



# Προφίλ χωρών για τον καρκίνο 2023



## Η σειρά των προφίλ χώρας για τον καρκίνο

Το ευρωπαϊκό μητρώο ανισοτήτων όσον αφορά τον καρκίνο αποτελεί εμβληματική πρωτοβουλία του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου. Παρέχει έγκυρα και αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με την πρόληψη και την περίθαλψη του καρκίνου ώστε να προσδιορίζονται τάσεις, αποκλίσεις και ανισότητες μεταξύ των κρατών μελών και των περιφερειών. Τα προφίλ χώρας για τον καρκίνο προσδιορίζουν πλεονεκτήματα, προκλήσεις και συγκεκριμένους τομείς δράσης για καθένα από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία και τη Νορβηγία, με σκοπό την καθοδήγηση των επενδύσεων και των παρεμβάσεων σε ενωσιακό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου.

Τα προφίλ αποτελούν έργο του ΟΟΣΑ σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα εκφράζει την ευγνωμοσύνη της για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις της επιτροπής υγείας του ΟΟΣΑ, της θεματικής ομάδας εμπειρογνομόνων της ΕΕ για το μητρώο ανισοτήτων όσον αφορά τον καρκίνο, αλλά και των εθνικών εμπειρογνομόνων.

## Πηγές δεδομένων και πληροφοριών

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα προφίλ χώρας για τον καρκίνο βασίζονται κυρίως σε εθνικά επίσημα στατιστικά στοιχεία τα οποία παρασκήθηκαν στην Eurostat και τον ΟΟΣΑ και επικυρώθηκαν ώστε να διασφαλιστούν τα υψηλότερα δυνατά πρότυπα συγκρισιμότητας των δεδομένων. Οι πηγές και οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων αυτών διατίθενται στη βάση δεδομένων της Eurostat και στη βάση δεδομένων υγείας του ΟΟΣΑ.

Πρόσθετα στοιχεία προέρχονται επίσης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τον Διεθνή Οργανισμό Ερευνών για τον Καρκίνο (IARC), τον Διεθνή Οργανισμό Ατομικής Ενέργειας (ΔΟΑΕ), το Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας (IHME) και άλλες εθνικές πηγές (ανεξάρτητες από ιδιωτικά ή εμπορικά συμφέροντα). Οι υπολογισθέντες μέσοι όροι για την ΕΕ είναι σταθμισμένοι μέσοι όροι των 27 κρατών μελών, εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά. Στους εν λόγω μέσους όρους της ΕΕ δεν περιλαμβάνονται η Ισλανδία και η Νορβηγία.

*Αποποίηση ευθύνης: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union. This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.*

*Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".*

*Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.*

©OECD 2023

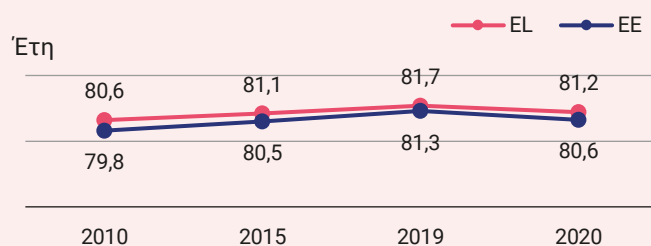
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <https://www.oecd.org/termsandconditions>.

## Περιεχόμενα

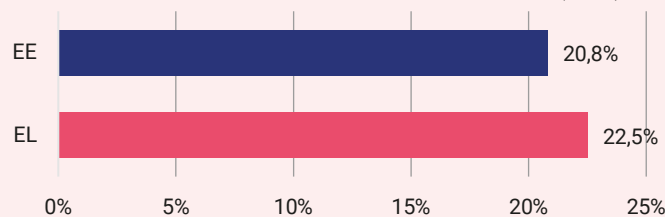
1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	3
2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	4
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	7
4. ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ	10
5. ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	12
5.1 Προσβασιμότητα	12
5.2 Ποιότητα	14
5.3 Κόστος και σχέση κόστους-ωφέλειας	16
5.4 COVID-19 και καρκίνος: αναπτύσσοντας ανθεκτικότητα	17
6. ΟΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ	18

## Σύνοψη των κύριων χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας

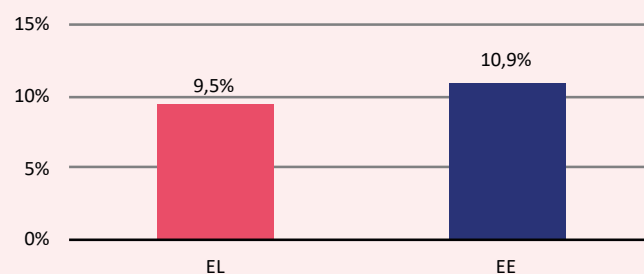
### ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (ΣΕ ΕΤΗ)



### ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ 65 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ (2021)

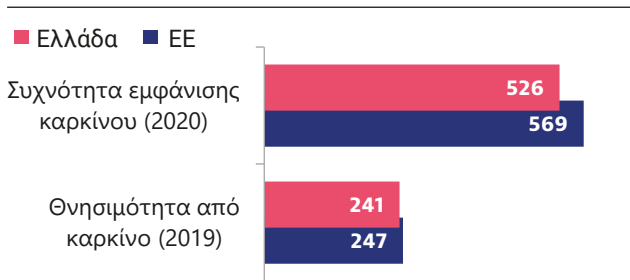


### ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ (2020)

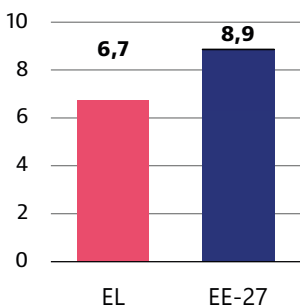
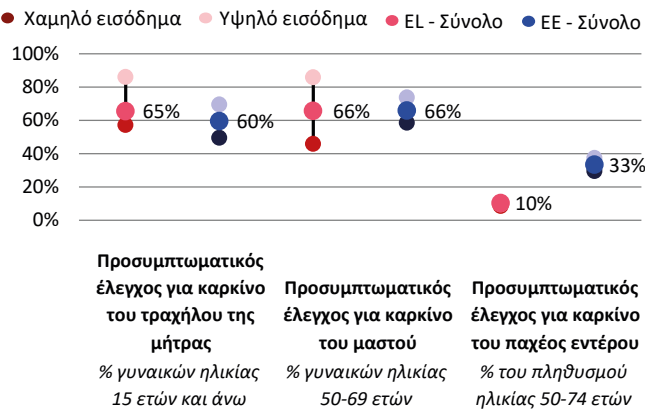
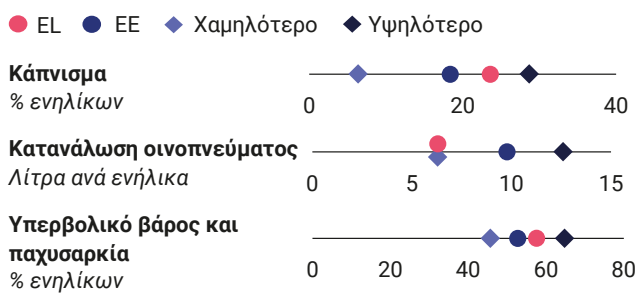


Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

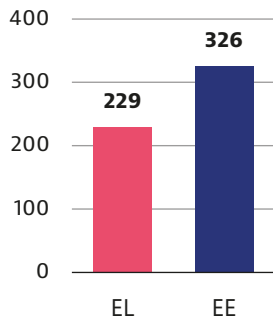
# 1. Σημαντικότερα σημεία



Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης ανά 100 000 άτομα



Αριθμός κέντρων ακτινοθεραπείας ανά 100 000 άτομα, 2007-2022



Συνολικό κόστος καρκίνου (κατά κεφαλήν ΙΑΔ σε EUR), 2018

## Ο καρκίνος στην Ελλάδα

Το 2020 αναμένονταν κατ' εκτίμηση 62 500 νέες διαγνώσεις καρκίνου στην Ελλάδα. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί σε προτυπωμένο κατά ηλικία δείκτη επίπτωσης 526 νέων περιστατικών ανά 100 000 άτομα, ο οποίος είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, η μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο ήταν βραδύτερη στην Ελλάδα απ' ό,τι στην ΕΕ. Συνολικά, ο καρκίνος στην Ελλάδα ευθυνόταν για έναν στους τέσσερις θανάτους το 2019, με τον καρκίνο του πνεύμονα να αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από οποιονδήποτε τύπο καρκίνου.

## Παράγοντες κινδύνου και πολιτικές πρόληψης

Μολονότι το κάπνισμα στην Ελλάδα έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, το 2019 ένας στους τέσσερις ενήλικες κάπνιζε σε καθημερινή βάση, ποσοστό που συγκαταλέγεται στα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Επιπλέον, η δεκαετής περίοδος δημοσιονομικής λιτότητας επηρέασε σημαντικά τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας στην Ελλάδα, ιδίως όσον αφορά τις φτωχότερες πληθυσμιακές ομάδες. Η κατάσταση αυτή υπονόμωσε τις προσπάθειες ελαχιστοποίησης της επίπτωσης παραγόντων κινδύνου που μπορούν να προληφθούν μέσω της υιοθέτησης πιο υγιεινού τρόπου ζωής και περιόρισε τα δημόσια προγράμματα πρόληψης του καρκίνου.

## Έγκαιρη ανίχνευση

Λόγω του ότι η Ελλάδα δεν ήταν σε θέση να αναπτύξει ολοκληρωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, σε συνδυασμό με τη σταθερή απουσία εθνικής στρατηγικής για τον καρκίνο, τα αποτελέσματα όσον αφορά την έγκαιρη ανίχνευση της νόσου δεν είναι καθόλου ικανοποιητικά. Η συντριπτική πλειονότητα των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου διενεργούνται σε ευκαιριακή βάση, ενώ μεγάλο μέρος τους πληρώνεται από τους ίδιους τους πολίτες. Κατά συνέπεια, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων χαμηλότερου και υψηλότερου εισοδήματος, καθώς και μεταξύ των αστικών και των πιο απομακρυσμένων περιοχών.

## Επιδόσεις όσον αφορά την περίθαλψη του καρκίνου

Η πρόσβαση στην φροντίδα του καρκίνου στην Ελλάδα περιορίζεται από διάφορους παράγοντες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η συρρίκνωση του δημόσιου συστήματος υγείας μετά από διαδοχικές δημοσιονομικές περικοπές λόγω των μέτρων λιτότητας, η απουσία εθνικής στρατηγικής για τον καρκίνο και εθνικού μητρώου καρκίνου, η έλλειψη εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού και τα κενά όσον αφορά την ιατρική εκπαίδευση στην ογκολογία. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και οι καθυστερήσεις ωθούν τους ασθενείς να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα αναλαμβάνοντας μόνοι τους τα έξοδα. Ομοίως περιορισμένοι είναι οι ανθρωπίνι και υλικοί πόροι για την παροχή υπηρεσιών ογκολογίας, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από άνιση κατανομή ανά τη χώρα και έλλειψη εναρμόνισης. Δεν εφαρμόζονται μηχανισμοί επιτήρησης, ενώ τα δεδομένα σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης είναι ελάχιστα. Τα ζητήματα αυτά δημιουργούν σημαντικά εμπόδια, ιδίως για τους περιθωριοποιημένους, τους υποεξυπηρετούμενους και τους απομονωμένους πληθυσμούς.

## 2. Ο καρκίνος στην Ελλάδα

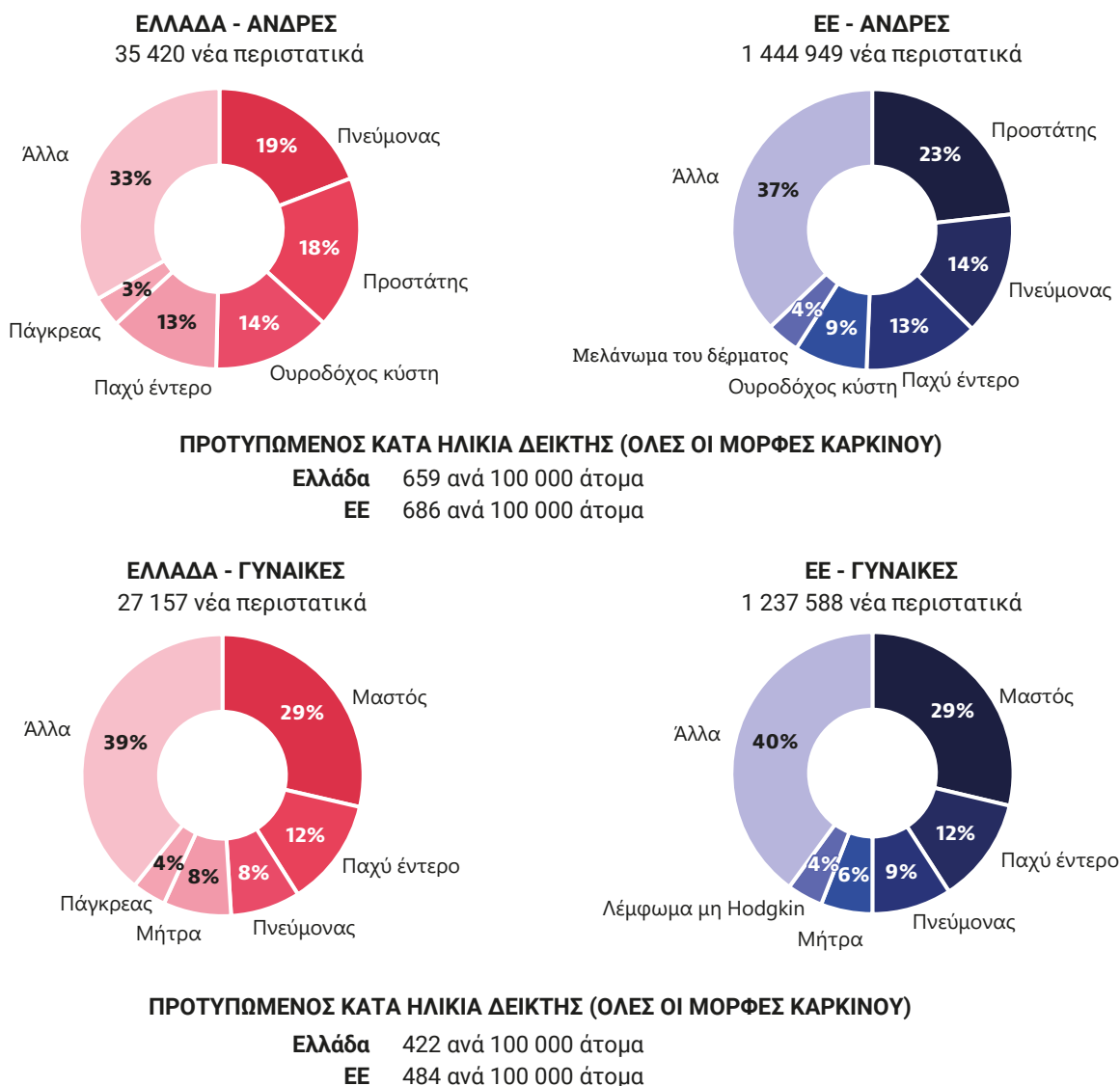
### Η συνολική επίπτωση καρκίνου στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες στην ΕΕ

Σύμφωνα με το ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο (ECIS) του Κοινού Κέντρου Ερευνών, βάσει των τάσεων συχνότητας εμφάνισης κατά τα έτη πριν από την πανδημία, το 2020 αναμένονταν στην Ελλάδα περίπου 62 500 νέα περιστατικά καρκίνου. Ο προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης επίπτωσης για όλες τις μορφές καρκίνου ήταν χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ, με 526 έναντι 559 περιστατικών ανά 100 000 άτομα. Ειδικότερα, οι τέσσερις συχνότεροι τύποι καρκίνου και για τα δύο φύλα αντιπροσωπεύουν το 50 % όλων των καρκίνων: καρκίνος του πνεύμονα (14 %), του παχέος εντέρου (13 %), του μαστού

(12 %), του προστάτη (10 %) και της ουροδόχου κύστης (9 %). Ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν ο κύριος τύπος καρκίνου στους άνδρες (19 %), ακολουθούμενος από τον καρκίνο του προστάτη (18 %) και τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης (14 %). Ο καρκίνος του μαστού ήταν ο κύριος τύπος καρκίνου στις γυναίκες (29 %), ακολουθούμενος από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (12 %) και τον καρκίνο του πνεύμονα (9 %) (διάγραμμα 1). Τα νέα περιστατικά καρκίνου στους άνδρες αναμένεται να αυξηθούν κατά περίπου 20 % κατά την περίοδο μεταξύ του 2020 και του 2040 (από 35 000 σε 44 000 περιστατικά) και κατά 12 % στις γυναίκες (από 27 000 σε 30 000 περιστατικά), αντίστοιχα.

