



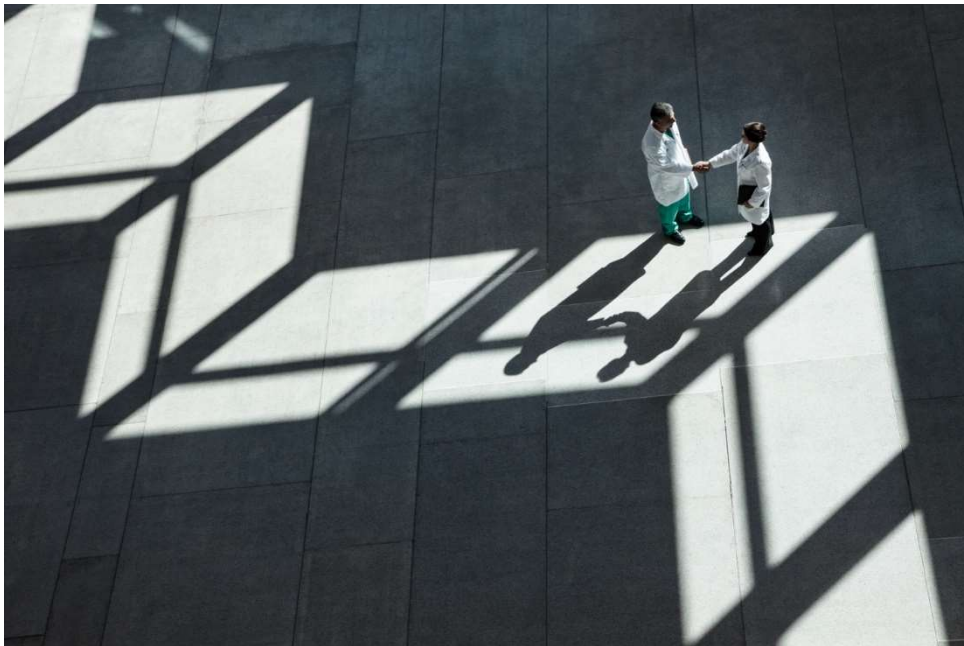
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΙΤΙΩΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ & ΕΝΑΡΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας
Πανεπιστήμιο Πειραιώς
Σεπτέμβριος 2021

Επιστημονική Ομάδα

Επιστημονικός Υπεύθυνος της μελέτης είναι ο Αθανάσιος Βοζίκης, Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Η Ερευνητική Ομάδα η οποία εργάστηκε για την υλοποίηση της μελέτης αποτελείται από τους:

1. Ιωάννη Υφαντόπουλο
2. Πλάτωνα Περιστέρη
3. Αντώνιο Σαμπράκο και
4. Μαργαρίτα-Ιωάννα Κουφάκη



Copyright: Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας (LabHEM), Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης (2021)

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε από το Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας (LabHEM), του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για λογαριασμό της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.). Η εκπόνηση της μελέτης ανατέθηκε σε υλοποίηση των αποφάσεων της 5ης Συνάντησης της Διοικούσας Επιτροπής της All.Can Greece της 3ης Νοεμβρίου 2020.

Η μελέτη έχει ως στόχο για να καταδείξει τον καίριο ρόλο που έχει στην αντιμετώπιση όλων των καρκίνων η ταχεία έναρξη της θεραπείας μετά την διάγνωση, να αναδείξει τα εμπόδια και τα δομικά προβλήματα που επιφέρουν καθυστερήσεις, είτε αυτά σχετίζονται με την συνταγογράφηση, είτε με τη έγκαιρη ανεύρεση ραντεβού, είτε με την έλλειψη επαρκώς εξοπλισμένου και στελεχωμένου θεραπευτικού κέντρου στον τόπο κατοικίας του ασθενούς, είτε με την έλλειψη επαρκούς αριθμού τμημάτων ογκολογικής θεραπείας στη χώρα και κατάλληλου επιστημονικού προσωπικού. Ουσιαστικά, η παρούσα μελέτη στοχεύει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας στην ογκολογική φροντίδα ως μέσο διασφάλισης καλύτερων εκβάσεων για τους ασθενείς με τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων, με την ανίχνευση και την ανάδειξη των ανεπαρειών του συστήματος της ογκολογικής φροντίδας, ώστε, με βάση αυτές, να ενεργοποιήσει την πολιτική δράση, αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους στη λήψη αποφάσεων.

Συνοπτικά, στα περιεχόμενά της αρχικά περιλαμβάνεται μια παρουσίαση των στατιστικών του καρκίνου διεθνώς και ειδικότερα στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται διεθνώς συνεχώς, με αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για ογκολογική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Ο καρκίνος είναι η 2η κύρια αιτία θνησιμότητας στην ΕΕ μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα με 4,4 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις ετησίως και περίπου 2 εκατομμύρια θανάτους (το 25% όλων των θανάτων). Η πρόβλεψη είναι ότι έως το 2040 οι περιπτώσεις καρκίνου θα έχουν φτάσει τις 5,3 εκατομμύρια και ο καρκίνος θα γίνει κύρια αιτία θανάτου στην ΕΕ με πάνω από 2,5 εκατομμύρια θανάτους. Στην Ελλάδα αντίστοιχα το 2020 είχαμε 64.500 νέα περιστατικά καρκίνου με κοινότερες μορφές καρκίνου: τον καρκίνο του πνεύμονα, μαστού, παχέος εντέρου, προστάτη, ουροδόχου κύστης, ενώ παρατηρείται αύξηση σε καρκίνους όπως ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου, ο μη μελανωματικός καρκίνος δέρματος και ο καρκίνος πεπτικού συστήματος.

Αυτή η αυξανόμενη ζήτηση δημιουργεί μια μεγάλη πρόκληση για το σύστημα υγείας και τονίζει την ανάγκη διασφάλισης ότι όλοι οι ασθενείς με καρκίνο θα έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας, αποτελεσματική φροντίδα του καρκίνου. Πλέον των επιπτώσεών τους στα υγειονομικά συστήματα, η σπατάλη και η αναποτελεσματικότητα αποτελούν ένα σημαντικό και περιττό κόστος για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, το οποίο μεταφράζεται σε χαμένο χρόνο, άγχος, φόβο, σε επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους αλλά και σε οικονομικό βάρος. Οι αναποτελεσματικές παρεμβάσεις μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο βλάβης και, τελικά, να οδηγήσουν σε φτωχά ή αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Στη μελέτη συμπεριλαμβάνεται συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκειμένου να καταγραφούν οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ογκολογική φροντίδα διεθνώς. Σύμφωνα με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήσαμε, παρατηρήθηκαν καθυστερήσεις και αλλαγές σε όλα τα στάδια της διαδικασίας, από τη διάγνωση μέχρι την αποθεραπεία ασθενών με καρκίνο, ενώ οι αλλαγές αυτές εφαρμόστηκαν σε πολλές χώρες του κόσμου και αφορούσαν διαφορετικού τύπου κακοήθειες. Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό που άγγιζε και το 90% των

επεμβατικών διαγνωστικών εξετάσεων όπως οι ενδοσκοπήσεις (κολονοσκόπηση) οι βιοψίες, κ.ά., ματαιώθηκαν και οριστήκαν για άλλες ημερομηνίες που ξεπερνούσαν το διάστημα έξι μηνών. Σε πολύ σοβαρά και επείγοντα περιστατικά, οι ιατροί προτίμησαν την εφαρμογή λαπαροσκοπικών προσεγγίσεων, ώστε η διάγνωση του ασθενή να μην καθυστερεί και το άτομο να μην εκθέτεται σε κίνδυνο. Ταυτόχρονα, υπήρξαν πολύ μεγάλες καθυστερήσεις στις διαγνωστικές απεικονίσεις, στις εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις -ιδιαίτερα τις μοριακές-, **λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας των εργαστηρίων, της έλλειψης προσωπικού αλλά και της πρωτοφανούς έλλειψης αναλώσιμων**. Από την άλλη μεριά, οι περισσότεροι τύποι αντικαρκινικής θεραπείας όπως είναι η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις διακόπηκαν ή τροποποιήθηκαν ανάλογα με τις ανάγκες. Επιπρόσθετα, μεγάλες καθυστερήσεις και αναβολές προγραμματισμένων ραντεβού αναφέρθηκαν και σε μετεγχειρητικό επίπεδο και γενικότερα μετά το πέρας οποιασδήποτε θεραπείας, γιατί οι επισκέψεις παρακολούθησης γινόντουσαν μόνο μέσω τηλεδιάσκεψης ή διαδικτυακής παρακολούθησης.

Επίσης, παρουσιάζονται συνοπτικά και σχολιάζονται τα ευρήματα σχετικών ερευνών στην Ελλάδα που πραγματοποιήθηκαν σε ογκολογικούς ασθενείς σε τρία κύματα από την IQVIA για λογαριασμό της All.Can Greece και της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.), όπου αναζητήθηκαν και δηλώθηκαν οι εμπειρίες των ασθενών. Από τα ευρήματα των ερευνών συνάγεται, ότι ήδη και πριν την εμφάνιση της πανδημίας και τις συνέπειές της, οι ογκολογικοί ασθενείς αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα που είχαν να κάνουν με τη πρόσβαση στις δομές υγείας, την έγκαιρη και ορθή διάγνωση, τις περιττές εξετάσεις, τη σωστή και κατανοητή πληροφόρηση, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την υποστήριξη στη διαχείριση της νόσου, ενώ μόνο το 50% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι έμειναν ικανοποιημένοι από την φροντίδα και τη θεραπεία από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Το ΕΣΥ βρέθηκε ανέτοιμο να αντιμετωπίσει την φοβερή πίεση που του ασκήθηκε από την πανδημία, βιώνοντας (μακρο)χρόνιες αδυναμίες και ελλείψεις (υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση του τομέα της υγείας, έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έλλειψη κλινών ΜΕΘ, στρεβλή κατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων, στρεβλή οργάνωση των υπηρεσιών και ανορθολογική κατανομή των πόρων, κ.ά.) Συνοπτικά, η έρευνα αρχικά κατέγραψε τις σημαντικότερες ανεπάρκειες του συστήματος ογκολογικής φροντίδας πριν από την εμφάνιση της πανδημίας, όπως αυτές αποτυπώθηκαν από τους ασθενείς, και οι οποίες αναφέρονται κυρίως στην αρχική διάγνωση του καρκίνου (21%), στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων (15%), στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών και στη χορήγηση της σωστής θεραπευτικής αγωγής (5%).

Τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι ογκολογικοί ασθενείς και πριν την εμφάνιση της πανδημίας, συνέχισαν να υπάρχουν ή και επιδεινώθηκαν κατά τη πρώτη φάση της. Ειδικότερα, οι εμπειρίες των ασθενών είχαν να κάνουν με τη δυσκολία πρόσβασης στις δομές υγείας, την αναβολή προγραμματισμένων ραντεβού, εξετάσεων και θεραπειών, καθώς και με την αλλαγή του πλάνου θεραπείας τους.

Και ενώ όλοι περίμεναν, ότι η εμπειρία διαχείρισης των προβλημάτων στη παροχή φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας θα επίλυε τις αρρυθμίες κατά το δεύτερο και τρίτο κύμα, η πραγματικότητα τους διέψευσε. Έτσι, ένα εξαιρετικά υψηλό (υψηλότερο) ποσοστό των ερωτώμενων δηλώνει ότι δεν υπήρξαν έγκαιρες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας για τους ασθενείς με καρκίνο για τον COVID-19 (52%, σε σχέση με το 44% που δηλώθηκε κατά πρώτο κύμα της έρευνας. Έτσι, μόλις το 17% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι δόθηκαν έγκαιρα οδηγίες ή συστάσεις από το

Υπουργείο Υγείας για τους ασθενείς με καρκίνο κατά το 2ο & 3ο της πανδημίας, ποσοστό σημαντικά μειούμενο σε σχέση με το πρώτο κύμα της πανδημίας, όπου το 30% δήλωνε ότι δόθηκαν έγκαιρα οδηγίες και συστάσεις. Επίσης εξαιρετικά χαμηλότερο ποσοστό (13%) κρίνει αποτελεσματικές τις ενέργειες της κυβέρνησης (64% κατά την πρώτη φάση της πανδημίας). Από τις παραπάνω διαπιστώσεις, είναι έκδηλη η αδυναμία του Υπουργείου να αξιοποιήσει την όποια (θετική ή αρνητική) εμπειρία της διαχείρισης των προβλημάτων από το 1ο κύμα και να προετοιμαστεί έγκαιρα για το ενδεχόμενο εξάπλωσης του ιού. Το 35% των ασθενών ανέφερε ότι η πανδημία επηρέασε την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό και το 20% αναφέρει καθυστέρηση στην έναρξη της ακτινοθεραπείας/χημειοθεραπείας. Κατά την 2η και 3η φάση της πανδημίας οι ασθενείς αντιμετώπισαν προβλήματα κυρίως με τον προγραμματισμό των χειρουργείων (το 90% από αυτά ακυρώθηκαν, αναβλήθηκαν ή πραγματοποιήθηκαν με μειωμένη συχνότητα). Αντίστοιχα, το **17% των ερωτώμενων απάντησαν ότι αντιμετώπισαν πρόβλημα με την πρόσβαση για διαγνωστικές εξετάσεις και το 30% δυσκολία για τον προγραμματισμό ραντεβού**, λόγω ακυρώσεων/αναβολών και δυσκολία πρόσβασης, ενώ το 10% αναφέραν ότι περιμέναν ~2,4 μήνες για προ-συμπτωματικό έλεγχο.

Αντίστοιχα προβλήματα και ανεπάρκειες του συστήματος ογκολογικής φροντίδας επισημάνθηκαν και από τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη, που συμμετέχουν στη πρώτη γραμμή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο. Ειδικότερα επισημάνθηκε, ότι *«τον τελευταίο καιρό, έχουμε μορφές καρκίνου σε προχωρημένα στάδια, όπως είναι στο παχύ έντερο, στο στομάχι ή το πάγκρεας, φαινόμενο που δεν το είχαμε τα προηγούμενα χρόνια, γιατί έχουν εγκαταλειφθεί-αναβληθεί οι εξετάσεις που κάνουν για προσυμπτωματικό έλεγχο. Έχουμε φτάσει να αντιμετωπίζουμε προχωρημένες μορφές καρκίνου τις οποίες είχαμε «ξεχάσει» στην χώρα μας την τελευταία 10ετία - 15ετία. Πρέπει να επανέλθουμε στις μαστογραφίες, στα τεστ παπ, στις κολονοσκοπήσεις κ.λπ.»*

Επίσης, η μελέτη περιλαμβάνει ενδεικτική ανάλυση των δεδομένων των νοσηλειών ασθενών με καρκίνο για το χρονικό διάστημα 2015-2021, όπου γίνεται σαφές ότι οι νοσηλείες για όλες τις συχνότερες μορφές καρκίνου (με εξαίρεση τις νοσηλείες για κακοήθεια ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος) παρουσιάζουν μια σταθερή μείωση για το χρονικό διάστημα 2015-2020 και με μια πτωτική τάση να σχηματίζεται για τα επερχόμενα έτη. Βέβαια, θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί ως προς την εξέλιξη της μελλοντικής εκτίμησης των περιστατικών νοσηλείας, καθώς δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε ότι αυτή η τάση επηρεάζεται από την έντονη (αν και αναμενόμενη) μείωση των νοσηλειών για το έτος 2020, η οποία, σύμφωνα με τα δεδομένα του πρώτου διμήνου του 2021, φαίνεται ότι θα συνεχιστεί (ίσως και με μεγαλύτερη ένταση) και για το έτος 2021.

Τέλος, όσον αφορά στη χωροθέτηση των νοσοκομείων που περιέθαλψαν ογκολογικούς ασθενείς, αυτά είναι συγκεντρωμένα στα μεγάλα αστικά κέντρα των Νομών Αττικής, Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Αχαΐας και Ηρακλείου (και με διοικητική προσέγγιση κυρίως στις 1^η, 4^η και 6^η ΥΠΕ).

Η μελέτη ολοκληρώνεται με συγκεκριμένες προτάσεις πολιτικής άμεσης οργανωτικής βελτίωσης, μεσομακροπρόθεσμων στόχων και ρυθμιστικών παρεμβάσεων, για τη βελτίωση της σημερινής κατάστασης.

Η δημιουργία Εθνικού Μητρώου Νεοπλασιών, η κατάρτιση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον έλεγχο του καρκίνου, σε συνάφεια με το Ευρωπαϊκό Σχέδιο κατά του καρκίνου και ο ψηφιακός (ηλεκτρονικός) φάκελος του ασθενούς, αποτελούν τις ικανές και αναγκαίες συνθήκες για την άσκηση μίας μακρόπνοης πολιτικής για τον έλεγχο του καρκίνου.

Ταυτόχρονα όμως απαιτείται εξασφάλιση επάρκειας στη στελέχωση του συστήματος με συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες, όπως οι παθολογανατόμοι, οι ογκολόγοι παθολόγοι, οι αιματολόγοι, και οι ογκολογικοί νοσηλευτές. Επιπλέον, η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προσυμπτωματικών ελέγχων, του εμβολιαστικού προγράμματος για τον ιό HPV και η επιτυχημένη καταπολέμηση ανισοτήτων, μπορούν να συντελέσουν στη πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να ληφθεί για τις περιπτώσεις των σπάνιων καρκίνων. Ακόμη ως θεμελιώδους σημασίας αναφέρεται η πρόσβαση του πληθυσμού στις νέες καινοτόμες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις, η αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, των μεγάλων δεδομένων και της τεχνητής νοημοσύνης, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της διαλειτουργικότητας, συντονισμού και συνεργασίας των ογκολογικών μονάδων, την αξιοποίηση δομών ΠΦΥ και τη δημιουργία νέων κέντρων παροχής ολοκληρωμένης ογκολογικής φροντίδας.

