαλψης και της έρευνας για τα παιδιά με καρκίνο στην Ευρώπη» (Organisation of Care & Research for Children with Cancer in Europe – OCEAN) της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδιατρικής Ογκολογίας, η ακτινοθεραπεία με πρωτόνια, η βραχυθεραπεία και η παρηγορητική φροντίδα δεν είναι διαθέσιμες για τους παιδιατρικούς ασθενείς με καρκίνο στην Ελλάδα.

Από τις 436 κλινικές δοκιμές στις οποίες συμμετείχαν παιδιατρικοί και έφηβοι ασθενείς με καρκίνο στην Ευρώπη μεταξύ του 2010 και του 2022, μόνο οι 25 διεξήχθησαν στην Ελλάδα (5,7%). Ωστόσο, το 80 % των 68 φαρμάκων που προσδιορίστηκαν ως απαραίτητα για τη θεραπεία του καρκίνου σε ασθενείς ηλικίας 0 έως 18 ετών ήταν διαθέσιμα στην Ελλάδα, σε

σύγκριση με το 76 % στην ΕΕ κατά μέσο όρο.

Επειδή η νόσος του καρκίνου εξακολουθεί να ταλανίζει σημαντικό μέρος του πληθυσμού και συνιστά έναν από τους βασικούς παράγοντες θνησιμότητας των πολιτών της χώρας

Επειδή η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου οδηγεί σε υψηλά ποσοστά ίασης και η πρόληψη αποτελεί την πιο αποτελεσματική και αποδοτική δημόσια πολιτική αντιμετώπισής του

Επειδή η ανυπαρξία Εθνικού Σχεδίου για τον Καρκίνο έχει αρνητικές επιπτώσεις στο άχθος του καρκίνου, τα ποσοστά επιβίωσης, την έρευνα, την επιτήρηση, την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την θεραπεία, την παρηγορητική φροντίδα και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ιστορικό καρκίνου

Επειδή οι δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου χρηματοδοτούνται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, το οποίο μάλιστα λήγει στις 31-12-2025 και δεν υπάρχει σχέδιο ενσωμάτωσης και βιωσιμότητας

Επειδή η συνεχιζόμενη απαξίωση του υπό κατάρρευση ΕΣΥ και παράλληλα η ενεργητική ή παθητική περιμοδότηση του ιδιωτικού τομέα υγείας θέτουν ανυπέρβλητα εμπόδια στην πρόσβαση του πληθυσμού σε δωρεάν, ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, εντείνοντας και εμβαθύνοντας τις ακάλυπτες υγειονομικές ανάγκες και τις κοινωνικές ανισότητες και εξαναγκάζοντας μεγάλο μέρος του πληθυσμού να προβαίνει σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές εν μέσω παρατεταμένου πληθωρισμού και ακρίβειας

Επειδή είναι προφανές ότι απουσιάζει ο σχεδιασμός και η στρατηγική στην αντιμετώπιση της επιδημίας του καρκίνου στην Ελλάδα

Ερωτάται ο κ. Υπουργός:

1. Είναι στις προθέσεις του η εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου και τεκμηριωμένου Εθνικού Σχεδίου για τον Καρκίνο;
2. Γιατί δεν έχει ως τώρα εφαρμοστεί και πότε σκοπεύει να εφαρμοστεί ο νόμος 4600/2019, ο οποίος προβλέπει την ίδρυση και λειτουργία ενός Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών;
3. Τι προτίθεται να πράξει σχετικά με το Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής Ακρίβειας, το οποίο μετά το πέρας της πιλοτικής φάσης του (2021), έχει παύσει να λειτουργεί απουσία νομοθετικού πλαισίου και χρηματοδότησης;
4. Υπάρχει κεντρικός χωροταξικός σχεδιασμός εξειδικευμένων ογκολογικών κέντρων στη χώρα, π.χ. στη νοτιοδυτική Ελλάδα;
5. Ποιος είναι ο σχεδιασμός σχετικά με την εξάπλωση των ολοκληρωμένων κέντρων καρκίνου (CCC);
6. Σκοπεύει να ακολουθήσει τις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και τη διασφάλιση της ποιότητας των σχετικών υπηρεσιών υγείας, με έμφαση την πιστοποίηση των διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων;
7. Υπάρχουν προβλέψεις για την ενσωμάτωση και βιωσιμότητα των δράσεων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου που χρηματοδοτούνται ως 31-12-2025 από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας;
8. Πότε θα εφαρμοστεί ο νόμος 5007/2022 περί ολοκληρωμένου Συστήματος

Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας;

9. Ποια μέριμνα υπάρχει ώστε να επεκταθεί η κατ' οίκον νοσηλεία νεοπλασματικών ασθενών και για άλλα νοσοκομεία εκτός του «Αγίου Σάββα»;

Οι ερωτώντες βουλευτές

Παναγιωτόπουλος Ανδρέας

Ακρίτα Έλενα

Βέττα Καλλιόπη

Γαβρήλος Γεώργιος

Γιαννούλη Χρήστος

Δούρου Ειρήνη (Ρένα)

Ζαμπάρας Μιλτιάδης (Μίλτος)

Καλαματιανός Διονύσιος-Χαράλαμπος

Κασιμάτη Νίνα

Κόκκαλης Βασίλειος

Μεϊκόπουλος Αλέξανδρος

Μπάρκας Κωνσταντίνος

Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα)

Παπαηλιού Γεώργιος

Πολάκης Παύλος

Τσαπανίδου Παρθένα (Πόπη)

Ψυχογιός Γεώργιος