### Διάγραμμα 1. Το 2020 αναμένονταν στην Ελλάδα περίπου 62 000 νέα περιστατικά καρκίνου

#### Κατανομή συχνότητας εμφάνισης καρκίνου ανά φύλο στην Ελλάδα και την ΕΕ



Σημείωση: Στον καρκίνο του σώματος της μήτρας δεν περιλαμβάνεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Οι εκτιμήσεις αυτές καταρτίστηκαν πριν από την πανδημία COVID-19, με βάση τις τάσεις συχνότητας εμφάνισης κατά τα προηγούμενα έτη, και ενδέχεται να διαφέρουν από τους δείκτες που παρατηρήθηκαν κατά τα πιο πρόσφατα έτη.

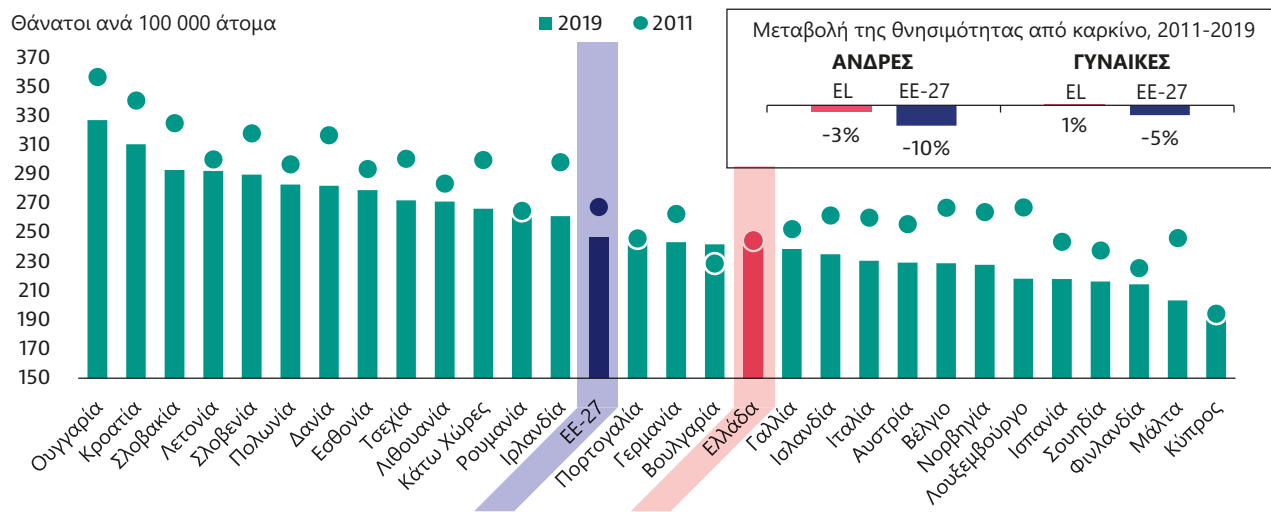
Πηγή: Ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο (ECIS). Από τον ιστότοπο <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, προσπελάστηκε στις 9.5.2022. © Ευρωπαϊκή Ένωση, 2022.

Το 2020 ο γαστρικός καρκίνος (του στομάχου) αναμενόταν να αντιπροσωπεύει το 3 % των νέων περιστατικών καρκίνου στους άνδρες και το 2 % στις γυναίκες και αντιστοιχούσε σε συνολικό ποσοστό θνησιμότητας 10 ανά 100 000 άτομα το 2019, τιμή που είναι παρόμοια με τον μέσο όρο της ΕΕ. Το μελάνωμα του δέρματος αναμενόταν να αντιπροσωπεύει το 2 % των νέων περιστατικών καρκίνου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες και το 2019 αντιστοιχούσε σε συνολικό ποσοστό θνησιμότητας 2 ανά 100 000 άτομα. Όσον αφορά τον παιδιατρικό καρκίνο, το 2020 ο προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης επίπτωσης σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών ήταν 16 ανά 100 000 άτομα, τιμή που είναι υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (15 ανά 100 000 άτομα).

## Ο καρκίνος αποτελεί σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας στην Ελλάδα

Αν και υπάρχουν ζητήματα συλλογής στοιχείων στην Ελλάδα, σε απόλυτους αριθμούς το 2019 ένας στους τέσσερις θανάτους σχετιζόταν με τον καρκίνο (31 000 από τους 125 000 θανάτους). Προτυπωμένο κατά ηλικία, το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα το 2019 ήταν 241 θάνατοι ανά 100 000 άτομα, τιμή που είναι ελαφρώς χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ ο οποίος ανήλθε σε 247 ανά 100 000 άτομα. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία η μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο ήταν βραδύτερη στην Ελλάδα απ' ό,τι στην ΕΕ (διάγραμμα 2), ενώ η συνολική θνησιμότητα λόγω καρκίνου αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης (πλαίσιο 1).

## Διάγραμμα 2. Η θνησιμότητα από καρκίνο στην Ελλάδα είναι ελαφρώς χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά η μείωση ήταν βραδύτερη



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (έχει υπολογιστεί από την Eurostat για την περίοδο 2011-2017 και από τον ΟΟΣΑ για την περίοδο 2018-2019).

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Η ετήσια πιθανότητα πρόωγου θανάτου εξαιτίας οποιουδήποτε τύπου καρκίνου μειώθηκε οριακά από 7,6 % το 2000 σε 7,5 % το 2015, αλλά εκτιμάται ότι θα αυξηθεί σε σχεδόν 8 % το 2030, ποσοστό που είναι πολύ υψηλότερο από το 5,1 % του Στόχου Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΒΑ) 3.4<sup>1</sup> (ΠΟΥ, 2020). Η αποφευκτική πρόωρη θνησιμότητα συνδέεται με σημαντικές διαρθρωτικές προκλήσεις, μεταξύ των οποίων ζητήματα που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό σε μονάδες διάγνωσης και θεραπείας, οι παρωχημένες υποδομές, ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, η άνιση κατανομή των πόρων, η ανεπαρκής πρόληψη, η έλλειψη στρατηγικών και προγραμμάτων για τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου, καθώς και η αύξηση των παραγόντων κινδύνου στις πλέον ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή της θνησιμότητας από καρκίνο, το υψηλότερο ποσοστό στην Ελλάδα παρατηρείται στην περιφέρεια Αττικής, η οποία περιλαμβάνει την πρωτεύουσα, την Αθήνα (255 θάνατοι ανά 100 000 άτομα το 2019, αριθμός που αφορά τα δύο φύλα και όλες τις ηλικίες). Τα στοιχεία αυτά συνδέονται εν μέρει με τη συγκέντρωση νοσοκομείων στην εν λόγω περιφέρεια. Το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας παρατηρείται στην περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, η οποία περιλαμβάνει τη

δεύτερη μεγαλύτερη πόλη, τη Θεσσαλονίκη (250 θάνατοι ανά 100 000 άτομα). Οι περιφέρειες Βορείου Αιγαίου και Ηπείρου παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά, με 201 και 206 ανά 100 000 άτομα, αντίστοιχα.

Συνολικά, κατά τη διάρκεια του 2000 και του 2018, τα χαμένα έτη αναμενόμενης ζωής λόγω κακοήθων νεοπλασμάτων σημείωσαν τη χαμηλότερη σχετική μείωση στις χώρες της ΕΕ, της τάξης του 10 % περίπου, ποσοστό που αντιστοιχούσε το 2019 σε 1 322 χαμένα έτη ζωής ανά 100 000 άτομα έως την ηλικία των 75 ετών. Η σχετική μείωση ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες (14 %) απ' ό,τι στις γυναίκες (4 %), με 1 599 και 1 074 χαμένα έτη ζωής το 2018, αντίστοιχα.

## Ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος του παχέος εντέρου συνιστούν τις κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο στην Ελλάδα

Το 2019 ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν η κύρια αιτία θανάτου από οποιονδήποτε τύπο καρκίνου στην Ελλάδα και ευθυνόταν για περίπου 59 θανάτους ανά 100 000 άτομα (διάγραμμα 3). Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για το 5,7 % του συνόλου των θανάτων και εξακολουθεί να αποτελεί συνολικά την τρίτη αιτία θανάτου, μετά τις καρδιακές και τις

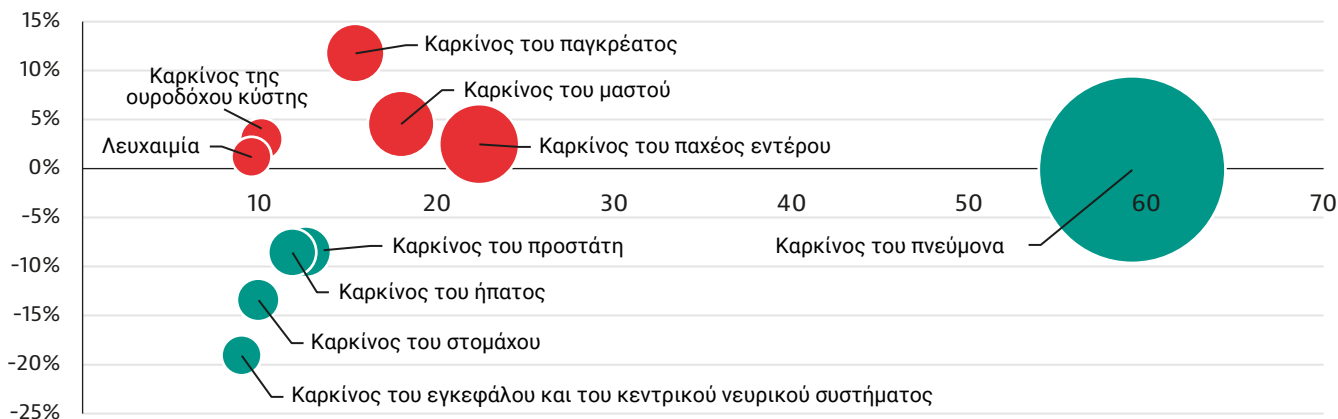
1 ΣΒΑ 3.4: έως το 2030, μείωση κατά το ένα τρίτο της πρόωρης θνησιμότητας από μη μεταδοτικές ασθένειες μέσω της πρόληψης και της θεραπείας και προώθηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας.

εγκεφαλοαγγειακές νόσους (ΕΛΣΤΑΤ, 2022). Η κατάσταση αυτή μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από τον υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος στον ελληνικό πληθυσμό (βλ. ενότητα 3). Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελούσε ήδη την κυριότερη αιτία θνησιμότητας από καρκίνο το 2011, στοιχείο που υποδεικνύει

ότι δεν είχαν θεσπιστεί ούτε μέτρα ούτε νομοθεσία για τη μείωση του καπνίσματος. Συγκριτικά, το μέσο ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα στην ΕΕ μειώθηκε από 55 θανάτους ανά 100 000 άτομα το 2011 σε 50 θανάτους ανά 100 000 άτομα το 2019.

### Διάγραμμα 3. Η θνησιμότητα καταγράφει άνοδο για σημαντικό αριθμό μορφών καρκίνου

Μεταβολή της θνησιμότητας από καρκίνο, 2011-2019 (ή πλησιέστερο έτος)



Προτυπωμένο κατά ηλικία ποσοστό θνησιμότητας ανά 100 000 άτομα, 2019

Σημείωση: Με τους κυκλικούς δίσκους κόκκινου χρώματος επισημαίνεται η αύξηση του ποσοστού μεταβολής της θνησιμότητας από καρκίνο κατά την περίοδο 2011-2019· με τους κυκλικούς δίσκους πράσινου χρώματος επισημαίνεται η μείωση. Το μέγεθος των κυκλικών δίσκων είναι ανάλογο του ποσοστού θνησιμότητας το 2019. Η θνησιμότητα ορισμένων από αυτούς τους τύπους καρκίνου είναι χαμηλή· επομένως, η μεταβολή των ποσοστών θα πρέπει να ερμηνευτεί με προσοχή. Τα μεγέθη των κυκλικών δίσκων για τα ποσοστά θνησιμότητας δεν είναι συγκρίσιμα μεταξύ των χωρών. Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

### Πλαίσιο 1. Η χρηματοπιστωτική κρίση είχε αντίκτυπο στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα και στη θνησιμότητα από τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου

Οι επιπτώσεις της παγκόσμιας και της ελληνικής χρηματοπιστωτικής κρίσης στην υγεία και στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας έχουν καταδειχθεί σε διάφορες μελέτες. Ο καρκίνος συγκαταλέγεται στις μη μεταδοτικές νόσους που επηρεάζονται περισσότερο κατά τη διάρκεια περιόδων ύφεσης. Στην Κρήτη, για παράδειγμα, τα στοιχεία δείχνουν ότι η χρηματοπιστωτική κρίση οδήγησε σε σημαντική αύξηση του άχθους του καρκίνου του πνεύμονα και των συναφών παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα και η ρύπανση του αέρα εσωτερικών και του αέρα

εξωτερικών χώρων. Κατά τη διάρκεια της κρίσης διαγνώστηκαν με καρκίνο του πνεύμονα σε προχωρημένο στάδιο περισσότεροι ασθενείς απ' ό,τι πριν από την κρίση· η κατάσταση αυτή συνδέεται με την ανεπάρκεια των μηχανισμών έγκαιρης ανίχνευσης και την αύξηση των εμποδίων στην πρόσβαση. Οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα επηρεάστηκαν ιδιαίτερα από την αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας, η οποία αποδίδεται εν μέρει σε κοινωνικές ευπάθειες, όπως τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και οι υψηλότεροι παράγοντες κινδύνου για την υγεία.

Πηγή: Sifaki-Pistolla et al. (2022).

Η θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου έχει σημειώσει ελαφρά αύξηση κατά την τελευταία δεκαετία· ήταν η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο το 2019, με 22 θανάτους ανά 100 000 άτομα. Κατά την περίοδο μεταξύ του 2011 και του 2019, η θνησιμότητα από καρκίνο του παγκρέατος στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 12% και η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού κατά 5%, ενώ τα ποσοστά αυτά παρουσίασαν μείωση σε ολόκληρη την ΕΕ. Η αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, δεδομένου ότι έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος όσον αφορά την ανίχνευση και τη θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου.