Σε εθνικό επίπεδο λήψης πολιτικών αποφάσεων, οι βασικές παρεμβάσεις θα πρέπει να επικεντρωθούν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ογκολογικής περίθαλψης-φροντίδας, στην ανάπτυξη σαφών προτάσεων για την αντιμετώπιση όλων των ανεπαρκειών που έχουν αναδειχθεί, ιδιαίτερα μέσα στην πανδημία, αφιερώνοντας τους αναγκαίους πόρους ώστε να διασφαλιστεί η επιτυχημένη επίτευξή τους, στη θεσμοθέτηση της μόνιμης συμμετοχής των ασθενών ή των εκπροσώπων τους στη λήψη όλων των αποφάσεων προτεραιοποίησης, στη διασφάλιση ότι όλοι οι κλάδοι παροχής υγειονομικής περίθαλψης αναπτύσσονται με βάση τη σαφή κατανόηση των απόψεων και εμπειριών των ασθενών, στη χαρτογράφηση των διακυμάνσεων στη χρήση ογκολογικής περίθαλψης και στις εκβάσεις ασθενών στις διάφορες μορφές καρκίνου, ώστε να προωθούνται συνεχώς διορθωτικές βελτιώσεις και τέλος, στη διερεύνηση της εφαρμογής των προγραμμάτων αποζημίωσης με βάση τα αποτελέσματα με σκοπό την ενθάρρυνση της ανάπτυξης νέων τεχνολογιών που προσφέρουν τις καλύτερες δυνατές εκβάσεις για τους ασθενείς.

Στο Παράρτημα της μελέτης παρουσιάζονται συνοπτικά οι προτάσεις που υποβλήθηκαν από Συλλόγους, Φορείς, Οργανισμούς και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	8
Γενικά	8
Σκοπός της μελέτης	9
Γιατί εστιάζουμε στον καρκίνο	9
Ο καρκίνος διεθνώς και ειδικότερα στην Ευρώπη	13
Η Ογκολογική Φροντίδα εν μέσω πανδημίας	21
Ερευνητικά Ευρήματα από διάφορες χώρες του κόσμου (Βιβλιογραφική Ανασκόπηση)	21
Η Ογκολογική Φροντίδα στην Ελλάδα (και) εν μέσω πανδημίας	25
Γενικά	25
Η επίπτωση της πανδημίας στην Ελλάδα 2019-2021	27
Η επίπτωση της πανδημίας στην ογκολογική φροντίδα στην Ελλάδα μέσα από τα ευρήματα έρευνας πεδίου (2019-2021)	29
Η Ογκολογική Φροντίδα στην Ελλάδα 2015-2021(Στατιστικά νοσηλειών)	43
Δεδομένα νοσηλειών ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα (2015-2021)	43
Συμπεράσματα -Προτάσεις	53
Ευχαριστίες	58
Βιβλιογραφία	59
Παράρτημα (Ενδεικτική συνοπτική παρουσίαση προτάσεων Συλλόγων, Φορέων, Οργανισμών και άλλων ενδιαφερομένων μερών)	66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γενικά

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται συνεχώς με αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για ογκολογική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Το 2020, υπήρχαν περίπου 4,4 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου στην Ευρώπη και ο αριθμός αυτός προβλέπεται να αυξηθεί σχεδόν κατά ένα τέταρτο σε 5,33 εκατομμύρια έως το 2040 (IARC 2020) .

Στην Ελλάδα αντίστοιχα το 2020 είχαμε 64.500 νέα περιστατικά καρκίνου με κοινότερες μορφές καρκίνου: τον καρκίνο του πνεύμονα, μαστού, παχέος εντέρου, προστάτη, ουροδόχου κύστης, ενώ παρατηρείται αύξηση σε καρκίνους όπως ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου, ο μη μελανωματικός καρκίνος δέρματος και ο καρκίνος πεπτικού συστήματος (Globocan, 2020)

Στην Ευρώπη, οι θάνατοι από καρκίνο έχουν αυξητική τάση αλλά η αύξηση έχει επιβραδυνθεί στις ηλικιακές ομάδες κάτω των 65 ετών. Μεταξύ 1995 και 2018, η θνησιμότητα από καρκίνο αυξήθηκε κατά περίπου 20% από 1.2 εκατ. σε 1.4 εκατ. θανάτους. Αφού ληφθεί υπόψη η αύξηση του πληθυσμού κατά την περίοδο αυτή, αρκετές χώρες σημείωσαν μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο. Σε απουσία αύξησης και γήρανσης του πληθυσμού, η θνησιμότητα από καρκίνο θα είχε μειωθεί σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός από τη Βουλγαρία, την Ελλάδα και τη Ρουμανία (IHE, 2019). Η αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών ογκολογικής περίθαλψης που παρατηρείται λόγω της αύξησης των περιστατικών εμφάνισης καρκίνου τα τελευταία χρόνια, δημιουργεί μια μεγάλη πρόκληση για το σύστημα υγείας. Τονίζει την ανάγκη διασφάλισης ότι όλοι οι ασθενείς με καρκίνο θα έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας, αποτελεσματική φροντίδα του καρκίνου χωρίς καθυστερήσεις μεταξύ της διάγνωσης και της έναρξης θεραπείας, οι οποίες για τα περισσότερα είδη καρκίνου, δύνανται να καταστήσουν αναποτελεσματική την θεραπεία.

Τα χρόνια δομικά προβλήματα όμως του συστήματος υγείας, με έλλειψη μονάδων ανά τη χώρα, ανεπαρκώς εξοπλισμένων και επανδρωμένων, προβλήματα τα οποία εντάθηκαν τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, είχαν ως αποτέλεσμα σημαντικές καθυστερήσεις για πλήθος ογκολογικών ασθενών μεταξύ της αρχικής διάγνωσης και της έναρξης θεραπείας, με σοβαρότατες συνέπειες για την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών.

Επιπλέον, το εθνικό σύστημα υγείας, επιβαρύνθηκε άμεσα από την έξαρση των κρουσμάτων επιδημίας του Covid-19 από τον Μάρτιο του 2020, με αποτέλεσμα να παρατηρηθούν σοβαρότατες και όλο και συχνότερες «αρρυθμίες» στην ογκολογική περίθαλψη στη χώρα μας.

Η ανάγκη εφαρμογής κανονισμών ασφαλείας στα νοσοκομεία και τις μονάδες υγείας, σε συνδυασμό με την αυξανόμενη πίεση αντιμετώπισης του κορωνοϊού και την αποφυγή συγκέντρωσης κόσμου στα νοσοκομεία, επιβάρυνε το ήδη οξυμένο πρόβλημα καθυστέρησης της ογκολογικής περίθαλψης.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι σοβαρές καθυστερήσεις στην ακτινοθεραπεία, η μειωμένη προσέλευση ατόμων με συμπτώματα για έλεγχο σε ογκολογικό νοσοκομείο, η μείωση του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων και των ογκολογικών χειρουργείων, αλλά και αντίστοιχες μεγάλες καθυστερήσεις και αναβολές παρατηρούνται και σε χειρουργικές επεμβάσεις αλλά και στις συστηματικές θεραπείες, καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις

Σκοπός της μελέτης

Η μελέτη στοχεύει στο να καταδείξει τον καίριο ρόλο που έχει στην αντιμετώπιση όλων των καρκίνων η ταχεία έναρξη της θεραπείας μετά την διάγνωση, να αναδείξει τα εμπόδια και τα δομικά προβλήματα που επιφέρουν καθυστερήσεις, είτε αυτά σχετίζονται με την συνταγογράφηση, είτε με τη έγκαιρη ανεύρεση ραντεβού, είτε με την έλλειψη επαρκώς εξοπλισμένου και στελεχωμένου θεραπευτικού κέντρου στον τόπο κατοικίας του ασθενούς, είτε με την έλλειψη επαρκούς αριθμού τμημάτων ογκολογικής θεραπείας στη χώρα και κατάλληλου επιστημονικού προσωπικού. Πέραν των ανωτέρω, τα ληφθέντα από την πολιτεία μέτρα για την αποφυγή εξάπλωσης της πανδημίας, δημιουργούν εμπόδια στην απρόσκοπτη διασφάλιση της συνέχειας της ογκολογικής περίθαλψης, εφόσον λειτουργούν αποτρεπτικά για την επίσκεψη των ασθενών στο ογκολογικό νοσοκομείο ή κλινική.

Στόχος της έρευνας επίσης είναι να καταδείξει μέσω ποιοτικής και ποσοτικής εκτίμησης των αποτελεσμάτων, αρχικά τα πραγματικά εμπόδια και στη συνέχεια να προτείνει μία σειρά λύσεων προκειμένου να καλυφθεί το κενό στη χρήση αλλά και στις καθυστερήσεις έναρξης της θεραπείας. Ειδικότερα, κατά την παρούσα περίοδο εξετάζεται το κατά πόσον τα μέτρα ελέγχου της εξάπλωσης του ιού Covid-19 επέδρασαν ανασταλτικά στη διασφάλιση της συνέχειας της ογκολογικής περίθαλψης. Η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας έχει πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή, ενώ διευκολύνει την προσπάθεια των θεραπόντων ιατρών, προλαμβάνοντας πολλά προβλήματα και επιπλοκές και δημιουργώντας τις συνθήκες για όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας.

Άλλα θέματα τα οποία αναδεικνύει η έρευνα, σχετίζονται με εμπόδια για την έγκαιρη έναρξη της ογκολογικής περίθαλψης που αφορούν τη γεωγραφική κατανομή των τμημάτων ογκολογικής θεραπείας, την ικανότητα του ασθενούς να μεταβεί μόνος για θεραπεία, την άδεια από την εργασία κατά το διάστημα της θεραπείας, κ.ά.

Ουσιαστικά, η παρούσα μελέτη στοχεύει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας στην ογκολογική φροντίδα ως μέσο διασφάλισης καλύτερων εκβάσεων για τους ασθενείς με τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων, με την ανίχνευση και την ανάδειξη των ανεπαρειών του συστήματος, ώστε, με βάση αυτές, να ενεργοποιήσει την πολιτική δράση, αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους στη λήψη αποφάσεων.

Γιατί εστιάζουμε στον καρκίνο

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στον τρόπο διάγνωσης και αντιμετώπισης του καρκίνου. Παρόλα αυτά, η αυξημένη εμφάνιση του καρκίνου και οι συνεχείς πιέσεις για συρρίκνωση του προϋπολογισμού υγείας, για ισότιμη πρόσβαση και διαθεσιμότητα των τελευταίων επιστημονικών εξελίξεων έχουν καταστεί μια δύσκολη πρόκληση.

Οι παλιότερες αλλά και οι τρέχουσες προσεγγίσεις στην ογκολογική φροντίδα μπορεί να μην είναι επαρκείς για αύριο. Αντιμετωπίζουμε περιορισμένους πόρους και οι ανάγκες του καρκίνου αναμένεται να αυξηθούν σε ποσότητα και περιπλοκότητα τα επόμενα χρόνια. Για το λόγο αυτό, πρέπει να βρούμε νέους τρόπους για να αξιοποιήσουμε στο μέγιστο τους πόρους που διαθέτουμε.

Το 20% των δαπανών για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι σπαταλάται σε μη αποτελεσματικές παρεμβάσεις (WHO, 2010).

Πλέον των επιπτώσεών τους στα υγειονομικά συστήματα, η σπατάλη και η αναποτελεσματικότητα αποτελούν ένα σημαντικό και περιττό κόστος για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, το οποίο μεταφράζεται σε χαμένο χρόνο, άγχος, φόβο, σε επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους αλλά και σε οικονομικό βάρος. Οι αναποτελεσματικές παρεμβάσεις μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο βλάβης και, τελικά, να οδηγήσουν σε φτωχά ή αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ογκολογικής φροντίδας πρέπει να βασιστεί στη σαφή κατανόηση των αποτελεσμάτων που προσπαθούμε να επιτύχουμε για τους ασθενείς. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να καταργηθεί οτιδήποτε επιφέρει μικρό ή καθόλου όφελος για τους ασθενείς και να δοθεί προτεραιότητα σε παρεμβάσεις που προσδίδουν μέγιστο όφελος στους ασθενείς αλλά και στο σύστημα υγείας γενικότερα. Σε αντίθετη περίπτωση, κινδυνεύουμε να μην μπορούμε να προσφέρουμε στις μελλοντικές γενιές τα οφέλη από την πρόοδο στην ογκολογική φροντίδα, καθόσον οι κυβερνήσεις δεν θα είναι σε θέση ή πρόθυμες να πληρώσουν γι αυτήν.

Αν και θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είναι απαραίτητη στην αντιμετώπιση όλων των παθήσεων, στον καρκίνο αυτή η ανάγκη είναι πραγματικά επείγουσα. Η πρόδος στον τρόπο διάγνωσης και αντιμετώπισης πολλών μορφών καρκίνου υπόσχεται διαφορετικά αποτελέσματα για πολλούς ασθενείς στα επόμενα χρόνια. Ωστόσο, πολλές επιτροπές εμπειρογνομόνων και επαγγελματικών ομάδων προτείνουν ότι θα πρέπει να βρούμε τρόπους πιο αποτελεσματικής κατανομής των πόρων στη θεραπεία του καρκίνου και αναδιοργάνωσης των προτεραιοτήτων ως προς τις επενδύσεις κι όχι ως προς τις βραχυπρόθεσμες διορθωτικές πολιτικές (Sullivan, et al., 2011) (Thomas, et al., 2015) (Taberner, 2015). Εάν δεν ακολουθήσουμε αυτόν τον καινοτόμο τρόπο, κινδυνεύουμε να μην είμαστε σε θέση να προσφέρουμε στις επόμενες γενιές τα οφέλη της προόδου, καθώς οι κυβερνήσεις δεν θα μπορούν ή δεν θα είναι πρόθυμες να πληρώσουν γι αυτές. Το γεγονός ότι μία στις πέντε χώρες στην Ευρώπη έχει ήδη ανεπαρκή κεφάλαια για την υλοποίηση των Εθνικών Σχεδίων Δράσης Ελέγχου του Καρκίνου (National Cancer Control Plans, NCCPs) όπως είχαν αρχικά σχεδιαστεί, επιβεβαιώνει τον επείγοντα χαρακτήρα αυτής της κατάστασης (Cole, et al., 2016).

Η αναγκαιότητα για την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας καθίσταται λοιπόν σαφής για τους ασθενείς: θα πρέπει να αποδεσμευτούν πόροι, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη μεγιστοποίηση του οφέλους στην παροχή ογκολογικής περίθαλψης και φροντίδας. Η μείωση της σπατάλης και της αναποτελεσματικότητας στα συστήματα υγείας και η παροχή φροντίδας θα καταστούν προοδευτικά απαραίτητες, ανακουφίζοντας τις οικονομικές πιέσεις λόγω των αυξημένων αναγκών των υγειονομικών συστημάτων. Τέλος, η βελτιωμένη αποτελεσματικότητα θα συμβάλει σε πιο εξισορροπημένη, ισότιμη πρόσβαση και διαθεσιμότητα της παροχής φροντίδας.

Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ογκολογικής περίθαλψης και φροντίδας αποτελεί μια περίπλοκη και πιεστική πρόκληση, που απαιτεί στενή συνεργασία μεταξύ όλων των παραγόντων και μερικές φορές την υιοθέτηση νέων μορφών συνεργασίας. Πρέπει να απομακρυνθούμε από τα σιλό των προϋπολογισμών και τον κατακερματισμό των υφιστάμενων συστημάτων υγείας. Πρέπει να επενδύσουμε στα σωστά δεδομένα, να

υπολογίσουμε τις συνέπειες των επιλογών μας και στη συνέχεια να χρησιμοποιήσουμε αυτά τα δεδομένα για να διαμορφώσουμε μια κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης, με σαφείς μηχανισμούς υπευθυνότητας.

Ωστόσο, η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα δεν αποτελεί έναν μεμονωμένο στόχο, αλλά μάλλον ένα μέσο για να παρέχουμε αυτό που είναι πιο σημαντικό για τους ασθενείς και να βελτιστοποιήσουμε τη φροντίδα τους, τόσο προς όφελός τους όσο και προς όφελος της κοινωνίας γενικά.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, πρέπει ο καθένας μας να συμβάλει από την πλευρά του. Όμως, οι πραγματικές και με διάρκεια αλλαγές πρέπει να αρχίσουν από αυτούς που χαράζουν πολιτικές υγείας και από αυτούς που αποφασίζουν την κατανομή των πόρων και τη χρηματοδότηση του τομέα υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με το κείμενο πολιτικής της All.Can International: *Towards sustainable cancer care: Reducing inefficiencies, improving outcomes, A policy report from the All.Can initiative*, (All.Can.Int., 2017), αναφέρονται και τεκμηριώνονται επτά βασικοί λόγοι-αιτίες για τους οποίους θα πρέπει να εστιάσουμε στον καρκίνο, για την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας:

- *Αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου και κοινωνικό βάρος:*

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη αιτία θανάτου στην Ευρώπη μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, (WHO, 2014)

- *Σημαντικό κοινωνικό βάρος:*

Το κόστος του καρκίνου θα αυξηθεί αναμφισβήτητα με την αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισής του, ενώ τουλάχιστον το μισό από αυτό το φορτίο θα βαρύνει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.¹⁸ Ο καρκίνος καλύπτει το 17% του συνολικού φορτίου των παθήσεων στην Ευρώπη (EU27) (Cole, et al., 2016). Περίπου 6% της συνολικής δαπάνης για την υγεία δαπανάται στον καρκίνο κι αυτό το νούμερο παραμένει σταθερό τα τελευταία χρόνια (IHE, 2019).