### Η απουσία ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής για τον καρκίνο στην Ελλάδα επηρεάζει όλες τις πτυχές της περίθαλψης του καρκίνου

Οι εθνικές στρατηγικές και τα εθνικά σχέδια για τον καρκίνο διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του άχθους του καρκίνου και στην ιεράρχηση, την οργάνωση και τη χρηματοδότηση προγραμμάτων. Ωστόσο, η Ελλάδα δεν έχει αναπτύξει ούτε έχει εφαρμόσει τεκμηριωμένη ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική για τον καρκίνο ή σχέδιο για τον καρκίνο στο πλαίσιο εθνικής στρατηγικής για τις μη μεταδοτικές νόσους.

Η απουσία ολοκληρωμένης στρατηγικής για τον καρκίνο έχει σοβαρές επιπτώσεις στο άχθος του καρκίνου, στα ποσοστά

επιβίωσης, στην έρευνα για τον καρκίνο, στην επιτήρηση, στην πρόληψη, στην έγκαιρη ανίχνευση, στη διάγνωση, στη θεραπεία, στην παρηγορητική αγωγή και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ιστορικό καρκίνου. Κατά την τελευταία δεκαεπταετία έχουν αναπτυχθεί μόνο δύο στρατηγικές για τον καρκίνο, η πλέον πρόσφατη για την περίοδο 2011-2015 (βλ. ενότητα 5.2). Ωστόσο, σύμφωνα με τον ιστότοπο της στρατηγικής, όλες οι δράσεις σταμάτησαν πριν από το τέλος του 2012 και δεν έχουν δημοσιοποιηθεί στοιχεία σχετικά με την έκβασή της ή τα αποτελέσματα.

Εν γένει στη χώρα δεν διενεργούνται αναλύσεις της κατάστασης, δεν τίθενται προτεραιότητες

βάσει επιδημιολογικών στοιχείων, δεν καταρτίζεται προϋπολογισμός για σχέδια ούτε διατίθενται τα αντίστοιχα κονδύλια. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα δεν διαθέτει εθνικό ινστιτούτο για τον καρκίνο ή παρόμοιο θεσμικό φορέα και ότι ο νόμος του 2019 για την ίδρυση του πρώτου εθνικού ινστιτούτου για τον καρκίνο δεν έχει τεθεί ακόμη σε εφαρμογή. Επιπλέον, το Εθνικό Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας στην Ογκολογία, μια εμβληματική κρατική πρωτοβουλία που δρομολογήθηκε το 2018, ολοκλήρωσε την πιλοτική του φάση στο τέλος του 2021, αλλά επί του παρόντος δεν λειτουργεί λόγω έλλειψης τόσο νομικού πλαισίου όσο και σχετικής χρηματοδότησης.

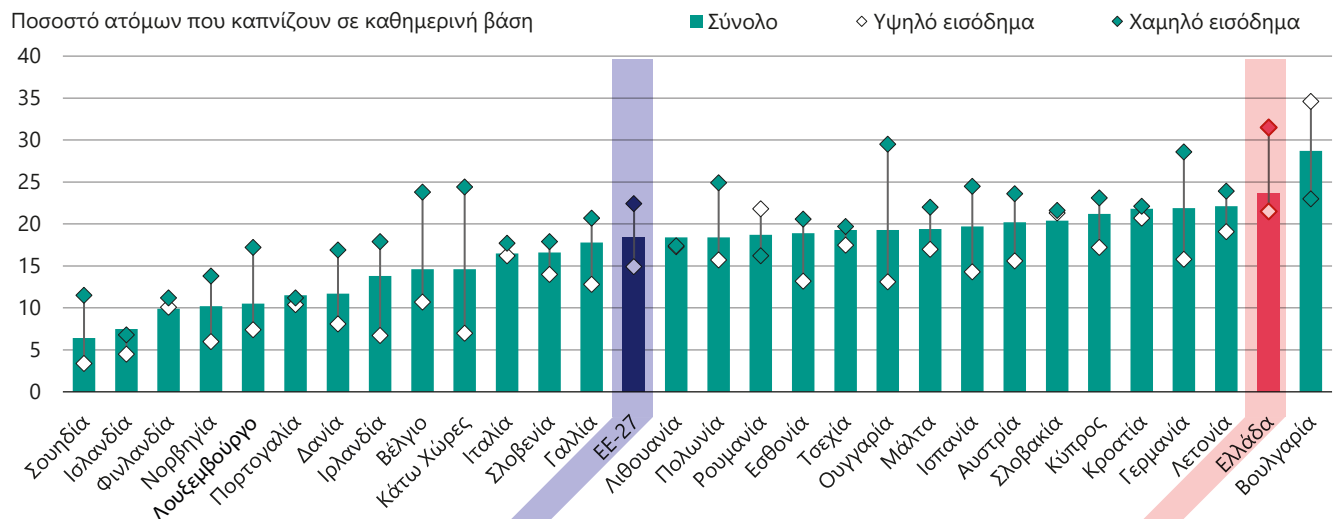
### 3. Παράγοντες κινδύνου και πολιτικές πρόληψης

#### Τα ποσοστά καπνίσματος συγκαταλέγονται στα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ

Παρότι ο επιπολασμός του καπνίσματος έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, το 2019 σχεδόν ένας στους τέσσερις Έλληνες (24%) κάπνιζε σε καθημερινή βάση – πρόκειται για το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά τη Βουλγαρία (διάγραμμα 4). Όπως και σε πολλές άλλες

χώρες, διαπιστώνεται σημαντική ανισορροπία μεταξύ των φύλων: το ποσοστό των ανδρών καπνιστών είναι πολύ υψηλότερο (30%) από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών (18%). Σημαντικές είναι και οι κοινωνικές ανισότητες: το ποσοστό των καπνιστών με χαμηλό εισόδημα είναι κατά 10 εκατοστιαίες μονάδες υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των καπνιστών με υψηλό εισόδημα.

#### Διάγραμμα 4. Στην Ελλάδα καταγράφεται το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος τσιγάρου στην ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (έχει υπολογιστεί από την Eurostat).  
 Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat, ευρωπαϊκή έρευνα υγείας με συνεντεύξεις (EHIS). Τα στοιχεία αφορούν το 2019.

Παρότι η διακοπή του καπνίσματος φαίνεται να αποτελεί θετικό παράπλευρο αποτέλεσμα της κρίσης, κατά την περίοδο 2010-2016 δεν θεσπίστηκαν μέτρα ελέγχου του καπνού. Το πλέον πρόσφατο νομικό πλαίσιο εγκρίθηκε το 2019, όταν η ελληνική κυβέρνηση προσπάθησε να επιβάλει

μια πιο ολοκληρωμένη αντικαπνιστική νομοθεσία. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή εξακολουθεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες, δεδομένου ότι επικεντρώνεται περισσότερο σε μέτρα και κυρώσεις αναδρομικού χαρακτήρα παρά στην πρόληψη (πλαίσιο 2).

## Πλαίσιο 2. Η κυβέρνηση προσπάθησε προσφάτως να ενισχύσει τις δράσεις κατά του καπνίσματος

Η Ελλάδα καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για τη μείωση του καπνίσματος —ιδίως στους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των χώρων εργασίας— επί δύο και πλέον δεκαετίες. Τον Οκτώβριο του 2019 η κυβέρνηση θέσπισε μια πιο ολοκληρωμένη αντικαπνιστική νομοθεσία στο πλαίσιο ενός νέου σχεδίου δράσης για τον έλεγχο του καπνού, την οποία ακολούθησαν μέτρα επιβολής και κυρώσεις. Η νομοθεσία απαγορεύει το κάπνισμα σε ταξί, σε οχήματα ιδιωτικής χρήσης στα οποία επιβαίνουν παιδιά, σε υπαίθριους αθλητικούς χώρους και σε παιδικές χαρές. Ειδικοί υπάλληλοι που είναι επιφορτισμένοι με τη διενέργεια επιτόπιων επιθεωρήσεων παρακολούθησαν την εφαρμογή της νομοθεσίας σε δημόσιους εσωτερικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης,

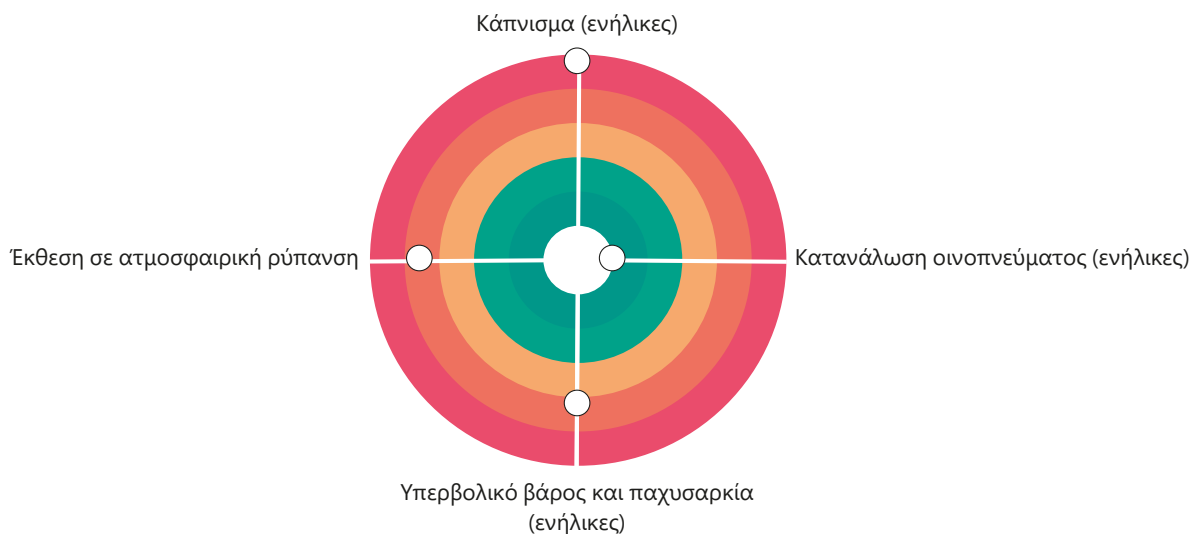
σχολείων, εστιατορίων και νυχτερινών κέντρων διασκέδασης. Ωστόσο, μετά τους διαδοχικούς περιορισμούς της κυκλοφορίας λόγω της νόσου COVID-19 και το κλείσιμο των επιχειρήσεων, ο έλεγχος του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους έγινε λιγότερο αυστηρός. Επιπλέον, οι κανόνες για το άτμισμα σε δημόσιους χώρους σε μεγάλο βαθμό δεν αποσαφηνίζονται. Επιπροσθέτως, τα κέντρα διακοπής καπνίσματος, τα οποία θα μπορούσαν να παρέχουν κίνητρα και υποστήριξη στους καπνιστές ώστε να διακόψουν το κάπνισμα, είναι εξαιρετικά περιορισμένα σε αριθμό και δεν έχουν ενισχυθεί οι υπηρεσίες τους. Συνολικά, τα μέτρα για τη μείωση του καπνίσματος έχουν επικεντρωθεί σε πολιτικές αναδρομικού χαρακτήρα και όχι σε πολιτικές πρόληψης.

### Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου στην Ελλάδα

Το 2019 το 58 % των Ελλήνων ενηλίκων ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, ποσοστό που αυξήθηκε μετά το 2014 (55 %), αν και σε χαμηλότερο ποσοστό απ' ό,τι στην ΕΕ (53 %). Η Ελλάδα εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων

ενηλίκων απ' ό,τι οι γειτονικές μεσογειακές χώρες με παρόμοια διατροφή, όπως η Ιταλία (η οποία παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, το οποίο ανέρχεται σε 46 %), η Κύπρος (50 %) και η Ισπανία (54 %). Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στους ενήλικες είναι ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου μετά το κάπνισμα και την έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση (διάγραμμα 5).

### Διάγραμμα 5. Το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα



*Σημείωση:* Όσο πιο κοντά στο κέντρο βρίσκεται η κουκκίδα, τόσο καλύτερες είναι οι επιδόσεις της χώρας σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. Καμία χώρα δεν βρίσκεται στη λευκή «περιοχή-στόχο», καθώς υπάρχει περιθώριο προόδου για όλες τις χώρες σε όλους τους τομείς.  
 Πηγές: Υπολογισμοί του ΟΟΣΑ, βάσει της Ευρωπαϊκής Έρευνας για την Υγεία (EHIS) του 2019 για το κάπνισμα και τα ποσοστά υπερβολικού βάρους / παχυσαρκίας, των στατιστικών του ΟΟΣΑ για την υγεία του 2022 και του παγκόσμιου συστήματος πληροφόρησης του ΠΟΥ για το αλκοόλ και την υγεία (GISAH) όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ (2020) και των στοιχείων της Eurostat όσον αφορά την ατμοσφαιρική ρύπανση (2019).

Όπως και σε άλλες χώρες, η κακή διατροφή θεωρείται ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στο υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία. Μόνο το 49 % του ελληνικού πληθυσμού καταναλώνει φρούτα τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, ποσοστό που είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, ο οποίος ανέρχεται σε 56 %. Ωστόσο, αναφέρονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των κοινωνικών ομάδων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, διαφοροποίηση που συνδέεται επίσης με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Σχεδόν το 70 % των ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκα σε σύγκριση με το 50 % των ατόμων με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Οι υγιεινές επιλογές στο διαιτολόγιο και στη διατροφή επηρεάζονται από το εισόδημα και την οικονομική προσιτότητα. Τα δημοσιονομικά μέτρα και οι μειώσεις του εισοδήματος των νοικοκυριών κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην Ελλάδα είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση της επισιτιστικής ανασφάλειας, ιδίως για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Τα χαμηλότερα εισοδήματα και τα αυξημένα ποσοστά ανεργίας συνδέονταν με σημαντική μείωση της κατανάλωσης θρεπτικών προϊόντων (Koulierakis et al., 2022).



Το Υπουργείο Υγείας έχει δημιουργήσει μια σειρά ενημερωτικών παρουσιάσεων, διαφημιστικών πλαισίων και αφισών για την προώθηση της υγιεινής διατροφής των παιδιών και των εφήβων, αλλά τα περισσότερα προγράμματα αναπτύσσονται και εφαρμόζονται ανεξάρτητα, από μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) και άλλες πρωτοβουλίες. Επιπλέον, στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιούνται οι ετικέτες με χρωματική επισήμανση στην εμπρόσθια όψη των τροφίμων (Nutri-score) που έχουν υιοθετηθεί από ορισμένες χώρες της ΕΕ (Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2022). Το 2021 το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 περιλάμβανε πολιτική για τη διατροφή, η οποία χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: επιτήρηση και παρακολούθηση, πολιτικές παρέμβασης με εστίαση στα παιδιά και τις ευάλωτες ομάδες και συνεργασία των ενδιαφερόμενων μερών.

### Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι χαμηλή σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, αλλά δεν εφαρμόζονται πολιτικές ελέγχου της κατανάλωσης οινοπνεύματος

Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης οινοπνεύματος στην ΕΕ. Κατά την περίοδο 2009-2019 σημειώθηκε συνολική μείωση της ετήσιας και κατά κεφαλήν κατανάλωσης οινοπνεύματος από 8,3 λίτρα σε 6,3 λίτρα καθαρής αλκοόλης κατά μέσο όρο. Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων καταναλώνουν οινοπνεύμα προτιμούν ποτά χαμηλότερου αλκοολικού τίτλου, όπως η μπίρα (45,5 %) και το κρασί (31,5 %) (Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2019). Επιπλέον, μόνο το 6 % των Ελλήνων ενηλίκων ανέφεραν ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος το 2019, ποσοστό που συγκαταλέγεται στα χαμηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος είναι συχνότερη για τους άνδρες απ' ό,τι για τις γυναίκες (9 % έναντι 3 %).

Οι επιδόσεις της Ελλάδας είναι ανεπαρκείς όσον αφορά τις παρεμβάσεις «Best Buys» του ΠΟΥ για τη μείωση της επιβλαβούς κατανάλωσης οινοπνεύματος. Το 2019 καταρτίστηκε από το Υπουργείο Υγείας εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος, αλλά το σχέδιο δεν εγκρίθηκε ούτε εφαρμόστηκε.

### Απαιτούνται πρόσθετες προσπάθειες για τη μείωση της έκθεσης σε ατμοσφαιρικούς ρύπους

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας, η ατμοσφαιρική ρύπανση με τη μορφή έκθεσης σε ΑΣ<sub>2,5</sub><sup>2</sup> και στο όζον ευθυνόταν από μόνη της για το 5 % του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα το 2019. Σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού ζει σε πόλεις, ενώ το 50 % σχεδόν των Ελλήνων κατοικούν στην περιοχή της πρωτεύουσας, της Αθήνας· η κατάσταση αυτή αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσης στην ατμοσφαιρική ρύπανση.

Η Ελλάδα καθυστέρησε να θεσπίσει πολιτικές για τη μείωση της έκθεσης στην ατμοσφαιρική ρύπανση. Το 2005 η σταθμισμένη με βάση τον πληθυσμό ετήσια μέση συγκέντρωση ΑΣ<sub>2,5</sub> ήταν 29 μg/m<sup>3</sup>, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 16 μg/m<sup>3</sup>. Σύμφωνα με την οδηγία 2008/50/ΕΚ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τα κράτη μέλη ήταν υποχρεωμένα να εκτιμήσουν και να μειώσουν την έκθεση του πληθυσμού

σε συγκεντρώσεις ΑΣ<sub>2,5</sub> έως το 2020. Αυτό συνέβαλε σε σημαντική μείωση: το 2019 η συγκέντρωση ΑΣ<sub>2,5</sub> στην Ελλάδα ήταν 14 μg/m<sup>3</sup>, ωστόσο η τιμή αυτή εξακολουθούσε να είναι υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (12,5 μg/m<sup>3</sup>).

Η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία (UV) συγκαταλέγεται στις αιτίες εμφάνισης μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος σε άτομα που εργάζονται στην ύπαιθρο. Τα προγράμματα για τη μείωση των κινδύνων από την παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο αφορούν μόνο περιπτώσεις αναψυχής και δεν καλύπτουν την απασχόληση/εργασία σε εξωτερικούς χώρους. Επιπλέον, παρότι η Ελλάδα έχει αναγνωρίσει νομικά την υπεριώδη ακτινοβολία ως πιθανή αιτία καρκίνου του δέρματος, δεν έχει αναγνωριστεί ακόμα ως παράγοντας κινδύνου για την επαγγελματική υγεία.

### Οι ανεπαρκώς οργανωμένες εκστρατείες ενημέρωσης αποτελούν έναν από τους λόγους για το χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων

Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμού έχει συστήσει από το 2008 τον εμβολιασμό κατά του ιού HPV τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια. Βάσει ανάλυσης των συνταγογραφημένων εμβολίων κατά του ιού HPV κατά την περίοδο 2017-2021, η μέση κάλυψη των κοριτσιών εκτιμάται σε 55 % για τις ηλικίες 11-18 ετών και σε 44 % για τις ηλικίες 11-14 ετών, ποσοστό που είναι σημαντικά χαμηλότερο από τον στόχο του ΠΟΥ (90 % των κοριτσιών ηλικίας έως 15 ετών έως το 2030). Η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη κατά του ιού HPV συνδέεται εν μέρει με την ανεπαρκώς οργανωμένη εκστρατεία ευαισθητοποίησης και με πολιτισμικούς και κοινωνικούς φραγμούς. Τα ποσοστά συμμετοχής στο πρόγραμμα εμβολιασμού παρουσίασαν οριακή μόνο βελτίωση με την πάροδο των ετών, καταγράφοντας μάλιστα πτωτική τάση κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Το 2022 η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμού αναθεώρησε τις συστάσεις της και προτείνει πλέον ο εμβολιασμός να ξεκινά τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια στην ηλικία των 9 ετών—δύο έτη νωρίτερα απ' ό,τι ίσχυε κατά το παρελθόν—και να συνεχίζεται έως και τα 18 έτη. Το εμβόλιο κατά του ιού HPV αποζημιώνεται πλήρως για αγόρια και κορίτσια ηλικίας 9-18 ετών έως το τέλος του 2023· από το 2024 θα αποζημιώνεται μόνο για τα άτομα ηλικίας 9-15 ετών. Τα άτομα που δεν καλύπτονται θα πρέπει να επωμιστούν το κόστος του εμβολίου, το οποίο μπορεί να ανέλθει σε 215 έως 450 EUR για όλες τις δόσεις, ανάλογα με το είδος του εμβολίου.

### Απαιτούνται πολυτομεακές πολιτικές πρόληψης για την καταπολέμηση των κυριότερων παραγόντων κινδύνου

Μολονότι ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την κύρια αιτία προλαμβανόμενης<sup>3</sup> θνησιμότητας στην Ελλάδα και τα ποσοστά καπνίσματος συγκαταλέγονται στα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ, οι πολιτικές για τη μείωση του καπνίσματος αφορούν σε μεγάλο βαθμό την απαγόρευση και την επιβολή κυρώσεων. Από τα μέτρα που λαμβάνουν οι αρχές απουσιάζουν μια άρτια επικοινωνιακή εκστρατεία, υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος και βασικές γνώσεις σε θέματα υγείας.

2 Τα αιωρούμενα σωματίδια (ΑΣ) ταξινομούνται ανάλογα με το μέγεθος: η ένδειξη ΑΣ<sub>2,5</sub> αναφέρεται σε σωματίδια διαμέτρου μικρότερης των 2,5 μικρομέτρων.

3 Η προλαμβανόμενη θνησιμότητα αφορά κακοήγη νεοπλασμάτα του χείλους, της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του στομάχου, του ήπατος, της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, του τραχήλου της μήτρας και της ουροδόχου κύστης.

Η νόμιμη ελάχιστη ηλικία για την αγορά οινοπνεύματος στην Ελλάδα είναι τα 18 έτη —για κατανάλωση τόσο εντός όσο και εκτός καταστήματος<sup>4</sup> — αλλά σπάνια απαιτείται εξακρίβωση των στοιχείων ταυτότητας για τις συναλλαγές. Συνολικά, στις πωλήσεις οινοπνεύματος δεν ισχύουν περιορισμοί όσον αφορά τις ώρες, τις ημέρες, την πυκνότητα ή τη διάθεση σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση μέθης. Επιπλέον, δεν υπάρχουν νομικά δεσμευτικοί κανονισμοί για τη διαφήμιση και την τοποθέτηση προϊόντος, με εξαίρεση τη χορηγία και την προώθηση οινοπνευματωδών ποτών σε

ορισμένα είδη εκδηλώσεων. Επίσης, οι πολιτικές πρόληψης του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένες, οι σχετικές αρμοδιότητες είναι κατακερματισμένες σε διάφορους φορείς και υπουργεία, ενώ παρατηρείται ταυτόχρονα γενική έλλειψη λογοδοσίας και οράματος. Συνολικά, το 2020 οι δαπάνες για την πρόληψη αντιστοιχούσαν μόλις στο 1,8 % του συνόλου των δαπανών για την υγεία, ποσοστό που είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, ο οποίος ανέρχόταν σε 3,4 %.

## 4. Έγκαιρη ανίχνευση

### Η Ελλάδα δεν διαθέτει οργανωμένη και ολοκληρωμένη στρατηγική προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου

Λόγω της απουσίας εθνικής στρατηγικής για τον καρκίνο, η Ελλάδα δεν διαθέτει εθνικό σχέδιο δράσης για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, με αποτέλεσμα τον κατακερματισμό τόσο των δραστηριοτήτων υλοποίησης όσο και της χρηματοδότησης. Οι περισσότερες εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου διενεργούνται σε ευκαιριακή βάση, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Η Ελλάδα δεν έχει εφαρμόσει τη σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ του 2003 σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου, ενώ δεν είναι ακόμη γνωστό αν θα εφαρμοστεί και η πρόσφατη πρόταση σύστασης του Συμβουλίου της ΕΕ του 2022 σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου και του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο του πνεύμονα, του προστάτη και του στομάχου. Συνεπώς, υπάρχουν σημαντικές ανισότητες ως προς τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, ιδίως μεταξύ των ομάδων χαμηλότερου και υψηλότερου εισοδήματος και μεταξύ γεωγραφικών περιοχών. Επιπλέον, η απουσία εθνικού μητρώου καρκίνου και η έλλειψη υποδομών αποτελούν εμπόδια στη βελτίωση των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου με ομάδες-στόχους που ανήκουν σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για τη διαχείριση και τον συντονισμό όλων των δραστηριοτήτων προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και για τη χρηματοδότηση των περισσότερων εξ αυτών (εκτός από τις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν ΜΚΟ, ενώσεις ασθενών και ο ιδιωτικός τομέας). Οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου μπορούν να συνταγογραφούνται από ιατρό, μέσω της πλατφόρμας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, και καλύπτονται από το εθνικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, εάν ο λήπτης υπηρεσιών ανήκει στον επιλέξιμο πληθυσμό. Εάν ο ιατρός πρέπει να προβεί σε περαιτέρω διερεύνηση με βάση τα αποτελέσματα, καλύπτονται επίσης οι σχετικές δαπάνες. Προσφάτως, στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 προσδιορίστηκε η ανάγκη ανάπτυξης εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του μαστού και του παχέος εντέρου, προς αντικατάσταση των υφιστάμενων κατακερματισμένων προσεγγίσεων.

### Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού προσεγγίζουν τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά με ανισότητες μεταξύ κοινωνικών ομάδων

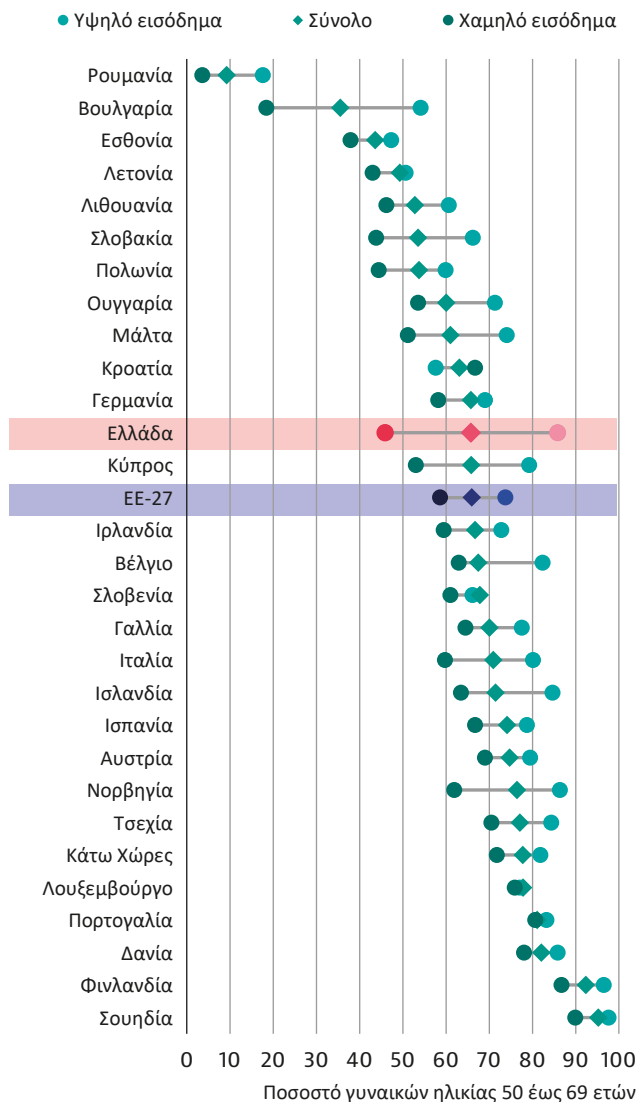
Το 2018 θεσπίστηκε στην Ελλάδα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού βάσει πληθυσμού (προσυμπτωματικός έλεγχος που προσφέρεται σε συγκεκριμένο πληθυσμό-στόχο που διατρέχει κίνδυνο). Έως το 2022 οι γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών καλύπτονταν για μία μαστογραφία ανά διετία, ενώ οι γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω για μία μαστογραφία ετησίως. Ωστόσο, το 2022 το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου τροποποιήθηκε με κοινή υπουργική απόφαση (27866/2022), ώστε να καλύπτονται μόνο οι γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, έως τον Οκτώβριο του 2022 είχαν πραγματοποιηθεί περίπου 40 000 μαστογραφίες στο πλαίσιο του προγράμματος, ενώ 2 411 γυναίκες είχαν λάβει έγκαιρες διαγνώσεις, για την πλειονότητα των οποίων δεν θα χρειαστεί μαστεκτομή ή χημειοθεραπεία.

Παρά το γεγονός ότι θεσπίστηκε μόλις πρόσφατα πρόγραμμα βάσει πληθυσμού, η Ελλάδα αναφέρει ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου που προσεγγίζουν τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2019 το 66 % των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών ανέφεραν ότι υποβλήθηκαν σε προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του μαστού, ποσοστό που είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (διάγραμμα 6). Διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Το ποσοστό των γυναικών με υψηλότερα εισοδήματα που ανέφεραν εξέταση μαστού ήταν σχεδόν διπλάσιο (86 %) από το ποσοστό των γυναικών με χαμηλότερα εισοδήματα (46 %). Παρόμοια απόκλιση παρατηρείται και όσον αφορά την εκπαίδευση, υπέρ των γυναικών με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Επιπλέον, το 2015 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ξεκίνησε την πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τον καρκίνο του μαστού, στο πλαίσιο της οποίας αναπτύχθηκαν νέες κατευθυντήριες γραμμές για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, καθώς και σύστημα διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού στα κράτη μέλη της ΕΕ. Ωστόσο, η Ελλάδα δεν ακολούθησε τις κατευθυντήριες γραμμές της πρωτοβουλίας, ούτε ικανοποίησε τις απαιτήσεις για τη διασφάλιση της ποιότητας. Στην πραγματικότητα, δεν έχει θεσπιστεί νομοθεσία για τη διασφάλιση της ποιότητας των διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων.

4 Οι πωλήσεις εντός καταστήματος αφορούν, για παράδειγμα, πωλήσεις σε καφετέρια, παμπ, μπαρ ή εστιατόριο, ενώ οι πωλήσεις εκτός καταστήματος αναφέρονται στις πωλήσεις σε πακέτο για το σπίτι, π.χ., από εμπορικό κατάστημα ή σουπερμάρκετ.

## Διάγραμμα 6. Το ποσοστό του προσυμπτωματικού ελέγχου μαστού προσεγγίζει τον μέσο όρο της ΕΕ



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος (έχει υπολογιστεί από την Eurostat). Στο διάγραμμα παρουσιάζεται το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών που ανέφεραν ότι υποβλήθηκαν σε μαστογραφία την τελευταία διετία.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (EHIS). Τα στοιχεία αφορούν το 2019.