- *Μεγάλος όγκος ακάλυπτων αναγκών :*

Παρά τις σημαντικές αυξήσεις στα ποσοστά επιβίωσης τα τελευταία χρόνια, οι μισοί από τους διαγνωσθέντες με καρκίνο δεν θα επιβιώσουν περισσότερο από πέντε χρόνια (De Angelis, et al., 2014). Η πρόοδος στην επιβίωση είναι άνιση στις διάφορες μορφές καρκίνου με τα ποσοστά επιβίωσης να κυμαίνονται από 13% στον καρκίνο του πνεύμονα σε έως πάνω από 80% στον καρκίνο του δέρματος ή του μαστού. Τα ποσοστά επιβίωσης για κάποιες σπάνιες μορφές καρκίνου και οι διακυμάνσεις επιβίωσης σε αυτούς τους καρκίνους είναι ακόμα χειρότερες, με πολύ λίγες θεραπείες να είναι διαθέσιμες για πολλές περιπτώσεις (ESMO, 2010), (Rare Cancers Europe, 2016) (Tabernero, 2015).

- *Σημαντικές διακυμάνσεις στα αποτελέσματα φροντίδας:*

Για παράδειγμα, στις χώρες του ΟΟΣΑ η επιβίωση από καρκίνο του πνεύμονα σε διάστημα πέντε χρόνων, καθώς και τα ποσοστά των επιπλοκών από ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις στον καρκίνο του προστάτη παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις στα αποτελέσματα μεταξύ των χωρών, που δεν αντιστοιχούν απαραίτητα

στις διακυμάνσεις των δαπανών, υποδηλώνοντας ότι υπάρχει σημαντικό περιθώριο βελτίωσης (Thomas, et al., 2015) (Uyl-de Groot, et al., 2014) (Philipson, et al. 2012) . Οι πολίτες χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο να έχουν χειρότερα αποτελέσματα στην ογκολογική τους περίθαλψη (Jansen, et al., 2014) (Merletti et al., 2011) (Mari-Dell’Olmo, et al., 2015) (Van der Heyden, et al., 2009) (Aggarwal, et al, 2014).

- *Αυξημένες ανισότητες στην πρόσβαση στην ογκολογική περίθαλψη και φροντίδα:*

Οι οικονομικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς έχουν οδηγήσει σε αυξημένες ανισότητες στην πρόσβαση στην ογκολογική περίθαλψη και φροντίδα τόσο ανά Ευρωπαϊκή χώρα όσο και μεταξύ όλων των Ευρωπαϊκών χωρών. Για παράδειγμα, γίνεται χρήση μόνο του 70% της βέλτιστης εφαρμογής της ακτινοθεραπείας, διαπιστωμένες ανισότητες στην πρόσβαση σε χειρουργικές επεμβάσεις πολύ σημαντικά τα κενά στην πρόσβαση σε αντινεοπλασματικά φάρμακα.

- *Οικονομική τοξικότητα για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους:*

Ως αποτέλεσμα της περιορισμένης κρατικής δαπάνης για κάποιες θεραπείες κατά του καρκίνου, τα καθαρά, άμεσα κόστη αυξάνονται για τους ασθενείς, ιδιαίτερα στις φτωχότερες χώρες, δημιουργώντας συχνά σημαντική οικονομική πίεση στις οικογένειες (Luengo-Fernandez, et al., 2013) (de Souza & Wong,, 2013) (Smith, et al., 2014). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε «οικονομική τοξικότητα». Οι ασθενείς μπορεί να απέχουν από θεραπείες λόγω κόστους, να εμφανίζουν πλημμελή συμμόρφωση στη θεραπεία, ακόμη και μεγαλύτερη θνησιμότητα ως αποτέλεσμα των οικονομικών πιέσεων που προκαλούνται από την απαραίτητη ογκολογική φροντίδα τους.

- *Σημαντικά κόστη για την κοινωνία*

Η απωλεσθείσα παραγωγικότητα λόγω καρκίνου κοστίζει στην κοινωνία 52 εκατ ευρώ σε όλη την Ευρώπη, ενώ το 60% του κόστους του καρκίνου δεν σχετίζεται με δαπάνες παροχής φροντίδας υγείας. Επομένως, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας στην περίθαλψη και φροντίδα μπορεί να επιφέρει σημαντικά οφέλη στην κοινωνία μας, πλέον των θετικών συνεπειών στην υγεία (Luengo-Fernandez, et al., 2013).

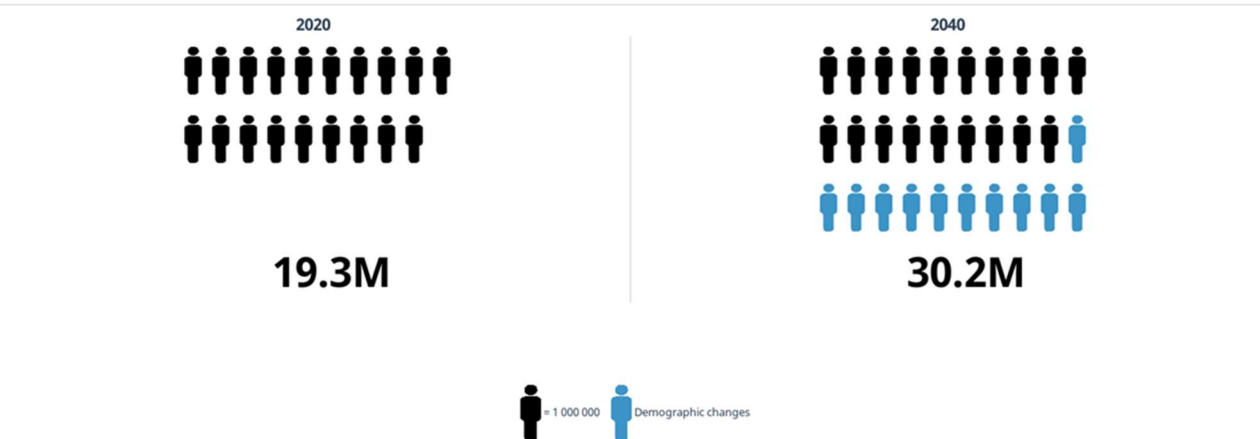
Ο καρκίνος διεθνώς και ειδικότερα στην Ευρώπη

Ο καρκίνος κατατάσσεται ως η κύρια αιτία θανάτου και σημαντικό εμπόδιο στην αύξηση του προσδόκιμου της ζωής σε κάθε χώρα του κόσμου (Sung et al., 2021). Σύμφωνα με εκτιμήσεις από τον ΠΟΥ το 2019 ο καρκίνος είναι η πρώτη ή η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου σε ηλικίες κάτω των 70 ετών σε 112 από 183 χώρες και κατατάσσεται στην τρίτη ή τέταρτη θέση σε άλλες 23 χώρες. Η αυξανόμενη επίπτωση του καρκίνου ως κύρια αιτία θανάτου αντανακλά εν μέρει τη σημαντική μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο και στεφανιαία νόσο σε πολλές χώρες, σε σχέση με τον καρκίνο.

Συνολικά, η συχνότητα εμφάνισης και η θνησιμότητα του καρκίνου αυξάνεται ραγδαία παγκοσμίως. Αυτό οφείλεται τόσο στη γήρανση και στην αύξηση του πληθυσμού, όσο και στη διαφοροποίηση του επιπολασμού και της κατανομής των κύριων παραγόντων κινδύνου για καρκίνο, πολλοί από τους οποίους που σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Ο βαθμός στον οποίο κατατάσσεται ο καρκίνος ως κύρια αιτία πρόωρου θανάτου αντικατοπτρίζει εθνικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες και αυτή η διαπίστωση μπορεί να αξιολογηθεί και τεκμηριωθεί συγκρίνοντας αυτά τα δεδομένα με τα στοιχεία του Human Development Index (HDI) τα οποία βασίζονται στο United Nation's 2019 Human Development Report (UNDP, 2019).

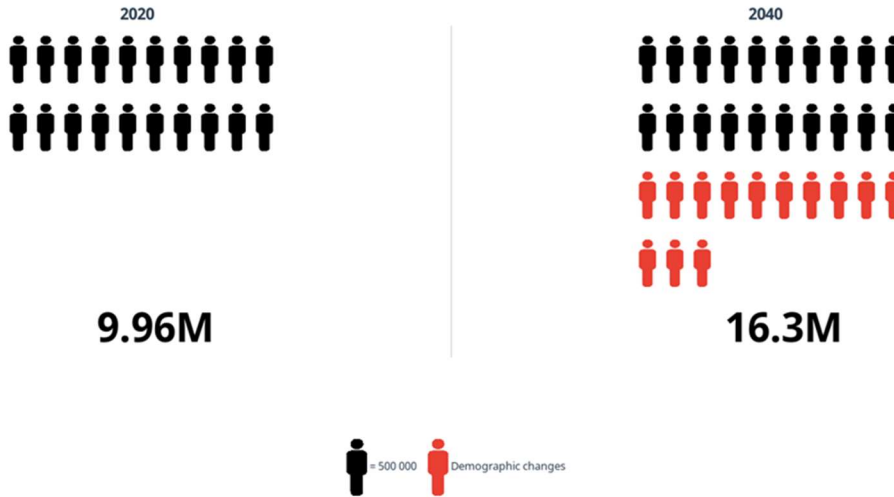
Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, το 2020 διαγνώστηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο 19,3 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου και περίπου 10 εκατομμύρια θάνατοι. Εκτιμάται ότι τα παραπάνω περιστατικά θα αυξηθούν το 2040 σε 30,2 εκατομμύρια και 16,3 εκατομμύρια αντίστοιχα (IARC, 2020) (Γράφημα 1-2)

Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+]
All cancers
World



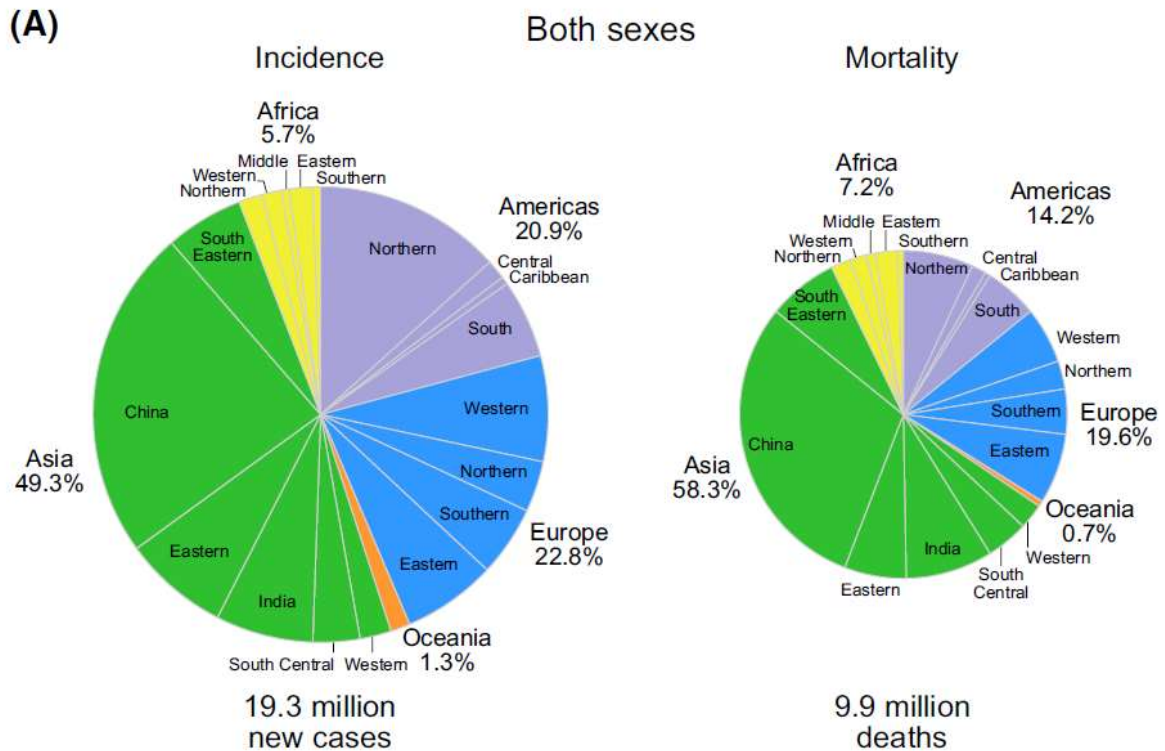
Γράφημα 1 Εκτίμηση του αριθμού νέων περιστατικών καρκίνου από το 2020 στο 2040 σε παγκόσμιο επίπεδο (IARC, 2020)

Estimated number of deaths from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+]
All cancers
World



Γράφημα 2 Εκτίμηση του αριθμού θανάτων από καρκίνο για το 2020 και για το 2040 σε παγκόσμιο επίπεδο (IARC, 2020)

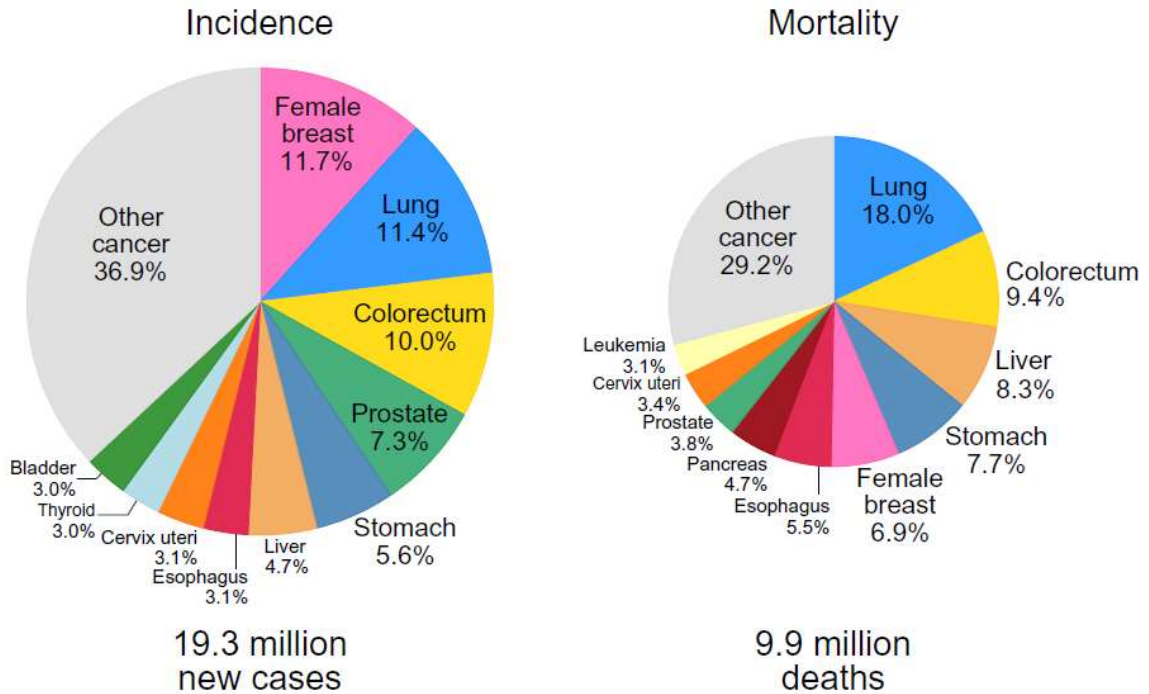
Η κατανομή της επίπτωσης και των θανάτων στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου για το 2020, εμφανίζεται στο Γράφημα 3, ενώ το Γράφημα 4 εμφανίζει την κατανομή της επίπτωσης και των θανάτων στις 10 πιο κοινές μορφές καρκίνου.