### Το συνολικό ποσοστό προσυμπτωματικού ελέγχου του τραχήλου της μήτρας είναι υψηλό στην Ελλάδα, με ορισμένες σημαντικές ανισότητες

Περίπου το 78 % των γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω στην Ελλάδα ανέφεραν το 2019 ότι είχαν υποβληθεί σε εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά την τελευταία τριετία, ποσοστό που είναι σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, ο οποίος ανερχόταν σε 68 %. Επιπλέον, είναι σαφές ότι υπάρχουν σημαντικές ανισότητες: το ποσοστό των γυναικών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο που ανέφεραν ότι έχουν υποβληθεί σε εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος (85 %) ήταν υπερδιπλάσιο του ποσοστού των γυναικών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (39 %).

Ειδικότερα κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης, μόνο το ένα τρίτο του γυναικείου πληθυσμού ανέφερε ότι υποβαλλόταν σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε τακτική βάση (Agorastos et al., 2014). Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των προσυμπτωματικών ελέγχων του τραχήλου της μήτρας διενεργείται σε ευκαιριακή βάση και όχι με βάση τον πληθυσμό, η πλειονότητα των ελέγχων πραγματοποιείται στον ιδιωτικό τομέα. Οι δημόσιες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν είναι πλέον εξοπλισμένες για τη διενέργεια εξετάσεων τραχηλικού επιχρίσματος. Τα δημόσια νοσοκομεία διενεργούν προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά κυρίως στα τμήματα γυναικολογίας, ενώ ο χρόνος αναμονής μπορεί να ανέρχεται σε αρκετούς μήνες. Η κατάσταση αυτή συνεπάγεται επίσης ανισότητες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων, δεδομένου ότι μόνο το 57 % των γυναικών με χαμηλότερο εισόδημα ανέφεραν ότι έχουν υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε σύγκριση με το 86 % των γυναικών με υψηλότερο εισόδημα.

### Το ποσοστό προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου συγκαταλέγεται στα χαμηλότερα ποσοστά στην ΕΕ

Το 2019 το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 50-74 ετών που ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του παχέος εντέρου κατά την τελευταία διετία ήταν 10 %, δηλαδή το ένα τρίτο του ποσοστού ολόκληρης της ΕΕ (33 %). Αυτά τα χαμηλά επίπεδα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά, διότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο στην Ελλάδα και ο επιπολασμός έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία έτη (βλ. ενότητα 2). Σύμφωνα με ορισμένες πηγές (Σχέδιο δράσης για τη Δημόσια Υγεία: Κείμενο Συζήτησης, 2022), ο βαθμός επεμβατικότητας της κολονοσκόπησης αποθαρρύνει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού από την υποβολή σε προσυμπτωματικό έλεγχο. Αυτό συνδέεται εν μέρει με την έλλειψη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και οικογενειακής ιατρικής, κατάσταση που συνεπάγεται χαμηλό επίπεδο βασικών γνώσεων σε θέματα υγείας, δυσπιστία απέναντι στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και γενικευμένο άγχος σχετικά με τη διαδικασία εξέτασης. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του παχέος εντέρου διενεργείται από ειδικούς ιατρούς, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Οι πολίτες είτε παραπέμπονται από τον ιατρό τους είτε αναζητούν την υπηρεσία μόνοι τους, δεδομένου ότι ο χρόνος αναμονής στον δημόσιο τομέα μπορεί επίσης να είναι πολύ μεγάλος.

Η πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τον καρκίνο του παχέος εντέρου ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2022 και αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου, καθώς και ενός συστήματος διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών καταπολέμησης του καρκίνου του παχέος εντέρου, έως το τέλος του 2024.

# 5. Επιδόσεις όσον αφορά την περίθαλψη του καρκίνου

## 5.1 Προσβασιμότητα

### Η οικονομική κρίση του 2008 και τα σχετικά μέτρα λιτότητας είχαν αντίκτυπο στην πρόσβαση στην περίθαλψη του καρκίνου

Οι επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008 στον ελληνικό πληθυσμό και στο ελληνικό σύστημα υγείας ήταν πολύπλευρες. Εκτός από τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες που είχαν αντίκτυπο στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον καρκίνο, το σύστημα υγείας επλήγη σοβαρά από μια σειρά περικοπών στον προϋπολογισμό, καθώς και από την αποχώρηση εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας επιδεινώθηκε, ιδίως λόγω του αυξανόμενου ποσοστού ανεργίας και της απώλειας ασφαλιστικής κάλυψης υγείας (Economou et al., 2017· Karanikolos και Kentikelenis, 2016). Το γεγονός αυτό είχε σημαντικό αντίκτυπο στην πρόσβαση στην περίθαλψη του καρκίνου. Κατά την κορύφωση της κρίσης το 2014, καρκινοπαθείς ανέφεραν μακρά αναμονή και έλλειψη ευελιξίας όσον αφορά τα ραντεβού, μεγάλους χρόνους αναμονής για την εξέτασή τους από ιατρό (Pini et al., 2014) και σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση σε θεραπείες για τον καρκίνο και σε αντικαρκινικά φάρμακα.

### Η περιορισμένη κοινωνική προστασία θέτει ορισμένους καρκινοπαθείς σε οικονομικό κίνδυνο

Ο χρόνος αναμονής για τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου στον δημόσιο τομέα μπορεί να είναι μεγάλος στην Ελλάδα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τον μη ρυθμιζόμενο ιδιωτικό τομέα υγείας και την έλλειψη μέτρων προστασίας, αύξησε το ποσοστό των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών από τους ίδιους τους ασθενείς, ιδίως στα φτωχότερα νοικοκυριά, με αποτέλεσμα την έκθεσή τους σε μεγαλύτερο κίνδυνο καταστροφικών δαπανών για την υγεία (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019). Επιπλέον, το αυξανόμενο κόστος διαβίωσης, εν μέρει λόγω του αυξανόμενου πληθωρισμού, αναγκάζει τα νοικοκυριά να παραλείπουν τις εξετάσεις έγκαιρης ανίχνευσης και να αναβάλλουν τη θεραπεία. Η κατάσταση αυτή είναι πιθανό να έχει επιπτώσεις τόσο στα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου όσο και στα ποσοστά επιβίωσης.

Συνολικά, οι οικονομικές και κοινωνικές απαιτήσεις της περίθαλψης του καρκίνου επηρεάζουν την ποιότητα ζωής όχι μόνο των ασθενών αλλά και των συγγενών και των φροντιστών τους, με αλυσιδωτές επιπτώσεις στην κοινωνική συνοχή και την οικονομία. Σύμφωνα με έρευνες κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης και στην κορύφωση των μη καλυπτόμενων αναγκών, μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού σε αρχικό και σε τοπικά προχωρημένο στάδιο, εκτιμήθηκε ότι οι συνολικές μέσες ιδιωτικές δαπάνες από τη διάγνωση έως το τέλος της θεραπείας ανέρχονταν σε 4 706 EUR για μέση περίοδο 10,5 μηνών. Σχεδόν το 50 % των νοικοκυριών με μέλος που έπασχε από καρκίνο του μαστού δαπάνησαν ποσοστό άνω του 20 % του συνολικού εισοδήματός τους για θεραπεία· ένα στα τρία νοικοκυριά δαπάνησε ποσοστό άνω του 50 % (Skroumpelos et al., 2016).

Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού εξακολουθεί να διατρέχει μεγάλο κίνδυνο καταστροφικών δαπανών σε περίπτωση που κάποιο μέλος του νοικοκυριού προσβληθεί από καρκίνο. Τα νοικοκυριά επωμίζονται επίσης πρόσθετο μη κλινικό κόστος λόγω ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση, όπως αναλύεται στη συνέχεια. Ομοίως, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όταν πολλές επιχειρήσεις έκλεισαν και μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού έχασε τη δουλειά του λόγω των περιορισμών της κυκλοφορίας, τα νοικοκυριά αναγκάστηκαν, αφενός, να αναβάλουν τη διάγνωση και την περίθαλψη του καρκίνου (βλ. ενότητα 5.4) και, αφετέρου, να αναζητήσουν χρήματα για τη χρηματοδότηση της περίθαλψης σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

### Η Ελλάδα δεν διαθέτει επαρκή αριθμό επαγγελματιών σε ειδικότητες του τομέα της ογκολογίας

Το ελληνικό σύστημα υγείας και –κυρίως– ο δημόσιος τομέας παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις σε εξειδικευμένο προσωπικό στον τομέα της ογκολογίας, όπως παθολόγους, αιματολόγους, χειρουργούς-ογκολόγους, ακτινοθεραπευτές-ογκολόγους, νοσηλευτές ογκολογίας και τεχνικό προσωπικό για τη λειτουργία ογκολογικού εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας. Έλλειψη υπάρχει και όσον αφορά ομάδες οι οποίες συνδυάζουν τις δεξιότητες που απαιτούνται για την υιοθέτηση ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, όπως κοινωνικοί λειτουργοί στον τομέα της ογκολογίας, ψυχίατροι, ψυχολόγοι και διατροφολόγοι. Επιπλέον, ο αριθμός του μη κλινικού προσωπικού που επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης σε ευρύ φάσμα υπηρεσιών –όπως οι τεχνικοί και το προσωπικό συντήρησης και διαχείρισης ιατρικού εξοπλισμού– είναι περιορισμένος και μειώνεται με ταχύτατους ρυθμούς.

Όσον αφορά την εκπαίδευση, η ιατρική ογκολογία υποεκπροσωπείται στα προγράμματα σπουδών των ελληνικών ιατρικών σχολών: θεωρείται βασικό μάθημα μόνο σε δύο από τις επτά ιατρικές σχολές (28,5%), ενώ στη γειτονική Ιταλία το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 89,1% (Ragias et al., 2020). Επιπλέον, η χειρουργική ογκολογία δεν έχει αναγνωριστεί ακόμη ως αυτοτελής ειδικότητα, με αποτέλεσμα να υπάρχει κενό στην εκπαίδευση.

Παρότι η Ελλάδα διαθέτει τον υψηλότερο κατά κεφαλήν αριθμό ιατρών μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, με 619,5 γιατρούς ανά 100 000 κατοίκους το 2020, το ποσοστό των γενικών ιατρών εξακολουθεί να είναι το χαμηλότερο στην ΕΕ, καθώς ανέρχεται σε 44 γενικούς ιατρούς ανά 100 000 άτομα. Αυτή η περιορισμένη δυνατότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σημαίνει ότι οι ασθενείς καταφεύγουν απευθείας σε νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη, με αποτέλεσμα να δημιουργείται συμφόρηση, να αυξάνονται οι χρόνοι αναμονής και, τελικά, να επηρεάζεται η ποιότητα της περίθαλψης.

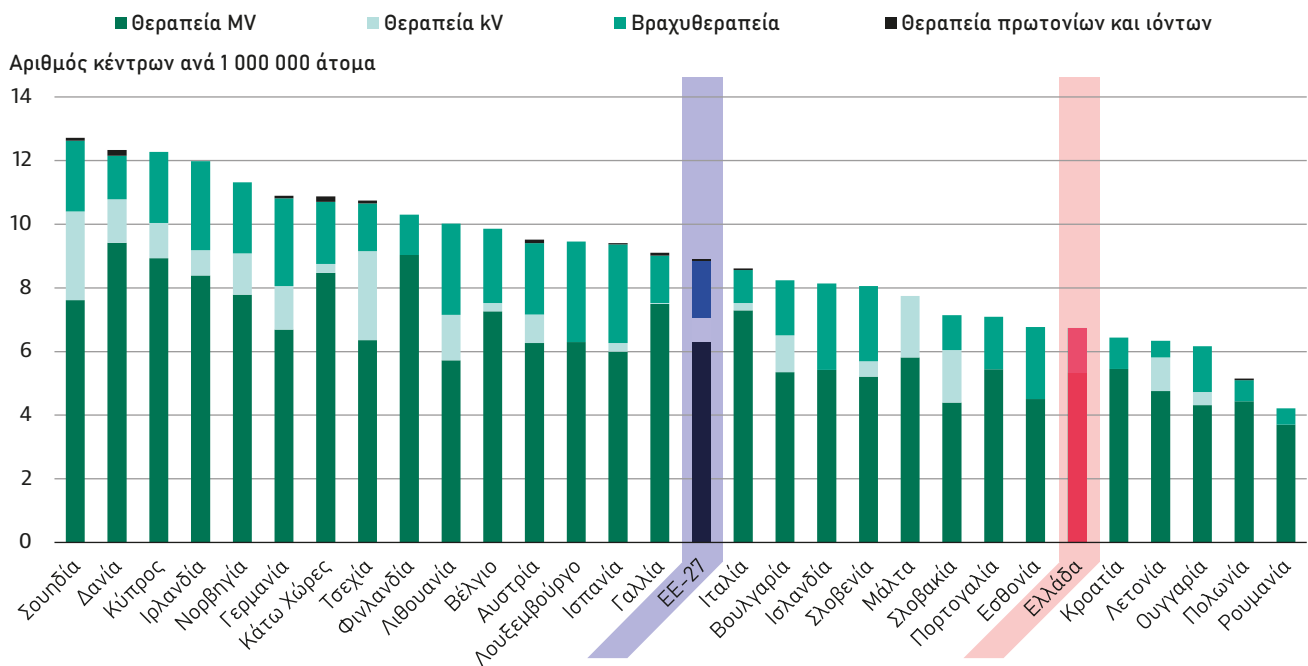
Συνολικά, παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες στην κατανομή των ειδικοτήτων, οι οποίες συνδέονται κυρίως με τη μη ρυθμιζόμενη εισροή από τις ιατρικές σχολές και την προκλητή ζήτηση, με αποτέλεσμα ανισότητες πρόσβασης

σε περίθαλψη. Η θέσπιση εθνικής στρατηγικής για το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας, σε εναρμόνιση με μια εθνική στρατηγική για τον καρκίνο, είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση χρονιζόντων ζητημάτων, όπως η αποχώρηση επαγγελματιών υγείας από την Ελλάδα, η παραμονή στην εργασία, η εξειδίκευση, η έλλειψη διεπιστημονικής φροντίδας και οι ελλείψεις επαγγελματιών υγείας.

## Η δυναμικότητα υπηρεσιών ακτινοθεραπείας είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά οι αριθμοί όσον αφορά τον διαγνωστικό εξοπλισμό είναι υψηλοί

Το 2019 η Ελλάδα διέθετε συνολικά 71 συσκευές ακτινοθεραπείας, δηλαδή περίπου 7 συσκευές ανά 1 000 000 άτομα, αριθμό που είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (διάγραμμα 7). Το σύνολο του εξοπλισμού φυλάσσεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, ενώ ορισμένες χώρες – όπως η Ιταλία– παρέχουν ακτινοθεραπεία και στο πλαίσιο εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπλέον, η κατανομή των κέντρων σωματιδιακής θεραπείας συγκεντρώνεται στις δύο μεγάλες πόλεις, γεγονός που συνεπάγεται σοβαρές γεωγραφικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση.

**Διάγραμμα 7. Η ικανότητα ακτινοθεραπείας είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ**



Σημείωση: MV σημαίνει megavolt και kV σημαίνει kilvolt. Ο μέσος όρος της ΕΕ-27 είναι μη σταθμισμένος (έχει υπολογιστεί από τον ΟΟΣΑ).

Πηγή: Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας.

Αντιθέτως, ο αριθμός των διαθέσιμων αξονικών και μαγνητικών τομογράφων είναι μεγαλύτερος σε μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης απ’ ό,τι στα νοσοκομεία. Το 2019 η Ελλάδα διέθετε 171 αξονικούς τομογράφους σε νοσοκομειακές μονάδες και 285 σε μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αριθμό που αντιστοιχεί σε 4,3 ανά 100 000 άτομα και υπερβαίνει κατά πολύ τον μέσο όρο της ΕΕ (2,4). Επιπλέον, υπάρχουν 80 μονάδες μαγνητικής τομογραφίας σε νοσοκομειακό περιβάλλον, ενώ ο αριθμός τους είναι τριπλάσιος (262) σε μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ωστόσο, αυτό δεν οδηγεί κατ’ ανάγκη σε μεγαλύτερη πρόσβαση ασθενών: οι περισσότεροι τομογράφοι βρίσκονται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές, ενώ εκείνοι που βρίσκονται σε μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ανήκουν σχεδόν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα.

### Η πρόσβαση σε νέα αντικαρκινικά φάρμακα είναι βραδύτερη απ’ ό,τι σε άλλες χώρες της ΕΕ

Η έγκαιρη πρόσβαση σε νέες θεραπείες για τον καρκίνο και σε φάρμακα ογκολογίας ακριβείας είναι υψίστης σημασίας για τους καρκινοπαθείς, ωστόσο στην Ελλάδα πρέπει συχνά να περιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου

να λάβουν προσφάτως εγκεκριμένα για αποζημίωση και καινοτόμα φάρμακα. Το 2017 ο χρόνος διάθεσης ογκολογικών φαρμάκων στην αγορά της Ελλάδας υπερέβη τον μέσο όρο της ΕΕ και η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε με την πάροδο του χρόνου (Filosofou et al., 2017). Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 2021 ο διάμεσος χρόνος από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας έως την ένταξη νέων ογκολογικών φαρμάκων στον κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων ήταν περίπου 28 μήνες (Kourilaba & Beletsi, 2021), όταν ο μέσος χρόνος μεταξύ της χορήγησης άδειας κυκλοφορίας και της πρώτης πρόσβασης στις 28 χώρες της ΕΕ ήταν σχεδόν ο μισός (398 ημέρες). Ταχύτερη πρόσβαση σε φάρμακα είχαν οι ασθενείς στη Γερμανία (17 ημέρες), στο Ηνωμένο Βασίλειο (22 ημέρες) και στην Αυστρία (31 ημέρες). Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν επίσης πρόβλημα όσον αφορά τα ογκολογικά φάρμακα ακριβείας για τα οποία απαιτούνται εξετάσεις βιοδεικτών: οι εξετάσεις αυτές είτε δεν είναι διαθέσιμες είτε δεν αποζημιώνονται στην Ελλάδα. Κατά συνέπεια, στους ασθενείς συνταγογραφούνται πολύ δαπανηρές και πολύπλοκες νέες θεραπείες ακριβείας χωρίς να είναι γνωστό αν θα είναι επωφελείς γι’ αυτούς, ενώ η χώρα δαπανά χρήματα για θεραπείες οι οποίες ενδέχεται να μην ενδείκνυνται για τους ασθενείς που τις λαμβάνουν.

## Οι απομακρυσμένες κοινότητες αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης στην περίθαλψη του καρκίνου

Η γεωγραφικά άνιση ανάπτυξη των υποδομών και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχει δημιουργήσει στη χώρα ανισότητες μεταξύ των αστικών και των αγροτικών ή απομακρυσμένων περιοχών (ειδικότερα των νησιωτικών περιοχών), ιδίως όσον αφορά την εξειδικευμένη περίθαλψη όπως η ογκολογία, δεδομένου ότι οι περισσότεροι Έλληνες ογκολόγοι είναι εγκατεστημένοι σε αστικές περιοχές. Ο εξαιρετικά περιορισμένος αριθμός υπηρεσιών ογκολογίας στις αγροτικές περιοχές επηρεάζει την προσβασιμότητα και την έγκαιρη αντιμετώπιση, ενώ είναι συχνή και η εσωτερική μετανάστευση για λόγους μεσοπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης περίθαλψης του καρκίνου. Οι μετακινήσεις από τα νησιά προς την Αθήνα ή από τις αγροτικές περιοχές σε κάποια πόλη για λόγους περίθαλψης απαιτούν χρόνο· η κατάσταση αυτή συνεπάγεται απώλεια εισοδήματος, μη κλινικές δαπάνες (μεταφορά και διαμονή) και σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική και κοινωνική ζωή. Επιπλέον, οι εν λόγω δαπάνες μπορούν να επιβαρύνουν περισσότερο του ενός άτομα όταν ο ασθενής συνοδεύεται από φροντιστή, με αποτέλεσμα πρόσθετες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις για τον φροντιστή, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας εισοδήματος και της ψυχικής κόπωσης. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί για τους καρκινοπαθείς μεγάλες ανισότητες ανάλογα με την ικανότητά τους να πληρώνουν για την αναζήτηση περίθαλψης (Athanasakis et al., 2012· Ziomas, Konstantinidou & Capella, 2018). Τα μικρά περιφερειακά νοσοκομεία μπορεί να διαθέτουν ογκολόγο, αλλά ενδέχεται να παρουσιάζουν ελλείψεις σε άλλες σημαντικές ειδικότητες για την περίθαλψη του καρκίνου –όπως αιματολόγους και εργαστηριακές ειδικότητες για τις εξετάσεις βιοδεικτών– ενώ ορισμένα διαθέτουν μεν ογκολογικό τμήμα, αλλά όχι ιατρούς.

## Η πρόσβαση σε παρηγορητική αγωγή και φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου είναι πολύ περιορισμένη, γεγονός που δημιουργεί επιβάρυνση για τα νοικοκυριά

Η Ελλάδα δεν έχει αναπτύξει οργανωμένο πλαίσιο για υπηρεσίες παρηγορητικής αγωγής και κυρίως για υπηρεσίες που παρέχονται κατ' οίκον. Η κατάσταση αυτή δεν αποτελεί αντικείμενο ευρείας συζήτησης, ιδίως μεταξύ των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, μολοντί έχουν καταβληθεί προσπάθειες στο παρελθόν για τη δημιουργία πλαισίου. Οι εξαιρετικά περιορισμένες υπηρεσίες παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου της χώρας παρέχονται κυρίως σε εθελοντική βάση, εντός των δημόσιων νοσοκομείων, από νοσηλεύτριες ή νοσηλεύτριες που αμείβονται από την οικογένεια σε ωριαία βάση, από μη καταρτισμένους φροντιστές κατ' οίκον (συνήθως μετανάστριες) ή από ιδιωτικούς παρόχους, ΜΚΟ και φιλανθρωπικούς φορείς. Κατά συνέπεια, τα νοικοκυριά και οι οικογένειες αντιμετωπίζουν σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις, τόσο άμεσα, κατά την κάλυψη του κόστους της φροντίδας, όσο και έμμεσα, όταν τα μέλη της οικογένειας υφίστανται απώλεια εισοδήματος για τη φροντίδα συγγενών. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 αναγνωρίστηκε η ανάγκη ανάπτυξης εθνικής στρατηγικής για την παρηγορητική αγωγή και υπογραμμίστηκε η ανάγκη ενσωμάτωσης της παρηγορητικής αγωγής στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, χωρίς ωστόσο να προβλέπονται συγκεκριμένες δράσεις. Πριν από το τέλος του 2022 κατατέθηκε στη Βουλή νομοσχέδιο με στόχο τη διαμόρφωση πλαισίου για την ανάπτυξη των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας.

## 5.2 Ποιότητα

### Η ποιότητα της περίθαλψης του καρκίνου στην Ελλάδα δεν έχει βελτιωθεί τα τελευταία έτη

Η περίθαλψη του καρκίνου στην Ελλάδα εξακολουθεί να μην είναι επαρκώς ανεπτυγμένη, γεγονός που έχει σοβαρές επιπτώσεις στη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, το φορτίο νοσηρότητας και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ιστορικό καρκίνου. Υπάρχουν πολλοί βασικοί μηχανισμοί που μπορούν να εφαρμοστούν, μεταξύ άλλων όσον αφορά τις παρεμβάσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας, τη συμμετοχή διεπιστημονικών ομάδων, την ενίσχυση του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση και την αποκατάσταση, καθώς και τη δημιουργία οδών πρόσβασης των ασθενών στην περίθαλψη καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου. Έχουν καταβληθεί ορισμένες προσπάθειες για την ανάπτυξη και την εισαγωγή κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων στη διαχείριση του καρκίνου, ωστόσο εξακολουθούν να μη χρησιμοποιούνται ευρέως με οργανωμένο και ολοκληρωμένο τρόπο. Για παράδειγμα, κλινικές κατευθυντήριες γραμμές για τον καρκίνο του πνεύμονα έχουν παρασχεθεί ή εγκριθεί από επιστημονικές εταιρείες, αλλά δεν εφαρμόζονται ευρέως σε εθνικό επίπεδο, ενώ σπανίως περιλαμβάνουν αλγόριθμους έγκαιρης ανίχνευσης και παραπομπής που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

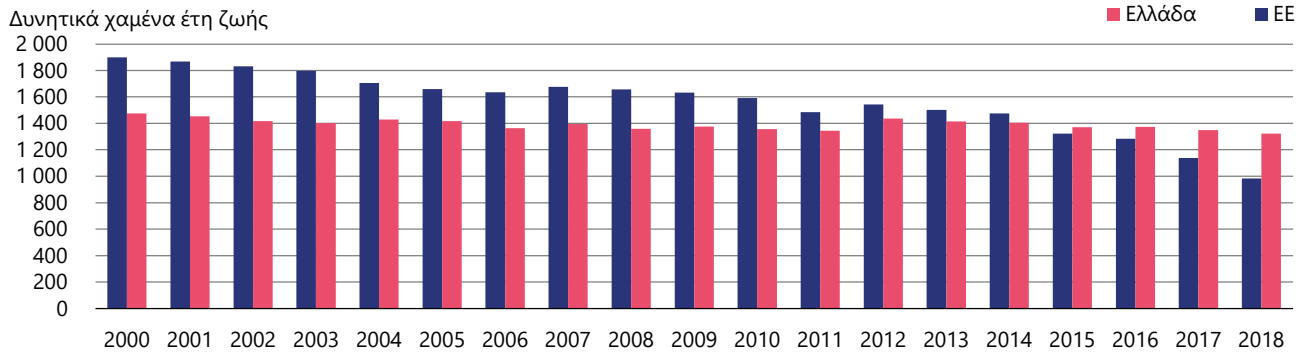
Συνολικά, τα χαμένα έτη αναμενόμενης ζωής από τον καρκίνο στην Ελλάδα μειώθηκαν οριακά από 1 474 έτη ανά 100 000 άτομα το 2000 σε 1 322 έτη το 2018· πρόκειται, δηλαδή, για μείωση της τάξης του 10%. Συγκριτικά, το ποσοστό μειώθηκε κατά το ήμισυ σε ολόκληρη την ΕΕ: από 1 898 έτη το 2000 σε 982 έτη το 2018 (διάγραμμα 8). Η μείωση αυτή είναι ενδεικτική του γεγονότος ότι η Ελλάδα πασιφίζει να βελτιώσει τη συνολική ποιότητα του συστήματος περίθαλψης του καρκίνου. Δεν εφαρμόζονται συστήματα διασφάλισης ποιότητας όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου στα δημόσια νοσοκομεία. Ο νεοσυσταθείς Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας πρόβη σε έλεγχο των κλινικών και των νοσοκομείων COVID-19 κατά την πρώτη διετία της λειτουργίας του, αλλά αναμένεται να προβεί σε εργασίες για τη θέσπιση συστημάτων διασφάλισης ποιότητας για τις υπηρεσίες ογκολογίας.

Σύμφωνα με πληροφορίες που προέρχονται από τον Οργανισμό Ευρωπαϊκών Ινστιτούτων για τον Καρκίνο, η Ελλάδα συγκαταλέγεται στα εννέα κράτη μέλη της ΕΕ τα οποία δεν διαθέτουν ακόμη αναγνωρισμένες ούτε διαπιστευμένες ολοκληρωμένες υποδομές για τον καρκίνο, ενώ μόνο ένα νοσοκομείο της χώρας είναι μέλος του δικτύου.

### Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ολοκληρωμένοι μηχανισμοί διασφάλισης ποιότητας και παρακολούθησης

Η Ελλάδα δεν διαθέτει ολοκληρωμένο μηχανισμό επιτήρησης και παρακολούθησης της συχνότητας εμφάνισης και του επιπολασμού του καρκίνου και των ποσοστών επιβίωσης από καρκίνο, ο οποίος θα μπορούσε να παρέχει στοιχεία σχετικά με την περίθαλψη του καρκίνου και να συμβάλλει στη διαμόρφωση σχετικών πολιτικών. Τα στοιχεία και τα δεδομένα, όταν δεν είναι ανεπαρκή, είναι κατακερματισμένα και αντλούνται κατά γενικό κανόνα από διάφορες πηγές, οι οποίες συνδέονται κυρίως με την πτυχή της περίθαλψης που αφορά τη νοσηλεία σε νοσοκομείο. Δεν υπάρχουν μέτρα βάσει αναφορών των ασθενών για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης του καρκίνου στην Ελλάδα,

## Διάγραμμα 8. Τα χαμένα έτη ζωής λόγω καρκίνου παρέμειναν σταθερά στην Ελλάδα κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι μη σταθμισμένος (έχει υπολογιστεί από τον ΟΟΣΑ).  
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία, 2022.