Γράφημα 3 Κατανομή των περιστατικών και των θανάτων κατά γεωγραφική περιοχή για το έτος 2020 (GLOBOCAN 2020)

A

Both sexes



Γράφημα 4 Κατανομή των περιστατικών και των θανάτων για τις 10 πλέον κοινές μορφές καρκίνου για το έτος 2020 (GLOBOCAN 2020)

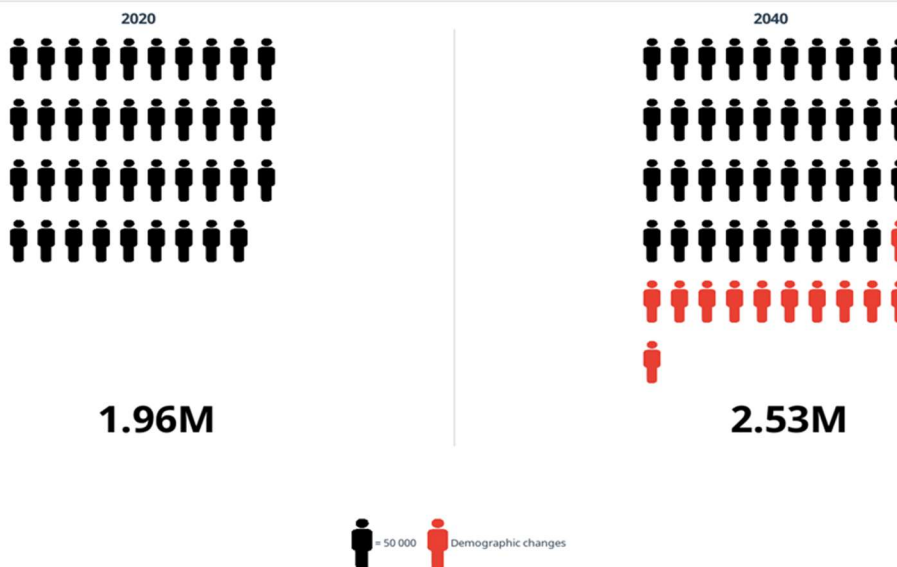
Ο καρκίνος είναι η 2η κύρια αιτία θνησιμότητας στην ΕΕ μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα με 4,4 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις ετησίως και περίπου 2 εκατομμύρια θανάτους (το 25% όλων των θανάτων). Η πρόβλεψη είναι ότι έως το 2040 οι περιπτώσεις καρκίνου θα έχουν φτάσει τις 5,3 εκατομμύρια και ο καρκίνος θα γίνει κύρια αιτία θανάτου στην ΕΕ με πάνω από 2,5 εκατομμύρια θανάτους (Γράφημα 5 και 6) (IARC, 2020).

Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+]
All cancers
Europe



Γράφημα 5 Εκτίμηση του αριθμού νέων περιστατικών καρκίνου από το 2020 στο 2040 στην Ευρώπη (IARC, 2020)

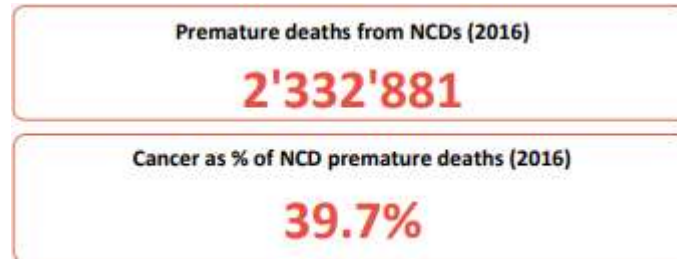
Estimated number of deaths from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+]
All cancers
Europe



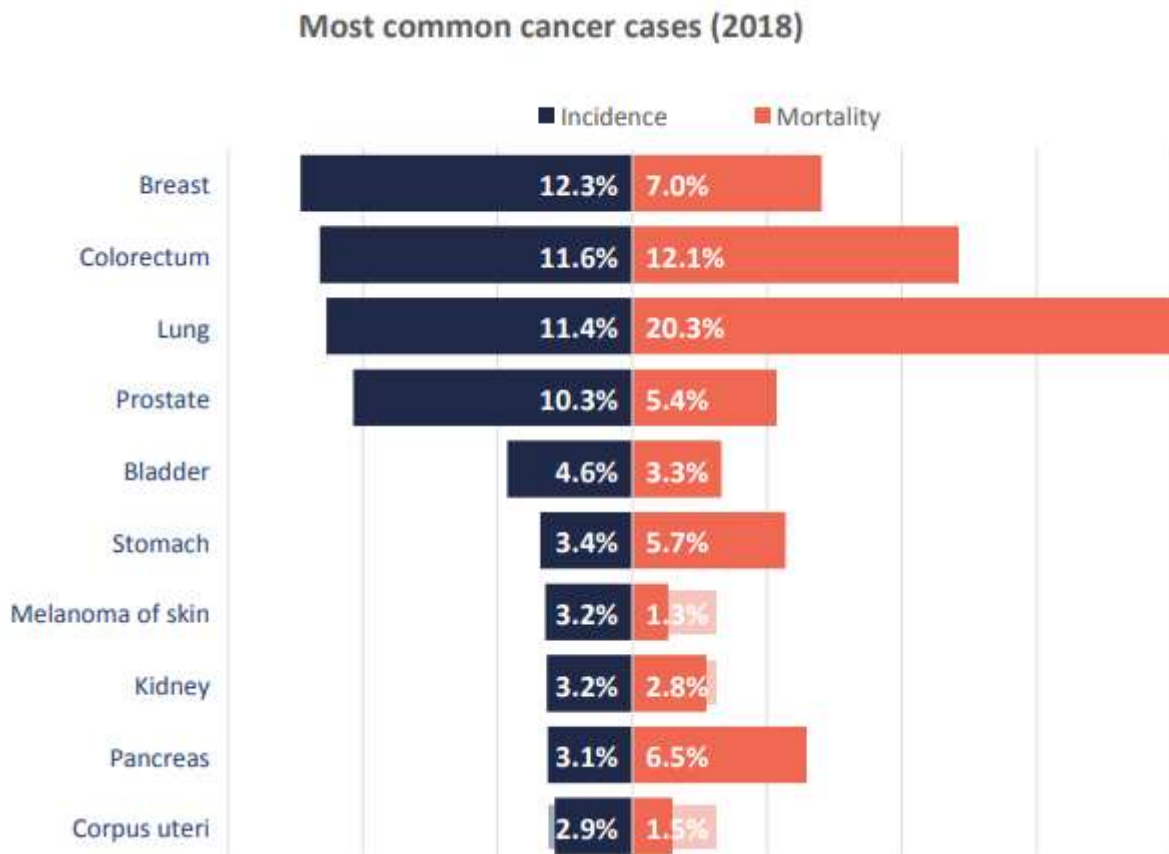
Γράφημα 6 Εκτίμηση του αριθμού θανάτων από καρκίνο για το 2020 και για το 2040 στην Ευρώπη(IARC, 2020)

Το βάρος που επιφέρει ο καρκίνος στις ευρωπαϊκές χώρες είναι τεράστιο. Το 40% των θανάτων από μη μεταδοτικά νοσήματα οφείλεται στον καρκίνο (Γράφημα 7), ενώ η κατανομή

της επίπτωσης και της θνητότητας στις πλέον κοινές μορφές καρκίνου για το 2018, εμφανίζεται στο Γράφημα 8.



Γράφημα 7 Εκτίμηση του % θανάτων από καρκίνο στο σύνολο των πρόωρων θανάτων από μη-μεταδοτικά νοσήματα για το 2016 στην Ευρώπη (WHO Cancer Regional Profile 2020)



Γράφημα 8 Η κατανομή της επίπτωσης και της θνητότητας στις πλέον κοινές μορφές καρκίνου για το 2018 στην Ευρώπη (WHO Cancer Regional Profile 2020)

Η ικανότητα των συστημάτων υγείας των ευρωπαϊκών χωρών να διαχειριστούν τις απαιτήσεις της ογκολογικής φροντίδας, εμφανίζεται στον παρακάτω Πίνακα 1, με στατιστικά στοιχεία υποδομών, στελέχωσης με ειδικευμένο προσωπικό και ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες παροχής φροντίδας.

HEALTH SYSTEM CAPACITY

^aper 10,000 cancer patients

Availability of population-based cancer registry (PBCR)** 2019 60% of countries have high-quality PBCR

Quality of mortality registration*** 2007-2016 60% of countries have high quality coverage

of external beam radiotherapy (photon,electron)^a 2019 8.7 (median), 1.8-17.1 (range)

of mammographs^a 2020 28.1 (median), 0-99.3 (range)

of CT scanners^a 2020 40.4 (median), 9.5-99.3 (range)

of MRI scanners^a 2020 21.6 (median), 7.2-70.8 (range)

of PET or PET/CT scanners^a 2020 2.0 (median), 0-10.3 (range)

WORKFORCE

^aper 10,000 cancer patients

Available staff in Ministry of Health who dedicates significant proportion of their time to cancer 2019 91% of countries have MoH staff with dedicated time for cancer

of radiation oncologist^a 2019 20.8 (median), 8.4-180.3 (range)

of medical physicist^a 2019 22 (median), 1-124 (range)

of surgeons^a 2019 848 (median), 191-2,854 (range)

of radiologist^a 2019 211 (median), 36-1,502 (range)

of nuclear medicine physician^a 2019 15 (median), 0-90 (range)

of medical & pathology lab scientists^a 2019 1,013 (median), 46-1,980 (range)

FORMULATING RESPONSE

Integrated NCD plan 2019 85% of countries have operational integrated NCD plans

NCCP (including cancer types) 2019 75% of countries have operational cancer plan

MPOWER measures fully implemented and achieved 2018 2 (median), 0-5 (range)

Cancer management guidelines 2019 85% of countries have cancer guideline

Palliative care plan 2019 55% of countries have operational NCD integrated plan that includes palliative care

of treatment services (surgery, radiotherapy, chemotherapy) 2019 94% of the countries have generally available treatment capacity

Breast cancer screening program 2019 94% of countries have breast cancer screening

Breast cancer screening program: Starting age, target population 2019 75% of countries adhere to best practices

Public cancer centres per 10,000 cancer patients 2019 6.5 (median), 0-251 (range)

Early detection programme/ guidelines for 4 cancers (breast, cervix, colon, childhood) 2019 26% of countries have all 4 cancer early detection programme/guidelines

Pathology services 2019 98% of countries have generally available pathology services

Bone marrow transplantation capacity 2019 68% of countries have generally available BMT

Palliative care availability: community/home-based care 2019 74% of countries have generally available palliative care

Availability of opioids* for pain management 2015-2017 1,883 (median), 6-26,237 (range)

*Defined daily doses for statistical purposes (5-DDD) per million inhabitants per day

Πίνακας 1 Στατιστικά στοιχεία ικανότητας και ανταποκρισιμότητας στις απαιτήσεις της ογκολογικής φροντίδας των ευρωπαϊκών χωρών (WHO Cancer Regional Profile 2020)

Με αφορμή όλα αυτά η ΕΕ για πρώτη φορά αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και διαδραματίζει ισχυρό ρόλο και στις 4 Φεβρουαρίου 2020 - Παγκόσμια Ημέρα για τον Καρκίνο - η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε το «**Σχέδιο για την Καταπολέμηση του Καρκίνου**» με βασικό πυλώνα την ισχυρή Ευρωπαϊκή Ένωση για την Υγεία. Με αφετηρία τις νέες τεχνολογίες, την έρευνα και την καινοτομία το σχέδιο για τον καρκίνο χαράσσει μια νέα προσέγγιση της ΕΕ όσον αφορά την πρόληψη, τη θεραπεία και την περίθαλψη. Το σχέδιο υιοθετεί μια ολιστική αντιμετώπιση της νόσου, από την πρόληψη έως την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών και των επιζώντων, με έμφαση στις δράσεις με τις οποίες η ΕΕ μπορεί να εξασφαλίσει προστιθέμενη αξία.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου θα στηρίζεται σε διατομεακές δράσεις πολιτικής, από την απασχόληση, την εκπαίδευση, την κοινωνική πολιτική και την ισότητα έως τις μεταφορές, την πολιτική συνοχής και τη φορολογία, μέσω της προώθησης πωλήσεων, της γεωργίας, της ενέργειας, του περιβάλλοντος και του κλίματος.

Το Σχέδιο για τον καρκίνο διαρθρώνεται γύρω από τέσσερις κύριους τομείς δράσης με 10 εμβληματικές πρωτοβουλίες και πολλαπλές υποστηρικτικές δράσεις. Για την υλοποίησή του θα κινητοποιηθεί το συνολικό οπλοστάσιο των χρηματοδοτικών μέσων της Επιτροπής και για τις δράσεις με σκοπό την καταπολέμηση του καρκίνου θα δεσμευτούν κονδύλια συνολικού

ύψους 4 δισ. ευρώ, μεταξύ άλλων από το πρόγραμμα EU4Health, «Ορίζων Ευρώπη» και το πρόγραμμα «Ψηφιακή Ευρώπη».

- **Πρόληψη** μέσω δράσεων για την αντιμετώπιση των κύριων παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα (έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι έως το 2040 λιγότερο από το 5% του πληθυσμού θα καταναλώνει προϊόντα καπνού), η επιβλαβής κατανάλωση οινοπνευματωδών, η περιβαλλοντική ρύπανση και οι επικίνδυνες ουσίες. Επιπλέον, η εκστρατεία «Υγιεινός Τρόπος Ζωής για Όλους» (HealthyLifestyle4All) θα προωθήσει την υγιεινή διατροφή και τη φυσική άσκηση. Για να προληφθούν οι καρκίνοι που προκαλούνται από λοιμώξεις, στόχος του σχεδίου για τον καρκίνο είναι έως το 2030 να έχει εμβολιαστεί το 90 % του πληθυσμού-στόχου των κοριτσιών και να αυξηθεί σημαντικά ο εμβολιασμός των αγοριών.
- **Έγκαιρη διάγνωση** του καρκίνου μέσω της βελτίωσης της πρόσβασης και της ποιότητας της διάγνωσης, καθώς και μέσω της στήριξης των κρατών μελών ώστε το 90 % του πληθυσμού της ΕΕ που πληροί τις προϋποθέσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου να υποβάλλεται στον έλεγχο αυτό. Για να μπορέσει να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, θα προταθεί ένα νέο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου με τη στήριξη της ΕΕ.
- **Διάγνωση και θεραπεία** μέσω της ανάληψης δράσεων για την καλύτερη ολοκληρωμένη και συνολική περίθαλψη των καρκινοπαθών, καθώς και της αντιμετώπισης της άνισης πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη και παροχή φαρμάκων. Έως το 2030 το 90% των επιλέξιμων ασθενών θα πρέπει να διαθέτει πρόσβαση σε εθνικά κέντρα ολιστικής αντιμετώπισης του καρκίνου που θα συνδέονται μεταξύ τους σε ένα δίκτυο της ΕΕ. Επιπλέον, έως τα τέλη του 2021 θα δρομολογηθεί μια νέα πρωτοβουλία με τίτλο «Διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου για όλους» που θα συμβάλει στη βελτίωση της πρόσβασης σε καινοτόμους διαγνωστικές μεθόδους και θεραπείες του καρκίνου. Επίσης, μια ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για την κατανόηση του καρκίνου (UNCAN.eu) θα συμβάλει στον εντοπισμό ατόμων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο από κοινούς τύπους καρκίνου.
- **Βελτίωση της ποιότητας της ζωής** των καρκινοπαθών και των επιζώντων, ιδίως όσον αφορά την αποκατάσταση, τη δυνητική υποτροπή όγκου, τη μεταστατική νεοπλασία και τη λήψη μέτρων για τη στήριξη της κοινωνικής ένταξης και της επανένταξης στον χώρο εργασίας. Θα δρομολογηθεί η πρωτοβουλία «Μια καλύτερη ζωή για τους καρκινοπαθείς» με έμφαση στην περίθαλψη παρακολούθησης.

Επιπλέον, για να στηριχθούν οι νέες τεχνολογίες, η έρευνα και η καινοτομία, θα δημιουργηθεί ένα νέο κέντρο γνώσης για τον καρκίνο, έτσι ώστε να συντονιστούν οι επιστημονικές και τεχνικές πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση του καρκίνου στο επίπεδο της ΕΕ. Θα αναληφθεί μια ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για την απεικόνιση του καρκίνου που θα στηρίξει την ανάπτυξη νέων ψηφιακών εργαλείων με σκοπό να βελτιωθεί η παροχή εξατομικευμένης θεραπείας και η εξεύρεση καινοτόμων λύσεων.

Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στα παιδιά, μέσω της ανάληψης της πρωτοβουλίας «Βοήθεια στα παιδιά με καρκίνο» ώστε να εξασφαλιστεί ότι διαθέτουν πρόσβαση σε ταχεία και βέλτιστη διάγνωση, θεραπεία και περίθαλψη. Τέλος, το 2021 θα δημιουργηθεί ένα μητρώο ανισότητας

όσον αφορά τον καρκίνο ώστε να εντοπίζονται τάσεις, διαφορές και ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ κρατών μελών και περιοχών.

Η Ογκολογική Φροντίδα εν μέσω πανδημίας

Ερευνητικά Ευρήματα από διάφορες χώρες του κόσμου (Βιβλιογραφική Ανασκόπηση)

Η πανδημία του COVID-19 ήρθε και άλλαξε άρδην τον τρόπο ζωής πολλών ανθρώπων, αφού για την καλύτερη δυνατή προφύλαξη όλων επιλέχθηκαν και εφαρμόστηκαν αυστηρά περιοριστικά μέτρα, με σκοπό την μείωση των μετακινήσεων και των αλληλεπιδράσεων με άλλα άτομα. Τα μέτρα και οι περιορισμοί που υιοθετήθηκαν δεν αποσκοπούσαν μόνο στην μείωση της διασποράς του ιού στον πληθυσμό αλλά και στην προφύλαξη των πιο ευπαθών ομάδων όπως είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας, άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και φυσικά ασθενείς με καρκίνο.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα όπως είναι οι καρκινοπαθείς πολίτες, έχουν έως και 30% μεγαλύτερο ρίσκο να χάσουν τη ζωή τους λόγω επιπλοκών της νόσου COVID-19. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών διατρέχουν τον κίνδυνο να διασωληνωθούν ή ακόμη χειρότερα να μεταφερθούν σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Το αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας σε συνδυασμό με την πιθανότητα για επιδείνωση της κατάστασης υγείας των ασθενών, οδήγησε τους ειδικούς στο να πάρουν ορισμένες αποφάσεις και να τροποποιήσουν το πρόγραμμα θεραπείας των ασθενών τους.

Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Η μέθοδος εύρεσης της βιβλιογραφίας βασίστηκε σε μια δομημένη ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων σε μηχανές αναζήτησης και βάσεις δεδομένων όπως το PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar για το διάστημα μεταξύ Απριλίου 2020 και Απριλίου 2021. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «delays in cancer & COVID-19», «delays in cancer therapy», «cancer treatment delays». Από τα αποτελέσματα της αναζήτησης, επιλέχθηκαν ερευνητικές δημοσιεύσεις, άρθρα ανασκόπησης, κλινικές οδηγίες δημοσιευμένες από ιατρικούς συλλόγους, σχόλια ιατρών σε γνωστά επιστημονικά περιοδικά.

Παράλληλα, τέθηκαν κάποια κριτήρια επιλογής για να μειωθεί ο όγκος των δημοσιεύσεων και να διατηρηθούν αυτές που ήταν σχετικότερες με το θέμα. Για το λόγο αυτό, επιστημονικά άρθρα και δημοσιεύσεις τα οποία δεν περιείχαν τους όρους πανδημία, COVID-19, θεραπεία καρκίνου, καθυστερήσεις, αναβολές, ματαιώσεις ή δεν αναφέρονταν στο διάστημα από την έναρξη της πανδημίας μέχρι σήμερα αποκλείστηκαν, αφού δεν θεωρήθηκαν συναφή με το θέμα της εργασίας. Οι δημοσιεύσεις που συμπεριλήφθηκαν αφορούσαν σε δεδομένα προερχόμενα από διαφορετικές χώρες του κόσμου όπως ΗΠΑ, Ελβετία, Καναδά, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Κίνα, Ιαπωνία, Γερμανία, Ολλανδία, Βέλγιο, Αργεντινή κ.ά. και αναφέρονταν σε διάφορους τύπους καρκίνου. Επίσης, οι εναλλακτικές που προτάθηκαν και αξιοποιήθηκαν για την καλύτερη δυνατή περίθαλψη των ασθενών λήφθηκαν υπόψιν στην παρούσα μελέτη. Τέλος, στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν άρθρα, τα οποία αναφέρονταν στις συνέπειες που έχει η καθυστερημένη έναρξη αντικαρκινικής θεραπείας για τον ασθενή και την ποιότητα ζωής του καθώς επίσης και για τον αντίκτυπο που έχει στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Ευρήματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Πράγματι, με βάση την βιβλιογραφία, παρατηρήθηκαν καθυστερήσεις και αλλαγές σε όλα τα στάδια της διαδικασίας από τη διάγνωση μέχρι την αποθεραπεία ασθενών με καρκίνο, ενώ οι αλλαγές αυτές εφαρμόστηκαν σε πολλές χώρες του κόσμου και αφορούσαν διαφορετικού τύπου κακοήθειες (Frey και συν., 2020). Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό που άγγιζε και το 90% των επεμβατικών διαγνωστικών εξετάσεων όπως οι ενδοσκοπήσεις (κολονοσκόπηση) οι βιοψίες, κ.ά., ματαιώθηκαν και οριστήκαν για άλλες ημερομηνίες που ξεπερνούσαν το διάστημα έξι μηνών (Schrog και συν., 2020 & Rosas και συν. 2020). Σε πολύ σοβαρά και επείγοντα περιστατικά, οι ιατροί προτίμησαν την εφαρμογή λαπαροσκοπικών προσεγγίσεων, ώστε η διάγνωση του ασθενή να μην καθυστερεί και το άτομο να μην εκθέτεται σε κίνδυνο (Balzora και συν., 2020). Ταυτόχρονα, υπήρξαν πολύ μεγάλες καθυστερήσεις στις διαγνωστικές απεικονίσεις, στις εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις -ιδιαίτερα τις μοριακές-, λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας των εργαστηρίων, της έλλειψης προσωπικού αλλά και της πρωτοφανούς έλλειψης αναλώσιμων.

Χαρακτηριστική είναι η αναφορά των Greenwood και συν., 2020 για τις συνθήκες που επικρατούσαν στον Ηνωμένο Βασίλειο, όπου « 10 φορές περισσότεροι άνθρωποι περίμεναν έως και έξι εβδομάδες για να κλείσουν ραντεβού για μια διαγνωστική εξέταση.». Παράλληλα, οι Al Kuwari και συν., 2020 και οι Maringe και συν., 2020, παραθέτουν ότι όλα τα πιλοτικά προγράμματα που αφορούσαν σε τυχαία γενετικά τεστ στον γενικό πληθυσμό για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού, του εντέρου, του πνεύμονα ή του οισοφάγου διακόπηκαν αμέσως μετά την επίσημη κήρυξη της πανδημίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, προκαλώντας ένα μεγάλο ερευνητικό κενό αλλά και επιδεινώνοντας την επιδημιολογική κατάσταση του πληθυσμού για αυτούς τους τύπους καρκίνου.

Από την άλλη μεριά, οι περισσότεροι τύποι αντικαρκινικής θεραπείας όπως είναι η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις διακόπηκαν ή τροποποιήθηκαν ανάλογα με τις ανάγκες (Tsamakis και συν., 2020). Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκε μια αλλαγή στον τρόπο χορήγησης των φαρμακευτικών αγωγών, αφού τα σκευάσματα που συνήθως χορηγούνταν ενδοφλέβια αντικαταστάθηκαν με κάποια αγωγή που χορηγείται δια του στόματος (Hanna και συν., 2020). Παράλληλα, σε πολλές περιπτώσεις ορμονικής θεραπείας ή χημειοθεραπείας έγινε αλλαγή στην δοσολογία και προτιμήθηκε μικρότερη δόση (Curigliano και συν., 2020 & Hanna και συν., 2020). Στη δυσάρεστη περίπτωση που κάποιος ασθενής υπό θεραπεία βρισκόταν θετικός για κορωνοϊό, τότε οποιαδήποτε ανοσοκατασταλτική θεραπεία σταματούσε αμέσως για διάστημα δύο εβδομάδων ή έως ότου ο ασθενής θεωρούνταν αρνητικός (Ray και συν., 2020).

Όσον αφορά την ακτινοθεραπεία, οι ειδικοί προτίμησαν τη συντόμευση της αγωγής για τα περισσότερα περιστατικά, με απώτερο στόχο την εξυπηρέτηση πολλών ασθενών χωρίς να έχουν αυξημένο ρίσκο μόλυνσης από COVID-19. Αξιοποιώντας την διαδικασία της υποκλασμάτωσης, οι θεράποντες ιατροί μείωσαν τη διάρκεια της συνεδρίας αλλά αύξησαν την προβλεπόμενη δόση ανά συνεδρία (Mayor και συν., 2020). Πολύ συχνά αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι σε ασθενείς με ήπια ή μέτριας σοβαρότητας συμπτώματα, η έναρξη των ακτινοθεραπειών καθυστέρησε από δυο έως και οκτώ εβδομάδες. Ωστόσο, οι προσπάθειες τροποποιήσεις των προγραμμάτων θεραπείας δεν βελτίωσαν την εικόνα των καθυστερήσεων.

Στις ΗΠΑ, 21.3% των ασθενών με καρκίνο του μαστού ανέφεραν καθυστερήσεις που ξεπερνούσαν τους τρεις μήνες ενώ το 43.3% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι βίωσαν ένα μήνα καθυστέρησης της θεραπείας τους (Yao και συν., 2020). Οι Yu και συν., 2020 σε μια πρόσφατη μελέτη τους εκτιμούν ότι η διαχείριση ασθενών με καρκίνο καθυστέρησε κατά μέσο όρο 21 ημέρες και πως η μορφή της κακοηθείας σε συνδυασμό με τον τύπο της θεραπείας που απαιτούνταν διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην ύπαρξη ή όχι καθυστερήσεων.

Οι καθυστερήσεις αυτές επιδεινώθηκαν τους μήνες Απρίλιο και Μάιο, διότι οι μη επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις αναβλήθηκαν -σε ορισμένες περιπτώσεις προγραμματίστηκαν με καθυστέρηση 5 εβδομάδων- (Santoro και συν., 2020) είτε λόγω της μετατροπής πολλών κλινικών σε μονάδες COVID-19 είτε λόγω ελλείψεων σε πόρους είτε ακόμη λόγω προσωπικής επιλογής του ασθενούς που φοβόταν να μην μολυνθεί από τον ιό (Fujita και συν., 2020). Στη θέση αυτών επιλέχθηκαν μη επεμβατικές παρεμβάσεις όπως είναι ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Η εναλλακτική πρόταση είχε ως στόχο την επιβράδυνση του ρυθμού εξέλιξης της ασθένειας, τον περιορισμό των επισκέψεων και της έκθεσης των ασθενών σε νοσοκομειακές μονάδες που ήταν φυσικά πιο επιβαρυνμένες. Η προτεραιοποίηση των ασθενών με γνώμονα την κατάσταση της υγείας τους αλλά και τη σοβαρότητα της πάθησής του ήταν πολύ συχνή στο στάδιο της θεραπείας και ιδιαίτερα στις χειρουργικές επεμβάσεις (Dietz και συν., 2020). Για το λόγο αυτό, σε σοβαρά περιστατικά που η χειρουργική επέμβαση ήταν μονόδρομος, αυτή πραγματοποιούνταν σεβόμενη όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, αλλά οι ασθενείς παρέμειναν για λιγότερες μέρες στην κλινική ενώ δεν ήταν δυνατόν να γίνουν τυχόν διορθωτικές-αισθητικές επεμβάσεις όπως στην περίπτωση της μαστεκτομής (Fancellu και συν., 2020).

Επιπρόσθετα, μεγάλες καθυστερήσεις και αναβολές προγραμματισμένων ραντεβού αναφέρθηκαν και σε μετεγχειρητικό επίπεδο και γενικότερα μετά το πέρας οποιασδήποτε θεραπείας, γιατί οι επισκέψεις παρακολούθησης γινόντουσαν μόνο μέσω τηλεδιάσκεψης ή διαδικτυακής παρακολούθησης (DuBois και συν., 2020 & Tsamakidis και συν., 2020). Γίνεται φανερό ότι η τηλεϊατρική ως εναλλακτική μέθοδος αντικατέστησε πολλές δια ζώσης διαδικασίες (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, συνεδρία, παρακολούθηση), και η τεχνολογία αναδείχθηκε δίκαια ως ένας πολύτιμος σύμμαχος για τους ιατρούς αλλά για τους ασθενείς (Curigliano και συν., 2020). Για παράδειγμα, δημιουργήθηκαν ιατρικές διαδικτυακές πλατφόρμες στις οποίες οι ασθενείς μπορούσαν να αναζητήσουν πληροφορίες αλλά και να ζητήσουν συμβουλές από ειδικούς (Kutikon και συν., 2020). Επιπλέον, όπως τονίζουν οι Kumar & Dey, 2020 ότι η τηλεϊατρική κατάφερε να ανακόψει σε μεγάλο βαθμό τη μετάδοση του ιού και συνέβαλε στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, οι οποίοι βίωσαν μια έντονα τραυματική και ψυχοφθόρα περίοδο, γεμάτη φόβο και αβεβαιότητα για την ζωή τους.

Αναμφισβήτητα, η πανδημία του COVID-19, επέφερε πολλές αλλαγές και ανατροπές στον τομέα της υγείας και στη ζωή των καρκινοπαθών, αφού οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν ήταν οι βέλτιστες. Παρόλα αυτά, πολλοί επιστήμονες εκφράζουν την ανησυχία τους για τις έμμεσες επιπτώσεις της πανδημίας που θα φανούν στο άμεσο μέλλον. Δεν είναι λίγοι εκείνοι που δημοσιοποιούν αρκετά δυσόιωνες προβλέψεις για τη μετά COVID-19 εποχή. Οι παρατηρούμενες αναβολές και καθυστερήσεις στο στάδιο της διάγνωσης εκτιμάται ότι θα προκαλέσει μια σειρά προβλημάτων, γιατί θα αυξηθεί κατά πολύ ο αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου παγκοσμίως (Akula και συν., 2020). Επίσης, η μη έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε άνοδο του ποσοστού ασθενών με κακοήθειες προχωρημένου σταδίου

(Battisti και συν., 2020 & Hartman και συν., 2020) αλλά και της πιθανότητας εμφάνισης μεταστατικού καρκίνου (Loveday και συν., 2020). Κατά συνέπεια, γίνεται φανερό ότι θα αυξηθεί το κόστος νοσηλείας των ασθενών στο μέλλον, ενώ θα μειωθεί κατά πολύ η ποιότητα αλλά και το προσδόκιμο ζωής τους (Del Vecchio Blanco και συν., 2020).

Επιπρόσθετα, οι χρονικές καθυστερήσεις στο στάδιο της θεραπείας θα επιφέρει ραγδαία αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας από καρκίνο σε ολόκληρο τον κόσμο και θα επιβαρύνει κατά πολύ την επιδημιολογική εικόνα όπως είχε διαμορφωθεί μετά από συλλογικές προσπάθειες χρόνων (van Dam και συν., 2020). Για παράδειγμα, οι εκτιμήσεις των ειδικών από το Ηνωμένο Βασίλειο για ορισμένες συχνές μορφές καρκίνου όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, το εντέρου, του οισοφάγου και του μαστού κάνουν λόγο για την ύπαρξη 3.000 επιπλέον θανάτων σε μια πενταετία λόγω της έλλειψης διάγνωσης και σωστής θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Greenwood και συν., 2020). Παράλληλα, οι τροποποιήσεις στα παρεχόμενα θεραπευτικά σχήματα εγκυμονεί το κίνδυνο για ανάπτυξη αντίστασης του όγκου στην αγωγή, αλλά και αυξάνει την πιθανότητα επανεμφάνισης της ασθένειας (Akula και συν., 2020).

Τέλος, ένα ακόμη πρόβλημα που προέκυψε κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι η διακοπή της χρηματοδότησης ερευνητικών προγραμμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο και η στροφή της επιστημονικής κοινότητας στη μάχη κατά του κορωνοϊού. Είναι αλήθεια ότι η χρηματοδότηση προγραμμάτων για την ανακάλυψη και ανάπτυξη αντικαρκινικών φαρμάκων για το τρέχον έτος μειώθηκε κατά 60% και παράλληλα έγινε παύση πολλών κλινικών δοκιμών λόγω μειωμένης συμμετοχής ασθενών (Battisti και συν., 2020). Το πρόβλημα της ελλιπούς χρηματοδότησης εντοπίζεται και σε προγράμματα εμβολιασμού κατά τον ιού του HPV αλλά και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε πολλές χώρες του κόσμου (Bouqme και συν., 2020). Λόγω των περιοριστικών μέτρων και της ματαίωσης δράσεων για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για τους εν λόγω εμβολιασμούς, πολλά προγράμματα είτε ματαιώθηκαν είτε διακόπηκαν τελείως, επιφέροντας πολλές σοβαρές συνέπειες για τον κοινωνικό ιστό και ιδιαίτερα τις πιο ευάλωτες κοινωνικά ομάδες.

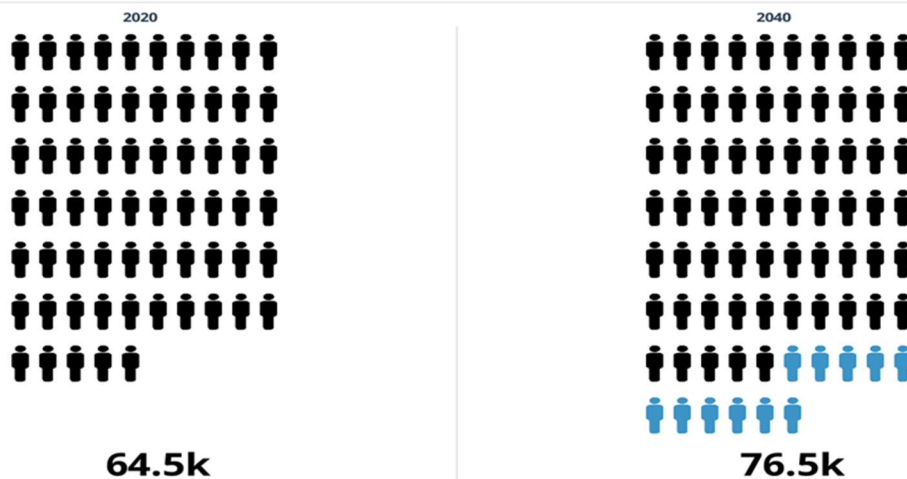
Παρόλες τις αρνητικές αλλαγές που έφερε η πανδημία για την υγεία, προέκυψαν και ορισμένες θετικές βελτιώσεις. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες καταγράφηκε μεγάλη πρόοδος ως προς την υιοθέτηση νέων τεχνολογικών επιτευγμάτων αλλά και ιδεών στην ιατρική πρακτική. Συγκεκριμένα, μειώθηκε ο χρόνος που απαιτείται για την έγκριση καινοτόμων θεραπειών από τις ρυθμιστικές αρχές, δίνοντας την δυνατότητα σε ανθρώπους με σπάνιες παθήσεις να έχουν μια καλύτερη ιατρική αντιμετώπιση (Greenwood και συν., 2020). Παράλληλα, δημιουργήθηκαν βάσεις δεδομένων με ανοιχτή πρόσβαση σε όλους τους επιστήμονες για να υπάρχει αμεσότερη και γρηγορότερη ανταλλαγή δεδομένων, ενισχύοντας την συνεργασία έρευνας και κλινικής εφαρμογής. Αυτό συμβάλει στην ανάπτυξη πιο εγκύρων κλινικών οδηγιών βασισμένο σε πραγματικά δεδομένα. Τέλος, ήταν πολύ συχνή η συγκρότησή ερευνητικών ομάδων από την ίδια κοινότητα ή χώρα με σκοπό την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας (Balzora και συν., 2020).

Η Ογκολογική Φροντίδα στην Ελλάδα (και) εν μέσω πανδημίας

Γενικά

Ο καρκίνος είναι η 2η κύρια αιτία θνησιμότητας (και) στην Ελλάδα μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα με 65 χιλιάδες νέες διαγνώσεις ετησίως και πάνω από 33 χιλιάδες θανάτους (το 25% όλων των θανάτων). Η πρόβλεψη είναι ότι έως το 2040 οι νέες διαγνώσεις καρκίνου σε ετήσια βάση θα έχουν φτάσει τις 77 χιλιάδες και ο αριθμός των θανάτων θα προσεγγίσει τις 42 χιλιάδες (Γράφημα 9-11) (IARC, 2020) (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2020).

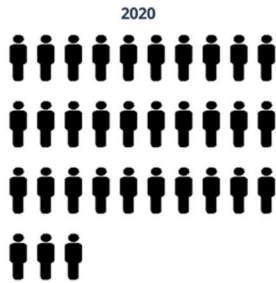
Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+]
All cancers
Greece



1 icon = 1 000 Demographic changes

Γράφημα 9 Εκτίμηση του αριθμού νέων περιστατικών καρκίνου από το 2020 στο 2040 στην Ελλάδα (IARC, 2020))

Estimated number of deaths from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+]
All cancers
Greece



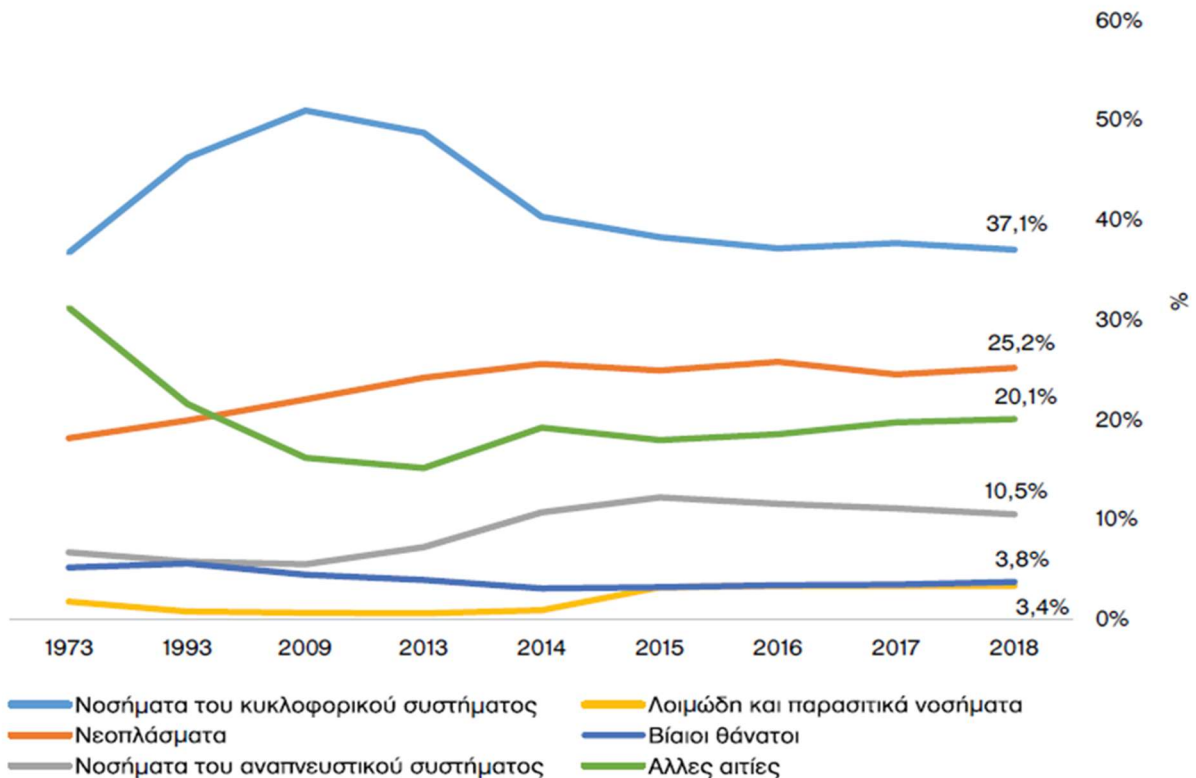
33.2k



41.5k

1 = 1 000 Demographic changes

Γράφημα 10 Εκτίμηση του αριθμού θανάτων από καρκίνο για το 2020 και για το 2040 στην Ελλάδα (IARC, 2020)



Γράφημα 11 Αιτίες θανάτων (% συνολικών θανάτων) - Ελλάδα για το 2018 (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2020)

Η επίπτωση και η θνητότητα στις πλέον κοινές μορφές καρκίνου για το 2018, εμφανίζεται στο Γράφημα 12.

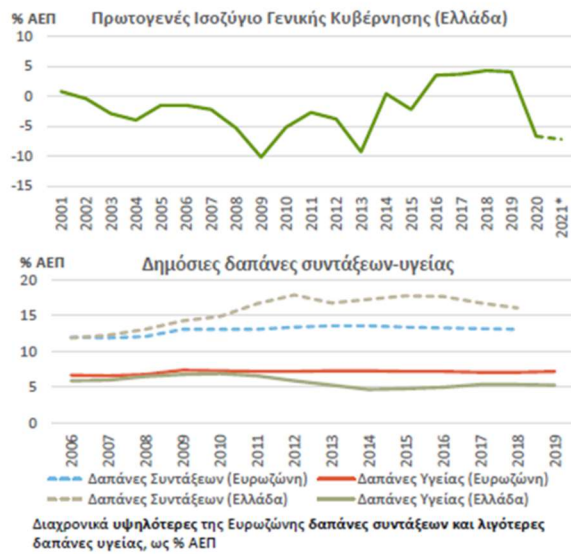


Γράφημα 12 Η επίπτωση και η θνητότητα στις πλέον κοινές μορφές καρκίνου για το 2018 στην Ελλάδα (GLOBOCAN 2020)

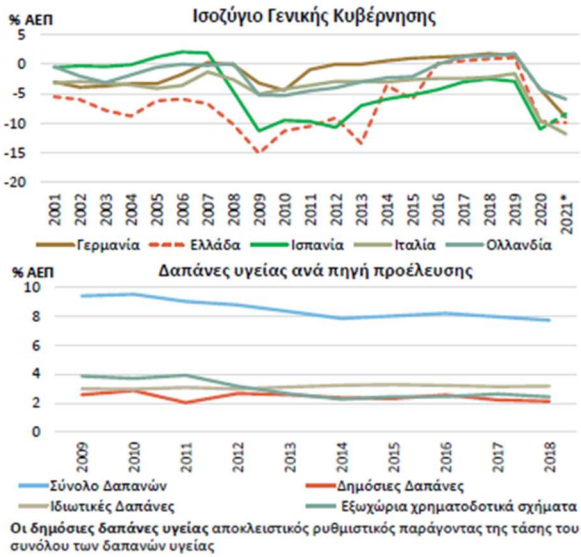
Η επίπτωση της πανδημίας στην Ελλάδα (2019-2021)

Η εμφάνιση και η εξάπλωση της πανδημίας βρήκε την Ελλάδα με συσσωρευμένα (και άλυτα) πολλά οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα, μετά από μια δεκαετία έντονων περιοριστικών πολιτικών και μέτρων και ασφυκτικής παρακολούθησης-εφαρμογής των δεσμεύσεων των μνημονίων και των προγραμμάτων σταθερότητας. Έτσι, στο πεδίο των δημοσιονομικών επιδόσεων η Ελλάδα έπρεπε να υλοποιήσει σημαντικές μεταρρυθμίσεις και λάβει αναπτυξιακά μέτρα για την επανεκκίνηση της οικονομίας και την μείωση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας στην κοινωνία. Παρόλα αυτά, η απόσταση που έχει να διανύσει για να πλησιάσει τις ευρωπαϊκές επιδόσεις είναι ακόμα μεγάλη (Γράφημα 13).

Η δημοσιονομική προσαρμογή έχει αποδώσει, αλλά με δυσανάλογη πρόοδο μεταξύ εσόδων και δαπανών

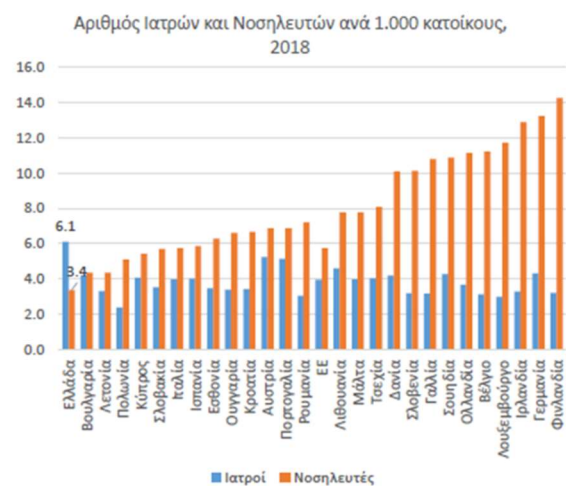
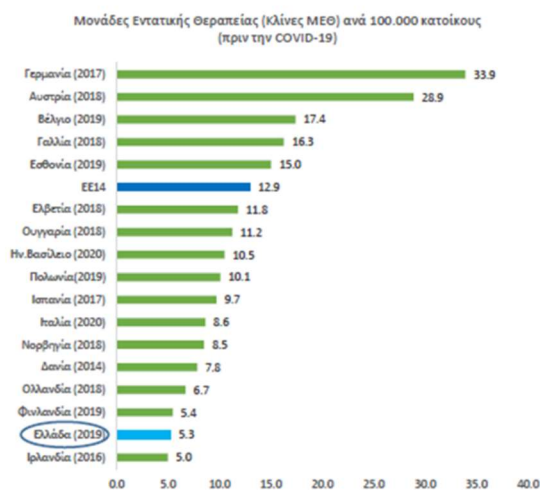


Στο μέσο όρο του "πυρήνα" της Ευρωζώνης ως προς το Ισοζύγιο Γεν. Κυβέρνησης η Ελλάδα από το 2017

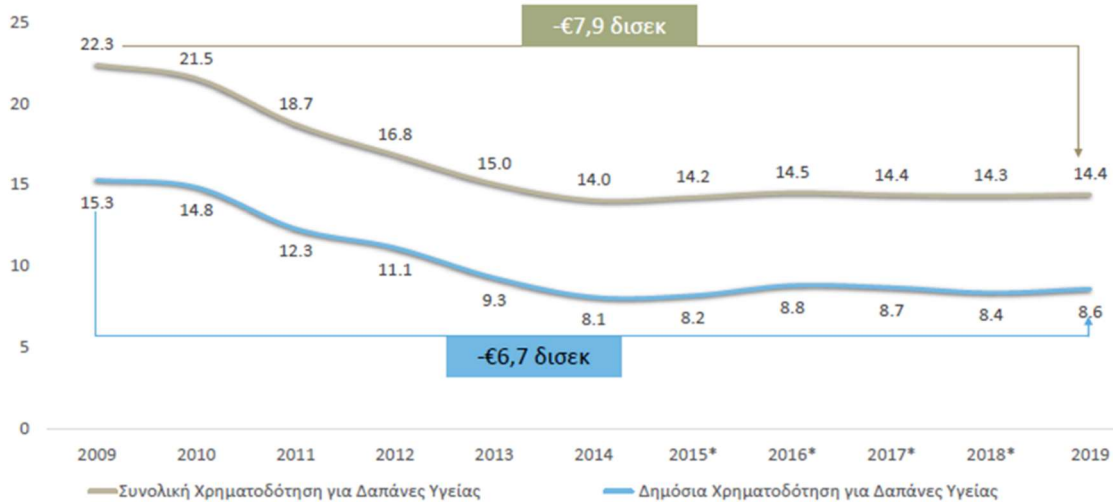


Γράφημα 13 Η σύγκλιση με τον πυρήνα της Ευρωζώνης ως προς το δημοσιονομικό ισοζύγιο (Stability Program 2021)

Έτσι, το ΕΣΥ βρέθηκε ανέτοιμο να αντιμετωπίσει την φοβερή πίεση που του ασκήθηκε από την πανδημία, βιώνοντας (μακρο)χρόνιες αδυναμίες και ελλείψεις (υποχρηματοδότηση του τομέα της υγείας, έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έλλειψη κλινών ΜΕΘ, στρεβλή κατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων, έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, κ.ά.) (Γράφημα 14-15).



Γράφημα 14 Χρόνιες αδυναμίες του ΕΣΥ (OECD Statistics, 2020)



Γράφημα 15 Συνολική και δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (OECD Statistics, 2020)

Η επίπτωση της πανδημίας στην ογκολογική φροντίδα στην Ελλάδα –Ευρήματα από έρευνα πεδίου (2019-2021)

Για την παρουσίαση και αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών με καρκίνο, αλλά και των επιπτώσεων της πανδημίας στην ογκολογική φροντίδα, η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.) ανέθεσε στην IQVIA® τη διεξαγωγή έρευνας για λογαριασμό της ALL.CAN Greece, σε τρεις φάσεις-κύματα (Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2019, Ιούνιος-Αύγουστος 2020 & Μάρτιος-Απρίλιος 2021) (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019), (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020), (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2021).

Ο στόχος της έρευνας ήταν μέσα από την εμπειρία των ασθενών, να προσδιοριστούν οι τρόποι παρέμβασης για την βελτίωση της περίθαλψης και της φροντίδας του καρκίνου.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας All.Can Greece, που δημιουργήθηκε για να αντιμετωπιστούν «οι ανεπάρκειες» στη φροντίδα του καρκίνου – όπου ως «ανεπάρκεια» ορίζεται κάθε πτυχή της περίθαλψης και της φροντίδας του καρκίνου, η οποία δεν είναι επικεντρωμένη σε αυτά που έχουν σημασία για τους ασθενείς.

Η έρευνα απευθύνθηκε σε ασθενείς και άτομα με εμπειρία καρκίνου και κατέγραψε στοιχεία που αφορούν την διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου, την επιστροφή του ασθενή μετά τη θεραπεία στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή, τις σχέσεις του με υποστηρικτικές ομάδες ασθενών καθώς και την συνολική εμπειρία του με τον καρκίνο, πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

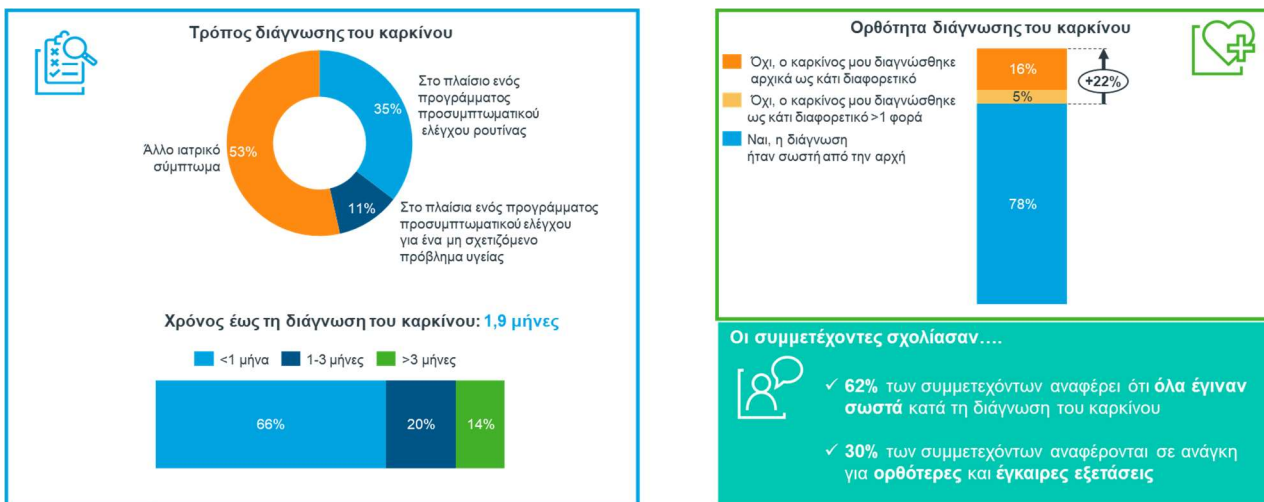
Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω του διαδικτύου και για τους σκοπούς της χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπεριλάμβανε τόσο ερωτήσεις κλειστού τύπου όσο και ερωτήσεις ανοιχτού πεδίου όπου οι ερωτώμενοι μπορούσαν να εκφράσουν τις απόψεις τους και τις εμπειρίες τους αυθόρμητα. Για τους σκοπούς της παρουσίασης οι ερωτήσεις ανοιχτού πεδίου με παρόμοια θεματολογία ομαδοποιήθηκαν σε συγκεκριμένες κατηγορίες

Παρακάτω εμφανίζονται συνοπτικά και ενδεικτικά τα πλέον σημαντικά ευρήματα της έρευνας:

Οι εμπειρίες των ασθενών πριν την πανδημία

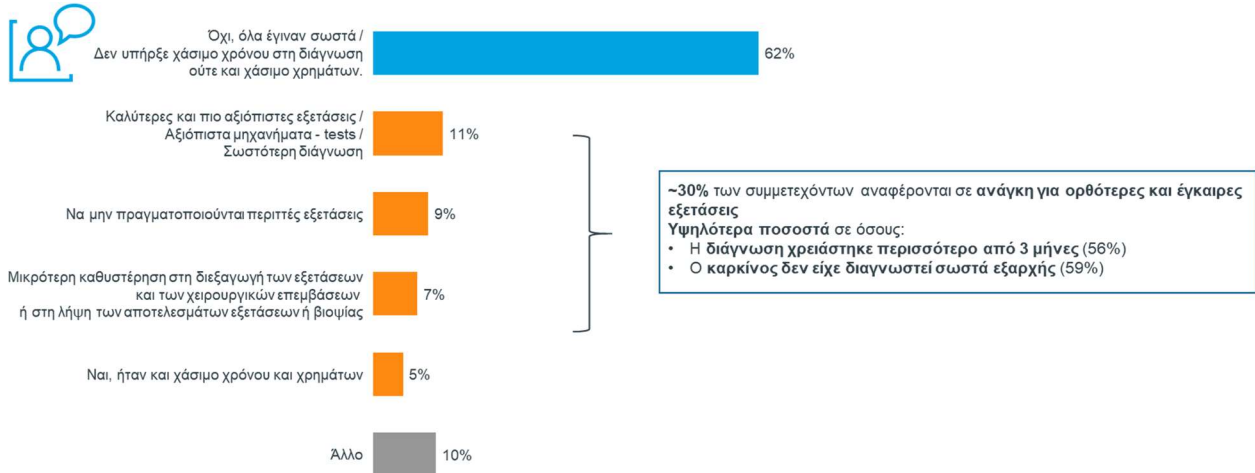
Ήδη, και πριν την εμφάνιση της πανδημίας και τις συνέπειές της, οι ογκολογικοί ασθενείς αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα που είχαν να κάνουν με τη πρόσβαση στις δομές υγείας, την έγκαιρη και ορθή διάγνωση, τις περιττές εξετάσεις, τη σωστή και κατανοητή πληροφόρηση, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την υποστήριξη στη διαχείριση της νόσου, ενώ μόνο το 50% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι έμειναν ικανοποιημένοι από την φροντίδα και τη θεραπεία από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Με βάση τις εμπειρίες των ασθενών, στην περίοδο πριν την εμφάνιση της πανδημίας, για τη διάγνωση απαιτήθηκαν κατά μέσο όρο 1,9 μήνες και το 22% δηλώνει ότι η διάγνωση δεν ήταν εξαρχής σωστή (Γράφημα 16).