όπως μέτρα βάσει των εκβάσεων και της εμπειρίας που αναφέρονται από ασθενείς. Ορισμένες έρευνες σχετικά με την ποιότητα ζωής διεξάγονται ανεξάρτητα, από ερευνητικές ομάδες, αλλά σπανίως χρησιμοποιούνται από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής. Ομοίως, οι κλινικοί δείκτες που αφορούν τα αποτελέσματα και την παρακολούθηση των ασθενών, όπως τα ποσοστά επανεισαγωγής σε νοσοκομείο, δεν συλλέγονται με συστηματικό τρόπο. Αυτή η έλλειψη δεικτών σημαίνει ότι οι ιατροί δεν ενημερώνονται σχετικά με την τεκμηριωμένη εμπειρογνωσία των ογκολογικών νοσοκομείων/κλινικών σε συγκεκριμένους τύπους ή διαδικασίες καρκίνου, ώστε να μπορούν να παραπέμπουν τους ασθενείς τους εμπιστευτικά σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

Συνολικά, δεν είναι άμεσα διαθέσιμοι ούτε εθνικοί δείκτες ποιότητας (όπως ο χρόνος αναμονής από τη διάγνωση έως τη θεραπεία και το στάδιο του καρκίνου κατά τη διάγνωση) ούτε τοπικοί δείκτες ποιότητας (όπως η αναλογία ανθρώπινου δυναμικού, η διαπίστευση και τα ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών). Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν μηχανισμοί για την εποπτεία και την αξιολόγηση των ιατρικών πρακτικών, γεγονός που εγείρει ανησυχίες για την ασφάλεια των ασθενών. Η Ελλάδα δεν διαθέτει κεντρική εθνική αρχή για την αναφορά ιατρικών σφαλμάτων, τα οποία δεν αναγνωρίζονται και δεν αποκαθίστανται, ενώ τα περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα εντοπίζονται με ειδική υποβολή αναφοράς, στο πλαίσιο της οποίας προσδιορίζεται μικρός μόνο αριθμός τέτοιων συμβάντων. Πολλές έρευνες έχουν καταγράψει υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας των ασθενών όσον αφορά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, ιδίως κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης (Economou et al., 2017), αλλά και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

### Η διαχείριση της περίθαλψης του καρκίνου στην Ελλάδα πραγματοποιείται σχεδόν εξ ολοκλήρου στον ενδονοσοκομειακό τομέα

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό νοσοκομειοκεντρικό, μεταξύ άλλων και για την περίθαλψη του καρκίνου. Από τα περίπου 270 νοσοκομεία, τα 124 είναι δημόσια. Εκτός από τα ογκολογικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων σε ολόκληρη τη χώρα, υπάρχουν τέσσερα εξειδικευμένα νοσοκομεία για τον καρκίνο, τρία στην περιφέρεια Αττικής (Αθήνα) και ένα στην περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (Θεσσαλονίκη). Εξειδικευμένα τμήματα για τον παιδικό καρκίνο βρίσκονται είτε σε παιδιατρικά νοσοκομεία είτε σε γενικά και τριτοβάθμια

νοσοκομεία. Η θεραπεία του καρκίνου πραγματοποιείται σχεδόν αποκλειστικά σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Επιπλέον, περισσότερα από 30 ιδιωτικά νοσοκομεία και εξωνοσοκομειακές κλινικές παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας του καρκίνου. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη με ολοκληρωμένο και οργανωμένο τρόπο, παρότι έχουν καταβληθεί προσπάθειες από όλες τις κυβερνήσεις κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Ο ρόλος που διαδραματίζει σήμερα ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη διαχείριση του καρκίνου είναι πολύ περιορισμένος. Η κατάσταση αυτή συνδέεται με την εκπαίδευση των γενικών ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία δεν περιλαμβάνει συνιστώσες της περίθαλψης του καρκίνου.

### Η Ελλάδα εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις ελάχιστες χώρες της ΕΕ που δεν διαθέτουν μητρώο καρκίνου

Σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ, οι οποίες έχουν αναπτύξει και βελτιώνουν τα εθνικά μητρώα καρκίνου επί δεκαετίες, η Ελλάδα εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις ελάχιστες χώρες οι οποίες δεν συλλέγουν ακριβή και πλήρη δεδομένα για τον καρκίνο με σκοπό τη διενέργεια επιδημιολογικών ερευνών και τον σχεδιασμό της περίθαλψης του καρκίνου. Η απουσία μητρώου καρκίνου σημαίνει ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις αιτίες του καρκίνου ή να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προσηλυτικού ελέγχου ή της θεραπείας του καρκίνου. Η κατάσταση αυτή εμποδίζει τις ερευνητικές δραστηριότητες για την παρακολούθηση των τάσεων του καρκίνου, την ανάλυση των ανισοτήτων, την εκτίμηση των ποσοστών επιβίωσης και την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης του καρκίνου.

Η δημιουργία μητρώου καρκίνου αποτελεί επαναλαμβανόμενο αίτημα των ασθενών, των ιατρικών ενώσεων ογκολογίας και αιματολογίας και της κοινωνίας των πολιτών γενικότερα. Αποτέλεσε επίσης μία από τις βασικές προτεραιότητες και των δύο εθνικών σχεδίων για τον καρκίνο (2008-2012 και 2011-2015), αλλά δεν έχει ακόμη υλοποιηθεί. Το καθήκον ανάπτυξης εθνικού μητρώου καρκίνου είχε ανατεθεί στο πρώην εθνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων το 2005, με τη στήριξη των διαρθρωτικών ταμείων της ΕΕ, αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν τα βέλτιστα και, ως εκ τούτου, οι προσπάθειες διακόπηκαν το 2012. Πιο πρόσφατα, βασικός στόχος του νεοσυσταθέντος Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου —το οποίο

ιδρύθηκε βάσει νόμου το 2019, αλλά δεν έχει αρχίσει ακόμη να λειτουργεί— ήταν η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου εθνικού μητρώου για τον καρκίνο.

Η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε συνεργασία με την περιφέρεια Κρήτης, διαχειρίζεται το Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου (ΚΚΚ) Κρήτης, το οποίο συλλέγει και παρακολουθεί δεδομένα θνησιμότητας και νοσηρότητας του καρκίνου σε περιφερειακό επίπεδο, καθώς και παράγοντες κινδύνου από τον πληθυσμό της Κρήτης. Άλλοι στόχοι περιλαμβάνουν την ανάπτυξη μεθοδολογικών προτύπων, πλαισίου έρευνας για την προστασία των δεδομένων, τεχνικών εξόρυξης δεδομένων, καθώς και την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου ψηφιακού συστήματος παρακολούθησης. Το ΚΚΚ Κρήτης είναι μέλος του Διεθνούς Οργανισμού Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC), του Ευρωπαϊκού Δικτύου Μητρώων Καρκίνου (ENCR) και του Κοινού Κέντρου Ερευνών (JRC).

Η ελληνική κυβέρνηση ανακοίνωσε προσφάτως την ανάπτυξη εθνικού μητρώου καρκίνου και εθνικού μητρώου καρκίνου για παιδιά και εφήβους. Τα μητρώα αυτά αποτελούν μέρος του γενικού Ολοκληρωμένου Συστήματος Φροντίδας Ογκολογικών-Αιματολογικών Ασθενών που χρηματοδοτείται από τον μηχανισμό ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της ΕΕ. Στόχος τους είναι η υποστήριξη των καρκινοπαθών καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου, από τη διάγνωση έως τη θεραπεία, καθώς και κατά την αποκατάσταση. Ο μηχανισμός αυτός θα στηρίζει τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία μέσω της ενσωμάτωσης προσωπικών ιατρικών φακέλων, τη διαμόρφωση θεραπευτικών σχημάτων σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά πρωτόκολλα και την παρακολούθηση της προόδου, τη δημιουργία οδών πρόσβασης των ασθενών στην περίθαλψη και την εξ αποστάσεως παρακολούθηση των ασθενών μέσω εφαρμογών κινητού τηλεφώνου.

### Στην Ελλάδα αναπτύσσεται επί του παρόντος ιατρική ακριβείας στην ογκολογία

Το Εθνικό Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας στην Ογκολογία ιδρύθηκε το 2018 ως εμβληματική πρωτοβουλία της κυβέρνησης, με στόχο την ανάπτυξη διαγνωστικών εργαλείων για την εξατομικευμένη προσαρμογή της ιατρικής περίθαλψης των καρκινοπαθών βάσει των μοναδικών χαρακτηριστικών και των αναγκών τους, καθώς και για την προώθηση της έρευνας και μελετών βάσει στοιχείων που προκύπτουν υπό πραγματικές συνθήκες. Οι εν λόγω διαγνωστικές υπηρεσίες καθιστούν δυνατή την ανίχνευση της γενετικής προδιάθεσης του καρκίνου σε ασθενείς με διάγνωση και σε υγιή άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, καθώς και την έγκαιρη εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας και δευτερογενούς ή πρωτογενούς πρόληψης.

Κατά την πιλοτική του φάση (2018-2021), το δίκτυο περιλάμβανε εθνικά ερευνητικά και πανεπιστημιακά ιδρύματα με σημαντικό έργο στη μοριακή βιολογία, την ιατρική και την επιστήμη δεδομένων. Οι υπηρεσίες παρασχέθηκαν από τέσσερις μονάδες ιατρικής ακριβείας στην ογκολογία: δύο στην Αθήνα, μία στη Θεσσαλονίκη και μία στο Ηράκλειο. Οι μονάδες αυτές παρείχαν υπηρεσίες γενετικής και μοριακής ανάλυσης με τη χρήση αλληλούχισης επόμενης γενιάς, ήταν συνδεδεμένες με την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης, ενώ παρείχαν επίσης στους γιατρούς και στους ειδικούς σε θέματα διάγνωσης επικυρωμένες ροές εργασίας για την ανάλυση και την ερμηνεία των ευρημάτων. Οι υπηρεσίες παρασχέθηκαν σε καρκινοπαθείς κατόπιν παραπομπής από την ιατρική τους ομάδα.

Κατά την περίοδο μεταξύ του Μαρτίου 2019 και του τέλους Οκτωβρίου 2021 διενεργήθηκαν περίπου 5 500 εξετάσεις αλληλούχισης επόμενης γενιάς με τη χρήση γονιδιακών πάνελ (εξετάσεις πολλαπλών δεικτών). Επιπλέον, το δίκτυο συνέβαλε στην τυποποίηση των διαδικασιών, ολοκλήρωσε τακτικούς διεργαστηριακούς ελέγχους, αξιολόγησε επτά εργαστήρια αναφοράς, προώθησε τη χρήση ψηφιακών εργαλείων υγείας και υποστήριξε το εθνικό αποθετήριο γονιδιωματικών δεδομένων για τον καρκίνο. Το δίκτυο προβλεπόταν να υπαχθεί σε καθεστώς νομικής οντότητας, με χρηματοδοτική στήριξη από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας. Ωστόσο, αυτό δεν συνέβη λόγω αλλαγής των κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα, με αποτέλεσμα την παύση της λειτουργίας του δικτύου τον Δεκέμβριο του 2021. Έχει εξαγγελθεί διαφορετικό σύστημα παρακολούθησης (όχι νομική οντότητα), το οποίο θα βασίζεται στη συνεργασία ερευνητικών και πανεπιστημιακών κέντρων. Μέχρι στιγμής δεν έχουν γίνει γνωστά ούτε συγκεκριμένα σχέδια ούτε η ημερομηνία έναρξης των δραστηριοτήτων ή το πεδίο εφαρμογής τους.

Επί του παρόντος, η μοναδική επιλογή που έχουν στη διάθεσή τους οι ιατροί είναι η παραπομπή των ασθενών τους σε ιδιωτικά εργαστήρια με δυνατότητα κατάρτισης γονιδιωματικού καρκινικού προφίλ, διαδικασία που συνεπάγεται πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση για τους καρκινοπαθείς, δεδομένου ότι οι εν λόγω εξετάσεις δεν καλύπτονται ως επί το πλείστον από το δημόσιο σύστημα υγείας. Ανεπίλυτα παραμένουν επίσης ζητήματα σχετικά με τη διασφάλιση της ποιότητας και την αποθήκευση των ευρημάτων.

## 5.3 Κόστος και σχέση κόστους-ωφέλειας

### Το επίπεδο των δαπανών για την περίθαλψη του καρκίνου στην Ελλάδα συγκαταλέγεται στα χαμηλότερα επίπεδα στην ΕΕ

Για την εκτίμηση της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών και των ασθενών εξαιτίας του καρκίνου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο οι άμεσες όσο και οι έμμεσες δαπάνες. Το 2018 το εκτιμώμενο συνολικό κόστος του καρκίνου στην Ελλάδα υπερέβαινε ελαφρώς τα 2 δισ. EUR. Περίπου το 48 % του ποσού αυτού αντιστοιχούσε σε άμεσες δαπάνες. Περίπου το 15 % ήταν ευκαιριακό κόστος λόγω απώλειας χρόνου που οφείλεται στην παροχή μη αμειβόμενης φροντίδας από συγγενείς. Το υπόλοιπο 37 % προέκυψε από απώλειες παραγωγικότητας που αποδίδονται στη νοσηρότητα και την πρόωξη θνησιμότητα. Συνολικά, το κατά κεφαλήν οικονομικό κόστος του καρκίνου στην Ελλάδα ανήλθε σε 229 EUR, μετά την προσαρμογή για την ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (ΙΑΔ), ποσό που είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο των 326 EUR της ΕΕ (διάγραμμα 9).

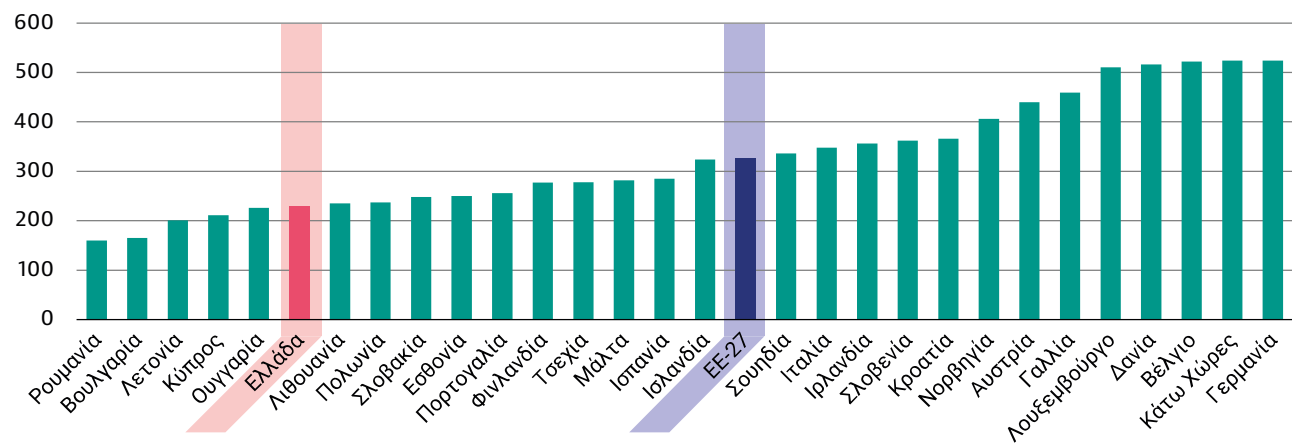
### Το άμεσο και έμμεσο κόστος της παρηγορητικής αγωγής και της φροντίδας των ασθενών τελικού σταδίου αποτελούν σοβαρή επιβάρυνση για τα νοικοκυριά

Μελέτη στην οποία μετείχαν ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα σε τελικό στάδιο, οι οποίοι απεβίωσαν κατά την περίοδο μεταξύ Σεπτεμβρίου του 2011 και Ιουνίου του 2014 (Souliotis et al., 2019), έδειξε ότι το άμεσο ιατρικό κόστος κατά τους έξι τελευταίους μήνες της ζωής τους ήταν σημαντικό. Ειδικότερα, περίπου το 74 % του συνολικού



## Διάγραμμα 9. Το επίπεδο των κατά κεφαλήν δαπανών για την περίθαλψη του καρκίνου στην Ελλάδα συγκριτικά με τα χαμηλότερα επίπεδα στην ΕΕ

Κατά κεφαλήν ΙΑΔ σε EUR



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ-27 είναι μη σταθμισμένος (έχει υπολογιστεί από τον ΟΟΣΑ).  
Πηγή: Hofmarcher et al. (2020).

κόστους της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης συνδεόταν με τη χημειοθεραπεία, στοιχείο που υποδηλώνει σημαντική έλλειψη οικονομικής προστασίας ως πτυχής της καθολικής κάλυψης υγείας. Άλλες δαπάνες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης περιλάμβαναν τη νοσοκομειακή νοσηλεία (17 %), τα νοσοκομειακά έξοδα (8 %) και τις μεταγγίσεις (1 %). Το υψηλότερο εξωνοσοκομειακό κόστος συνδεόταν με τη συγχρορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (59 %), ακολουθούμενη από το κόστος των εξετάσεων (21 %) και της ακτινοθεραπείας (20 %). Επιπλέον, το κόστος τόσο των ενδονοσοκομειακών όσο και των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια της εν λόγω περιόδου περίθαλψης παρουσίασε αυξητική τάση και κορυφώθηκε κατά τη διάρκεια του πέμπτου μήνα, στοιχείο που υποδηλώνει την εφαρμογή λιγότερο επιθετικού θεραπευτικού σχήματος κατά τον τελευταίο μήνα της ζωής.