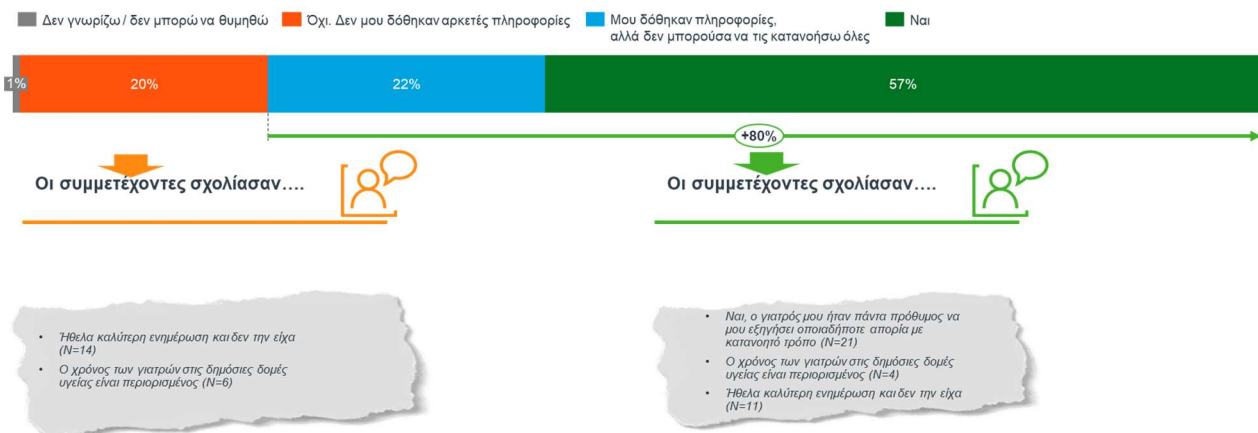
Γράφημα 16 Εμπειρίες των ασθενών σχετικά με την ορθότητα της διάγνωσης του καρκίνου (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019)

Το 62% των ασθενών δηλώνει ότι όλα έγιναν σωστά, ενώ το ~30% θα ήθελε αξιόπιστες, μη περιττές και γρήγορες εξετάσεις για σωστή διάγνωση (Γράφημα 17).

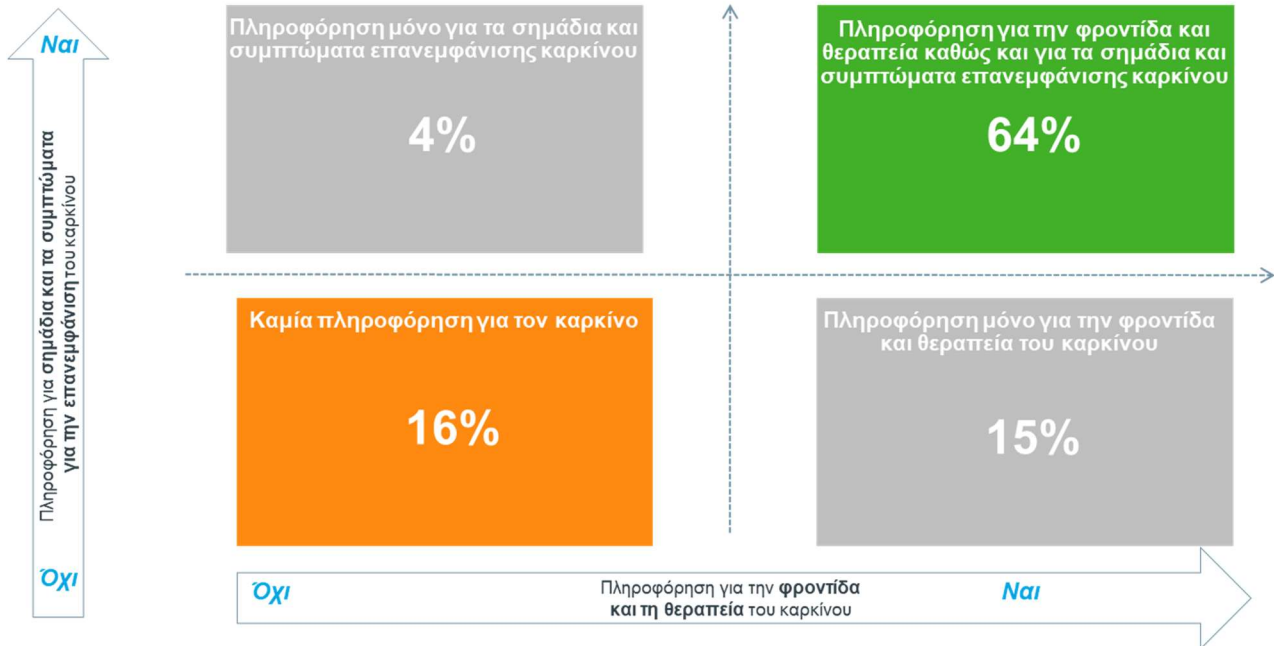


Γράφημα 17 Εμπειρίες των ασθενών σχετικά με την ορθότητα των εξετάσεων που υποβλήθηκαν (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019)

Μόνο το 25% των ερωτώμενων συμμετείχε όσο θα ήθελε στη λήψη αποφάσεων για το ποια θεραπευτική επιλογή θα ήταν καλύτερη για αυτούς, ενώ το 16% δεν δέχτηκε καμία πληροφόρηση για τον καρκίνο (Γράφημα 18-19).

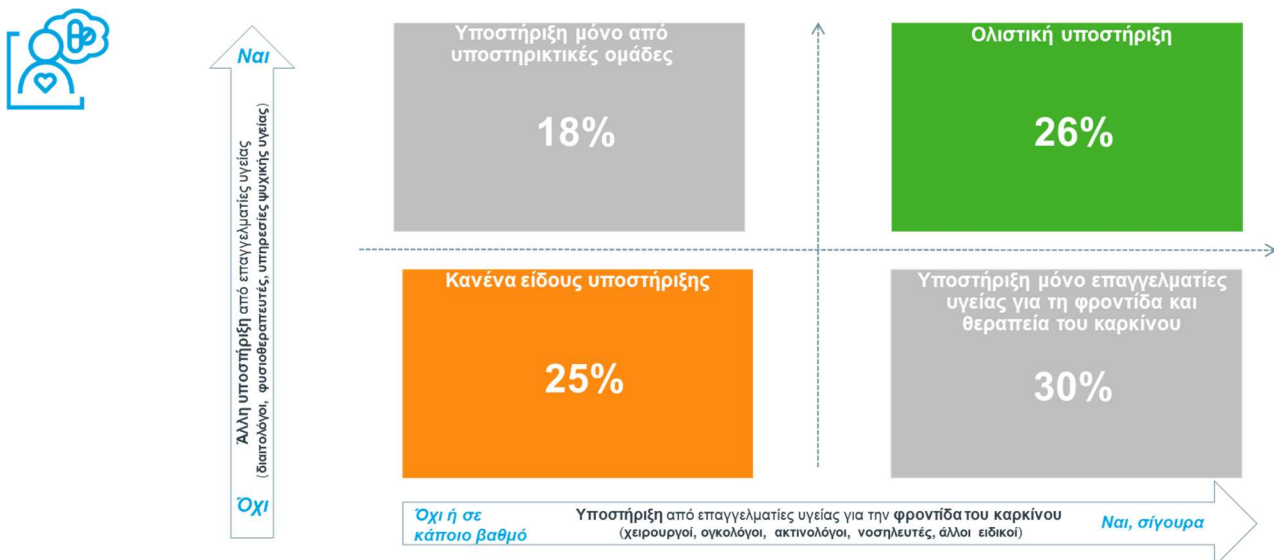


Γράφημα 18 Εμπειρίες των ασθενών σχετικά με την κατανόηση της πληροφόρησης για φροντίδα και θεραπεία του καρκίνου (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019)



Γράφημα 19 Εμπειρίες των ασθενών σχετικά με το βαθμός πληροφόρησης κατά τη διάρκεια αντιμετώπισης του καρκίνου (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019)

Το 5% των ασθενών δεν έλαβε καμμία υποστήριξη, τόσο από επαγγελματίες υγείας όσο και από άλλες υποστηρικτικές ομάδες (Γράφημα 20)



Γράφημα 20 Εμπειρίες των ασθενών σχετικά με το βαθμό υποστήριξης ασθενών κατά τη διάρκεια αντιμετώπισης του καρκίνου (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019)

Μόνο οι μισοί ερωτώμενοι δηλώνουν ικανοποιημένοι από την φροντίδα και θεραπεία στο δημόσιο σύστημα υγείας (Γράφημα 21).

Ικανοποίηση από την φροντίδα και τη θεραπεία από το δημόσιο σύστημα υγείας

Οι συμμετέχοντες σχολίασαν....



Ναι, έμεινα ικανοποιημένος/η από τη φροντίδα των γιατρών και των νοσηλευτών κατά τη θεραπεία του καρκίνου

- Η φροντίδα των γιατρών και των νοσηλευτών κατά τη θεραπεία του καρκίνου μου θα μπορούσε να βελτιωθεί
- Καλύτερη επικοινωνία και συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους γιατρούς/Περισσότερος χρόνος επαφής με τον γιατρό
- Η απουσία φροντίδας από το δημόσιο με ανάγκασε να στραφώ σε ιδιωτικούς φορείς

- Δεν υπήρχε η κατάλληλη υποδομή και οργάνωση / Έλλειψη προσωπικού
- Μεγάλη αναμονή για τη διεξαγωγή εξετάσεων/ υπερβολικά μεγάλος αριθμός ασθενών
- Έλλειψη φαρμάκων
- Μεγαλύτερη έρευνα για καλύτερη διάγνωση, αποτελεσματικότερα φάρμακα, εγκυρότερες εξετάσεις

Η θεραπεία μου έγινε σε ιδιωτικό νοσοκομείο

21%
Όχι ικανοποίηση από γιατρούς και νοσηλευτές ως προς τον βαθμό φροντίδας

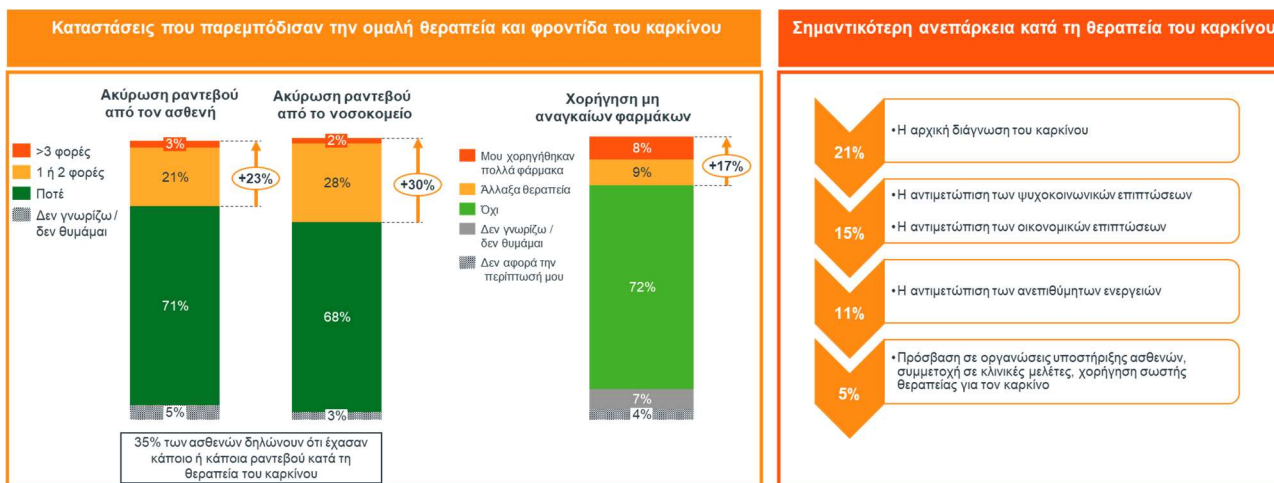
18%
Θέματα υποδομής, οργάνωσης φαρμάκων, εξετάσεων

3%
Καλυψη εξετάσεων από το δημόσιο

3%
Όχι ικανοποιητική υποστήριξη Δεν γνωρίζω/δεν έχω άποψη από άλλες ειδικότητες

Γράφημα 21 Εμπειρίες των ασθενών σχετικά με την ικανοποίηση από την φροντίδα και τη θεραπεία από το δημόσιο σύστημα υγείας (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019)

Συμπερασματικά, η έρευνα κατέγραψε τις σημαντικότερες ανεπάρκειες του συστήματος ογκολογικής φροντίδας πριν από την εμφάνιση της πανδημίας, όπως αυτές αποτυπώθηκαν από τους ασθενείς, και οι οποίες αναφέρονται κυρίως στην αρχική διάγνωση του καρκίνου (21%), στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων (15%), στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών και στη χορήγηση της σωστής θεραπευτικής αγωγής (5%) (Γράφημα 22):



Γράφημα 22 Δηλώσεις των ασθενών σχετικά με τις ανεπάρκειες της ογκολογικής φροντίδας (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019)

Συγκριτικά με τη καταγραφή και την ιεράρχηση των ανεπαρκειών του συστήματος ογκολογικής φροντίδας από τους ασθενείς άλλων χωρών, οι εμπειρίες των ασθενών στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης του καρκίνου (θεραπεία και φροντίδα) που

αναφέρονται, δεν διαφοροποιούνται. Τα αποτελέσματα της σχετικής έρευνας παρουσιάστηκαν στο 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής Ογκολογίας το 2019 (Πίνακας 2).

Canada		Poland		UK		Greece	
My initial cancer diagnosis	25%	Dealing with ongoing side effects	27%	My initial cancer diagnosis	36%	My initial cancer diagnosis	21%
Dealing with ongoing side effects	17%	Dealing with psychological impacts	18%	Dealing with ongoing side effects	19%	Dealing with psychological impacts	15%
Dealing with psychological impacts	15%	My initial cancer diagnosis	14%	Dealing with psychological impacts	15%	Dealing with the financial impacts	15%
Dealing with the financial impacts	12%	Getting the right treatment for my cancer	13%	The opportunity to take part in clinical trial	6%	Dealing with ongoing side effects	11%
Getting the right treatment for my cancer	9%	Dealing with the financial implications	10%	Access to patient support groups	5%	Access to patient support organizations	5%
Access to patient support groups	7%	The opportunity to take part in clinical trial	9%	Getting the right treatment for my cancer	5%	The opportunity to take part in clinical trial	5%
The opportunity to take part in clinical trial	4%	Access to patient support groups	5%	Dealing with the financial impacts	4%	Getting the right treatment for my cancer	5%
Other	10%	Other	3%	Other	10%	Other	22%

Πίνακας 2 Που εντοπίζουν οι ασθενείς τις μεγαλύτερες ανεπάρκειες κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης του καρκίνου (θεραπεία και φροντίδα)

Οι εμπειρίες και οι απόψεις των άλλων ενδιαφερομένων μερών (Stakeholders)

Η All.Can. Greece, προκειμένου να καταγράψει συνολικά τα προβλήματα και τις ανεπάρκειες της ογκολογικής φροντίδας, ζήτησε από τα ενδιαφερόμενα μέρη τα οποία και συμμετέχουν στη Διοικούσα Επιτροπή της να αποστείλουν τις δικές τους απόψεις, σχετικά με τις περιοχές που εντοπίζουν τις σημαντικότερες ανεπάρκειες.