### 5.4 COVID-19 και καρκίνος: αναπτύσσοντας ανθεκτικότητα

#### Η COVID-19 οδήγησε σε σημαντική διαταραχή της παροχής ογκολογικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, μια εθνική οργάνωση συλλόγων καρκινοπαθών, διεξήγαγε έρευνα δύο φάσεων σε καρκινοπαθείς κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με σκοπό τον προσδιορισμό των άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων της COVID-19. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις: η πρώτη κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού του 2020 και η δεύτερη την άνοιξη του 2021. Ένας στους τρεις συμμετέχοντες στο πρώτο στάδιο ανέφερε ότι ήταν δύσκολο (28 %) ή ότι δεν κατόρθωσε (3 %) να αποκτήσει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι δυσκολίες αφορούσαν κυρίως την απόσταση και συγκεκριμένα την ανάγκη κάλυψης διαδρομής άνω της μισής ώρας για την πλησιέστερη υπηρεσία. Οι δυσκολίες αυτές αναφέρθηκαν από το 36 % περίπου των ασθενών και από το 24 % των ασθενών με ιστορικό καρκίνου. Σύμφωνα με την έρευνα, η πανδημία είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο στις χειρουργικές επεμβάσεις σε σύγκριση με άλλες θεραπείες, δεδομένου ότι σημαντικό ποσοστό των επεμβάσεων έπρεπε να προγραμματιστεί εκ νέου ή να ακυρωθεί. Επιπλέον, το 45 % των συμμετεχόντων

ανέφεραν εκ νέου προγραμματισμό ή ακύρωση ραντεβού λόγω υπερβολικής επιβάρυνσης του συστήματος υγείας.

Από τον δεύτερο γύρο της έρευνας προέκυψε ότι για το 50 % των ασθενών που συμμετείχαν σε αυτήν, η διάγνωση έγινε μετά την έξαρση της COVID-19. Περισσότεροι από ένας στους πέντε συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η θεραπεία τους επηρεάστηκε από την πανδημία, μεταξύ άλλων λόγω καθυστερήσεων στις χειρουργικές επεμβάσεις ή τις θεραπείες και λόγω αλλαγών στη θεραπεία. Σύμφωνα με αναφορές, η πρόσβαση των καρκινοπαθών σε περίθαλψη επιδεινώθηκε σημαντικά, επειδή οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στην αντιμετώπιση της COVID-19 και μειώθηκε η δυνατότητα κάλυψης άλλων αναγκών υγείας. Περίπου το 40 % των συμμετεχόντων επιβαρύνθηκαν με αύξηση των δαπανών που επωμίστηκαν οι ίδιοι για την υγεία τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας· αυτό συνδέεται εν μέρει με εμπόδια στην πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες. Επιπλέον, σε σύγκριση με τον πρώτο γύρο, ήταν χαμηλότερο το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανέφεραν ότι έλαβαν εγκαίρως οδηγίες και πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της COVID-19 ενώ ταυτόχρονα έπασχαν από καρκίνο.

Μια μελέτη για τις χειρουργικές ογκολογικές πρακτικές στην Ελλάδα και την Κύπρο αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των αντιλήψεων των χειρουργών σχετικά με τον αντίκτυπο της COVID-19 και στις δύο χώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου (Μάρτιος-Ιούνιος 2020) και του δεύτερου (Νοέμβριος 2020 – Ιανουάριος 2021) κύματος της πανδημίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, μεταξύ των δύο κυμάτων μειώθηκαν σημαντικά οι ασθενείς που ήταν πρόθυμοι να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση και να πραγματοποιήσουν ιατρικές επισκέψεις. Παρ' όλα αυτά, η διαθεσιμότητα των χειρουργικών υπηρεσιών εξακολούθησε να είναι περιορισμένη. Η έρευνα επισημαίνει τις ανησυχίες των χειρουργών σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις στην επιβίωση των καρκινοπαθών και στα δύο κύματα. Διαπιστώθηκε αναντιστοιχία μεταξύ των αναγκών των ασθενών και της διαθεσιμότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η οποία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής (Magouliotis et al., 2021).

## 6. Οι ανισότητες στο επίκεντρο

Η Ελλάδα δεν διαθέτει γενικό εθνικό σχέδιο για τον έλεγχο του καρκίνου, το οποίο να καλύπτει ολόκληρο το φάσμα της περίθαλψης του καρκίνου, από την πρόληψη, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τη θεραπεία και την περίθαλψη έως την αποκατάσταση, την παρηγορητική αγωγή και τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου. Οι προηγούμενες προσπάθειες για την ανάπτυξη εθνικού σχεδίου για τον καρκίνο απέτυχαν διότι δεν υποστηρίχθηκαν από μέτρα εφαρμογής, ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους και συστήματα παρακολούθησης. Επιπλέον, σε αντίθεση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, τα οποία έχουν αναπτύξει και βελτιώνουν τα εθνικά μητρώα καρκίνου επί δεκαετίες, η Ελλάδα δεν κατόρθωσε να πράξει το ίδιο, με αποτέλεσμα τη δημιουργία εμποδίων στην έρευνα, την επιτήρηση, την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση, τη θεραπεία και τον σχεδιασμό του ελέγχου του καρκίνου.

Η μη ρυθμιζόμενη και άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας δημιουργεί ελλείψεις και σημεία συμφόρησης στις υπηρεσίες υψηλής ζήτησης, συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης, της θεραπείας και της περίθαλψης του καρκίνου. Το γεγονός αυτό έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης και ωθεί τους ανθρώπους στον ιδιωτικό τομέα, αυξάνοντας έτσι τις κοινωνικές ανισότητες στον τομέα της υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας ήταν ανέκαθεν νοσοκομειοκεντρικό και νοσοκεντρικό, γεγονός που το καθιστά περισσότερο εστιασμένο στην απόκριση παρά στην πρόληψη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή ανάπτυξη, κατάσταση που επηρεάζει τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου, την έγκαιρη διάγνωση και την πρόληψη, ενώ οδηγεί επίσης σε αρκετές ανισότητες.

- Μολονότι ο επιπολασμός του καπνίσματος έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, το 2019 σχεδόν ένας στους τέσσερις ενήλικες κάπνιζε σε καθημερινή βάση – πρόκειται για το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ. Η χρηματοπιστωτική κρίση και τα σχετικά μέτρα λιτότητας εξηγούν εν μέρει τους αυξανόμενους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο, ιδίως όσον αφορά τα πλέον ευάλωτα άτομα.
- Διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Το ποσοστό των γυναικών με υψηλότερα εισοδήματα που ανέφεραν εξέταση μαστού ήταν σχεδόν διπλάσιο (86 %) από το ποσοστό των γυναικών με χαμηλότερα εισοδήματα (46 %). Το ποσοστό των γυναικών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο που ανέφεραν ότι έχουν υποβληθεί σε εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος (85 %) ήταν υπερδιπλάσιο του ποσοστού των γυναικών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (39 %).

- Η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές ανισότητες ως προς την κατανομή των υπηρεσιών μεταξύ των αστικών και των αγροτικών περιοχών, μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, καθώς και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ιατρικών ειδικοτήτων. Οι πληθυσμοί απομακρυσμένων, νησιωτικών και αγροτικών περιοχών αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη του καρκίνου τόσο από γεωγραφική όσο και από οικονομική άποψη, γεγονός που ενδέχεται να οδηγήσει σε καταστροφικές δαπάνες για την υγεία.

Οι κοινωνικοοικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας έχουν σημαντική επίδραση στο άγχος του καρκίνου στην Ελλάδα. Η χρηματοπιστωτική κρίση και τα σχετικά μέτρα λιτότητας είχαν αντίκτυπο στη δημόσια υγεία, τόσο με την αύξηση των κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου όσο και με την αποδυνάμωση ενός συστήματος υγείας που βρισκόταν ήδη αντιμέτωπο με σημαντικές διαρθρωτικές προκλήσεις. Οι προσπάθειες για τη δημιουργία δημόσιων οργανισμών και ιδρυμάτων με σκοπό τη στήριξη της περίθαλψης του καρκίνου και της έρευνας για τον καρκίνο ήταν ανεπιτυχείς, ενώ η παροχή περίθαλψης παραμένει σε μεγάλο βαθμό κατακερματισμένη.

Agorastos et al. (2014), Epidemiology of HPV infection and current status of cervical cancer prevention in Greece: final results of the LYSISTRATA cross-sectional study, *European Journal of Cancer Prevention*, 23(5):425-31.

Athanasakis K. et al. (2012), Inequalities in access to cancer treatment: an analysis of cross-regional patient mobility in Greece, *Supportive Care in Cancer*, 20(3):455-60.

De Lorenzo F. et al. (2021), Goals of survivorship care, στο: Rauh S. (ed.), *Survivorship care for cancer patients*, Cham, Springer.

Economou C. et al. (2017), Greece: health system review, *Health Systems in Transition*, 19(5):1-166.

ΕΛΣΤΑΤ (2022), Δελτίο Τύπου. Αιτίες θανάτου: έτος 2019, Αθήνα, Ελληνική Στατιστική Αρχή, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO13/->.

Filosofou S. et al. (2017), Time to market access for oncology medicines in Greece: has it changed during the crisis?, *Value in Health*, 20(9):A460.

Hofmarcher T. et al. (2020), The cost of cancer in Europe 2018, *European Journal of Cancer*, 129:41-9.

Karanikolos M., Kentikelenis A. (2016), Health inequalities after austerity in Greece, *International Journal for Equity in Health*, 15(1):83.

Koulierakis G. et al. (2022), Determinants of healthy diet choices during austerity in Greece, *British Food Journal*, 124(9):2893-910.

Kourlaba G., Belets A. (2021), Time to patients' access to new medicines in Greece: evaluation of health technology assessment (HTA) Process from July 2018 until July 2018 [προδημοσίευση πριν από την αξιολόγηση από ομοτίμους].

Magouliotis D. et al. (2021), Differences in surgical oncology practice in Greece and Cyprus between the first and second COVID-19 pandemic waves: lessons from a paradigm shift, *Journal of BUON*, 26(4):1679-82.

Pini A. et al. (2014), Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital, *Global Journal of Health Science*, 6(5):196-203.

Ragias D. et al. (2020), 1610P Undergraduate education in medical oncology lags behind in Greek universities, *Annals of Oncology*, 31(Suppl 4):S968.

Sifaki-Pistolla D. et al. (2022), Spatio-temporal variation of lung cancer in Crete, 1992–2013. Economic or health crisis?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19):12161.

Skroumpelos A. et al. (2016), Private and catastrophic health expenditure of patients with early and locally advanced breast cancer in Greece, *Value in Health*, 19(7):PA724.

Souliotis K. et al. (2019), End-of-life health-care cost of patients with lung cancer: a retrospective study, *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 6:233339281984122.

Thomson S., Cylus J., Evetovits T. (2019), Can people afford to pay for health care?, New evidence on financial protection in Europe, Κοπεγχάγη, Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332516>.

Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη (2019), Alcohol country fact sheet – Greece, Κοπεγχάγη, Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη: [https://www.who.int/europe/publications/m/item/alcohol-country-fact-sheet--greece-\(2019\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/alcohol-country-fact-sheet--greece-(2019)).

Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη (2022), WHO European Regional Obesity Report 2022, Κοπεγχάγη, Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>.

Ziomas D., Konstantinidou D., Capella A. (2018), ESPN thematic report on access to healthcare: Greece (Θεματική έκθεση του ESPN σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη: Ελλάδα), Βρυξέλλες, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, [https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=10&advSearchKey=ESPNhc\\_2018&mode=advanced-Submit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&langId=el](https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=10&advSearchKey=ESPNhc_2018&mode=advanced-Submit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&langId=el).

## Συνομογραφίες χωρών

Αυστρία	AT	Δανία	DK	Ουγγαρία	HU	Λουξεμβούργο	LU	Ρουμανία	RO
Βέλγιο	BE	Εσθονία	EE	Ισλανδία	IS	Μάλτα	MT	Σλοβακία	SK
Βουλγαρία	BG	Φινλανδία	FI	Ιρλανδία	IE	Κάτω Χώρες	NL	Σλοβενία	SI
Κροατία	HR	Γαλλία	FR	Ιταλία	IT	Νορβηγία	NO	Ισπανία	ES
Κύπρος	CY	Γερμανία	DE	Λετονία	LV	Πολωνία	PL	Σουηδία	SE
Τσεχία	CZ	Ελλάδα	EA	Λιθουανία	LT	Πορτογαλία	PT		

# Προφίλ χωρών για τον καρκίνο 2023

Το ευρωπαϊκό μητρώο ανισοτήτων όσον αφορά τον καρκίνο αποτελεί εμβληματική πρωτοβουλία του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου. Παρέχει έγκυρα και αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με την πρόληψη και την περίθαλψη του καρκίνου ώστε να προσδιορίζονται τάσεις, αποκλίσεις και ανισότητες μεταξύ των κρατών μελών και των περιφερειών. Το Μητρώο περιλαμβάνει έναν δικτυακό τόπο και ένα εργαλείο δεδομένων που αναπτύχθηκε από το Κοινό Κέντρο Ερευνών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), καθώς και μια εναλλασσόμενη σειρά διετών προφίλ για τον καρκίνο ανά χώρα και μια συνολική έκθεση για τις ανισότητες στον καρκίνο στην Ευρώπη.

Τα προφίλ χώρας για τον καρκίνο προσδιορίζουν πλεονεκτήματα, προκλήσεις και συγκεκριμένους τομείς δράσης για καθένα από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία και τη Νορβηγία, με σκοπό την καθοδήγηση των επενδύσεων και των παρεμβάσεων σε ενωσιακό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου. Το Ευρωπαϊκό Μητρώο Ανισοτήτων όσον αφορά τον Καρκίνο υποστηρίζει επίσης την Εμβληματική Δράση 1 του Σχεδίου Δράσης για Μηδενική Ρύπανση.

Τα προφίλ αποτελούν έργο του ΟΟΣΑ σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα εκφράζει την ευγνωμοσύνη της για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και προτάσεις της επιτροπής υγείας του ΟΟΣΑ, της

θεματικής ομάδας εμπειρογνομώνων της ΕΕ για το μητρώο ανισοτήτων όσον αφορά τον καρκίνο, αλλά και των εθνικών εμπειρογνομώνων.

Κάθε Προφίλ Χώρας για τον Καρκίνο παρέχει μια σύντομη σύνθεση:

- της εθνικής επιβάρυνσης από τον καρκίνο
- παραγόντων κινδύνου για τον καρκίνο, με έμφαση στους παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς και περιβάλλοντος
- προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης
- τις επιδόσεις της φροντίδας για τον καρκίνο, με έμφαση στην προσβασιμότητα, την ποιότητα της περίθαλψης, το κόστος και τον αντίκτυπο της COVID-19 στην περίθαλψη για τον καρκίνο

Παρακαλούμε αναφέρετε αυτή τη δημοσίευση ως εξής:

OECD (2023), *Προφίλ χωρών για τον καρκίνο: Ελλάδα 2023*,

EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/531f1129-el>.

ISBN 9789264832909 (PDF)

Series : EU Country Cancer Profiles