Έτσι, στο Workshop της 21^{ης} Φεβρουάριου 2019 που διοργάνωσε η All.Can. Greece στην Αθήνα, παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν οι επισημάνσεις των φορέων. Συγκεκριμένα παραλήφθηκαν απαντήσεις από πέντε φορείς, των οποίων οι εμπειρίες παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα 3:

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΕΟΠΕ)

Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς

Το Ταξίδι του φροντιστή – patient navigator

Πιστοποίηση ιδιωτικών διαγνωστικών εργαστηρίων

Νοσηλεία Κατ' οίκον

Διεπιστημονική προσέγγιση - Επικοινωνία των Ειδικοτήτων

Ολιστική προσέγγιση ασθενούς ως πάσχοντος ατόμου

Μητρώο Κλινικών Μελετών που διεξάγονται στην Ελλάδα – Διαμόρφωση θεσμικού πλαισίου για την προσέλκυσή τους – Κατανοητή πληροφόρηση για τους ασθενείς

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ (ΕΕΧΟ)

Υποστελέχωση Παθολογο-ανατομικών εργαστηρίων

Υποστελέχωση Χειρουργικής Ογκολογίας

Συστηματική λειτουργία Ογκολογικών Συμβουλίων

Εθνικό Μητρώο Νεοπλασιών

Πρωτόκολλο Παρακολούθησης Χειρουργικού Ασθενούς μέχρι τέλους ζωής

Θεσμοθέτηση ειδικότητας - Εξειδίκευση Χειρουργικής Ογκολογίας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ (ΕΕΠΑ)

Ελλείψεις Ιατρών και Προσωπικού

Κίνητρα για την προσέλκυση νέων ιατρών και τη διατήρησή τους στο σύστημα

Συστηματική λειτουργία ογκολογικών Συμβουλίων

Συνταγογράφηση Παθολόγων - Ανατόμων

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ (ΕΕΑΟ)

Εφαρμογή Νόμων

Αναμονές – Ολοήμερη Λειτουργία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και Απεικονιστικών Διαγνωστικών Εξετάσεων

ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΣΝΕ/ΤΟΝ)

Έλλειψη νοσηλευτών

Αναγνώριση ειδικότητας ογκολογικής νοσηλευτικής

Δημιουργία δομών φροντίδας στη κοινότητα

Δημιουργία δομών ανακουφιστικής ογκολογικής φροντίδας

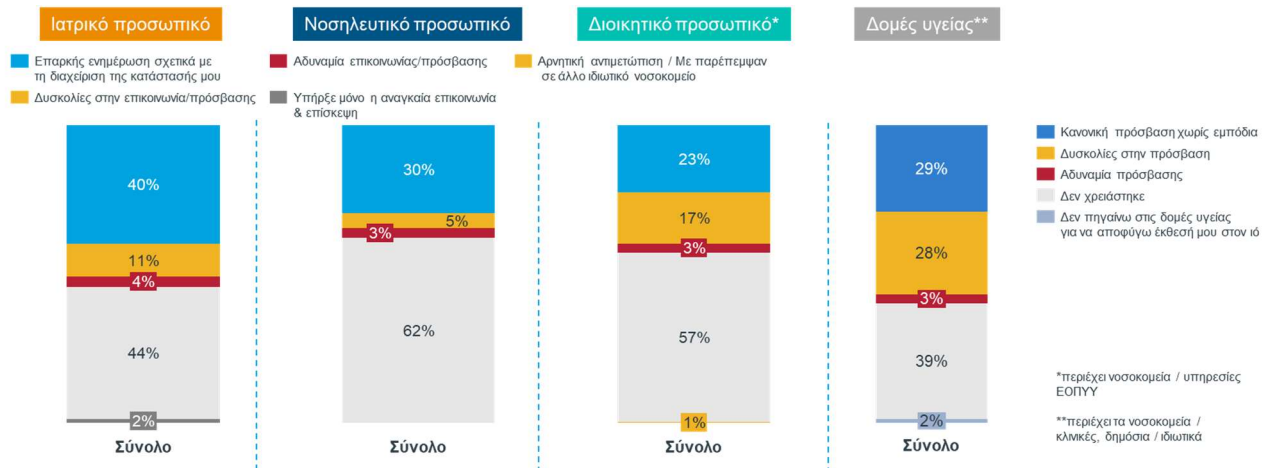
Δημιουργία δομών βοήθειας στο σπίτι ως υποχρεωτικής νοσ/κης υπηρεσίας

Πίνακας 3 Που εντοπίζουν τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη τις μεγαλύτερες ανεπάρκειες κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης του καρκίνου (θεραπεία και φροντίδα) και υποβολή προτάσεων-παρεμβάσεων

Οι εμπειρίες των ασθενών κατά τη πρώτη φάση της πανδημίας

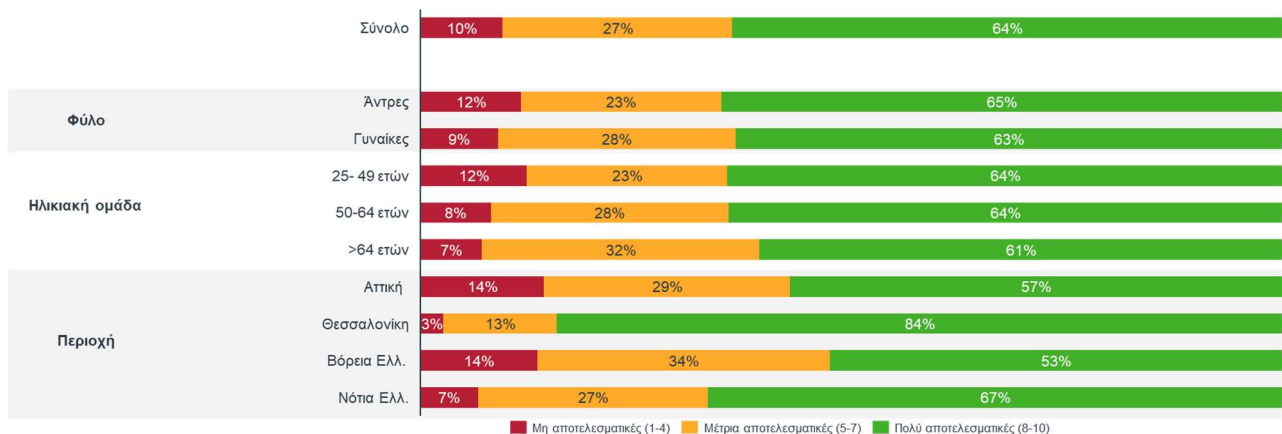
Τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι ογκολογικοί ασθενείς και πριν την εμφάνιση της πανδημίας, συνέχισαν να υπάρχουν ή και επιδεινώθηκαν κατά τη πρώτη φάση της. Ειδικότερα, καταγράφηκαν οι εμπειρίες των ασθενών που είχαν να κάνουν με τη δυσκολία πρόσβασης στις δομές υγείας, την αναβολή προγραμματισμένων ραντεβού, εξετάσεων και θεραπειών, καθώς και με την αλλαγή του πλάνου θεραπείας τους. (Γράφημα 23- 30).

Μέσα στο πρώτο κύμα της πανδημίας, ~1 στους 3 ερωτώμενους δηλώνει ότι αντιμετώπισε δυσκολίες ή αδυναμία πρόσβασης στις Δομές Υγείας, αλλά και σε σημαντικό ποσοστό δυσκολίες επικοινωνίας με τον ιατρό τους (Γράφημα 23).



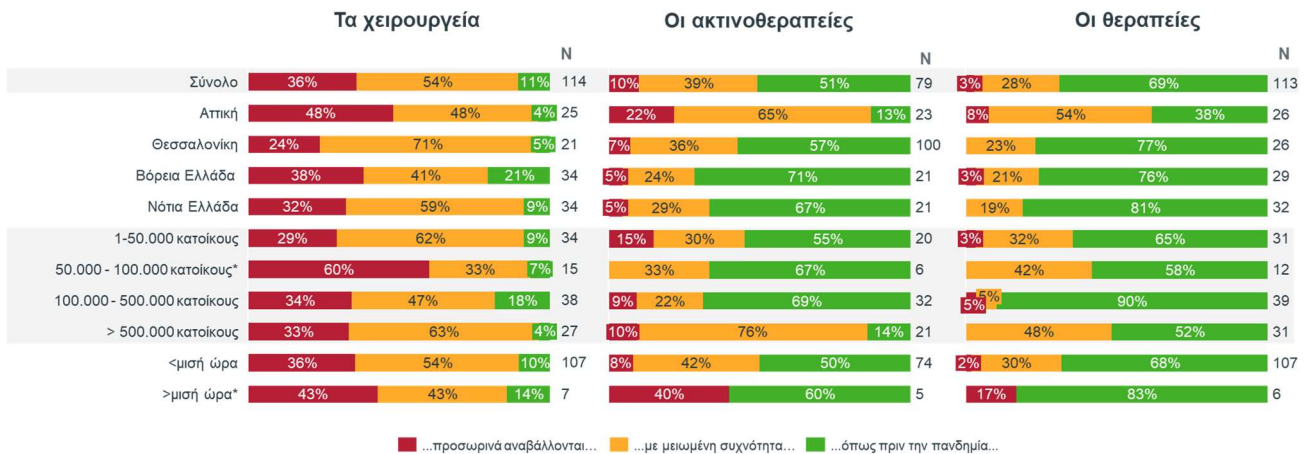
Γράφημα 23 Πρόσβαση στις δομές του Συστήματος Υγείας (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020)

Θετική οπτική είχε η πλειοψηφία των ερωτώμενων σχετικά με τις ενέργειες της κυβέρνησης στην πρόληψη και / ή στη μείωση της εξάπλωσης του κορονοϊού COVID-19, καθώς το 64% δήλωσαν ότι ήταν αποτελεσματικές, ενώ μόνο το 10% τις θεωρεί μη αποτελεσματικές (Γράφημα 24).



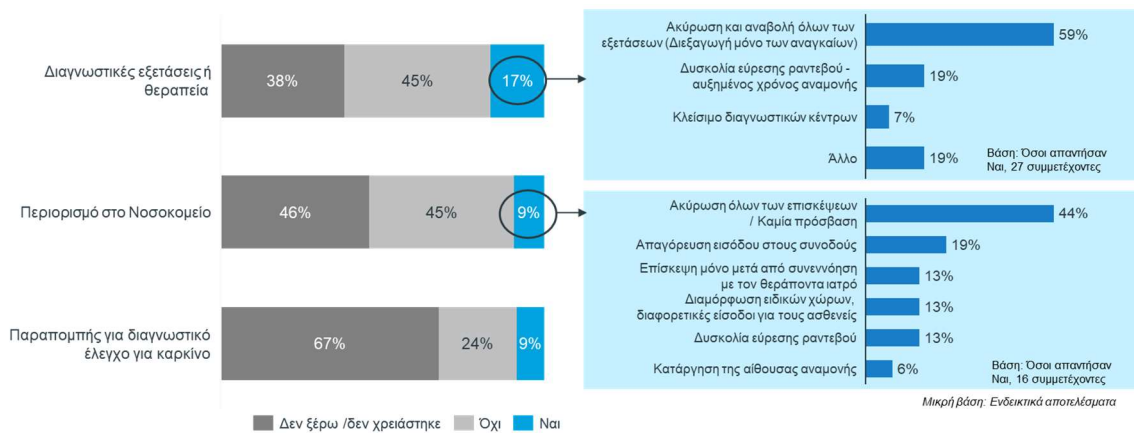
Γράφημα 24 Αποτελεσματικότητα ενεργειών που έλαβε η κυβέρνηση για το COVID-19 (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020)

Παρόλα αυτά, σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων, αντιμετώπισε σοβαρά προβλήματα στην κλινική πρακτική των νοσοκομείων κατά την πρώτη φάση της πανδημίας, με τα χειρουργεία να επηρεάστηκαν (με αναβολές ή/και μειωμένη συχνότητα) σε μεγαλύτερο βαθμό από τις θεραπείες και τις ακτινοθεραπείες (Γράφημα 25).

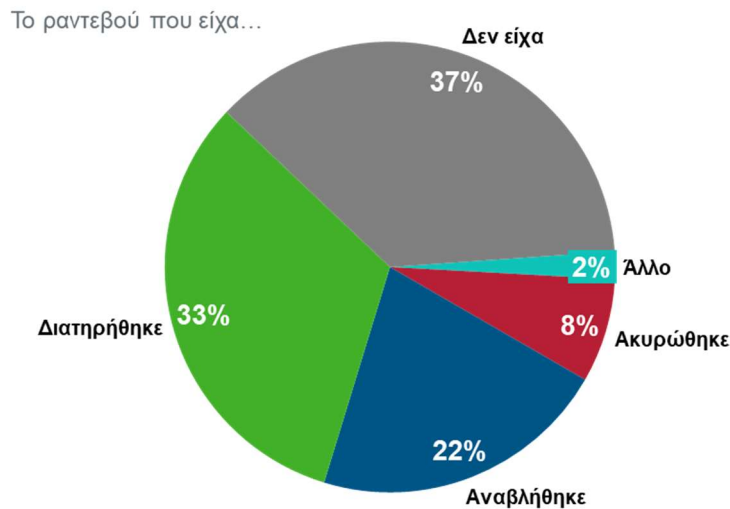


Γράφημα 25 Κλινική πρακτική των νοσοκομείων κατά την πρώτη περίοδο τα πανδημίας (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020)

Συγχρόνως, το 17% των ερωτώμενων απάντησαν ότι έχουν πρόβλημα με την πρόσβαση και για διαγνωστικές εξετάσεις και το 30% δυσκολία για ραντεβού, λόγω ακυρώσεων/αναβολών, ενώ το 10% αναφέραν ότι περιμέναν ~2,4 μήνες για προ-συμπτωματικό έλεγχο (Γράφημα 26-28).

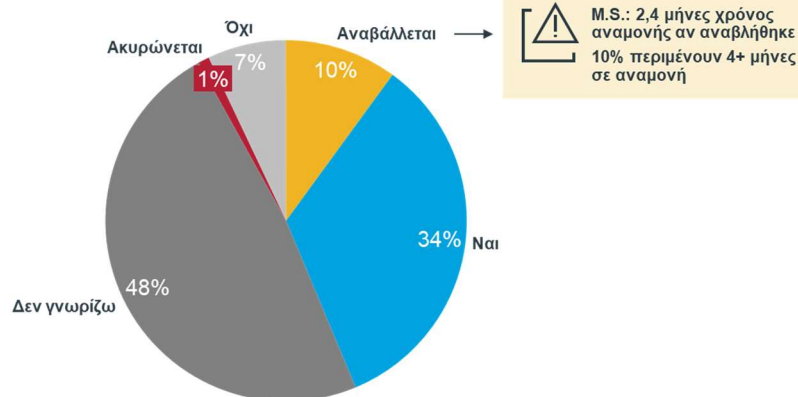


Γράφημα 26 Θέματα πρόσβασης για διαγνωστικές εξετάσεις ή θεραπεία κατά την πρώτη περίοδο τα πανδημίας (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020)



Γράφημα 27 Προγραμματισμένα ραντεβού κατά την πρώτη περίοδο τα πανδημίας (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020)

Μπορείτε να κάνετε προ-συμπτωματικό έλεγχο?

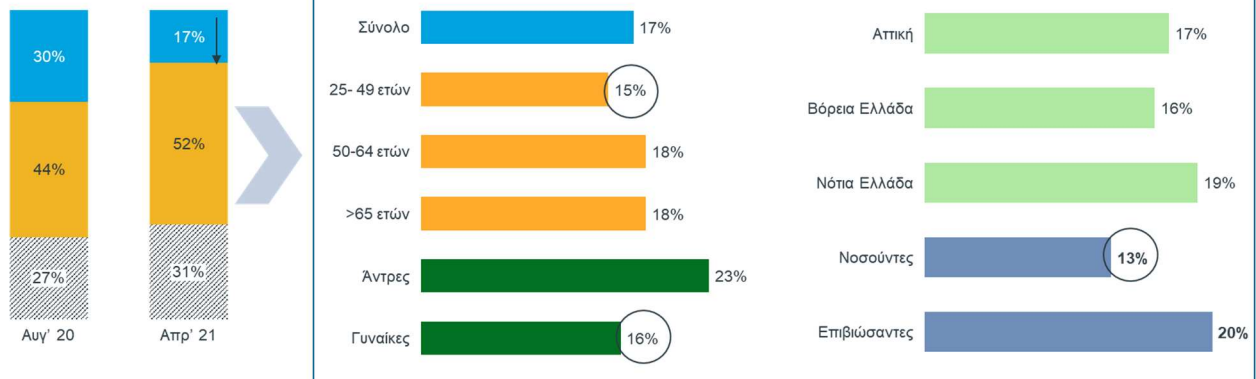


Γράφημα 28 Προ-συμπτωματικός έλεγχος κατά την πρώτη περίοδο τα πανδημίας του COVID-19 (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020)

Οι εμπειρίες των ασθενών κατά τη δεύτερη & τρίτη φάση της πανδημίας

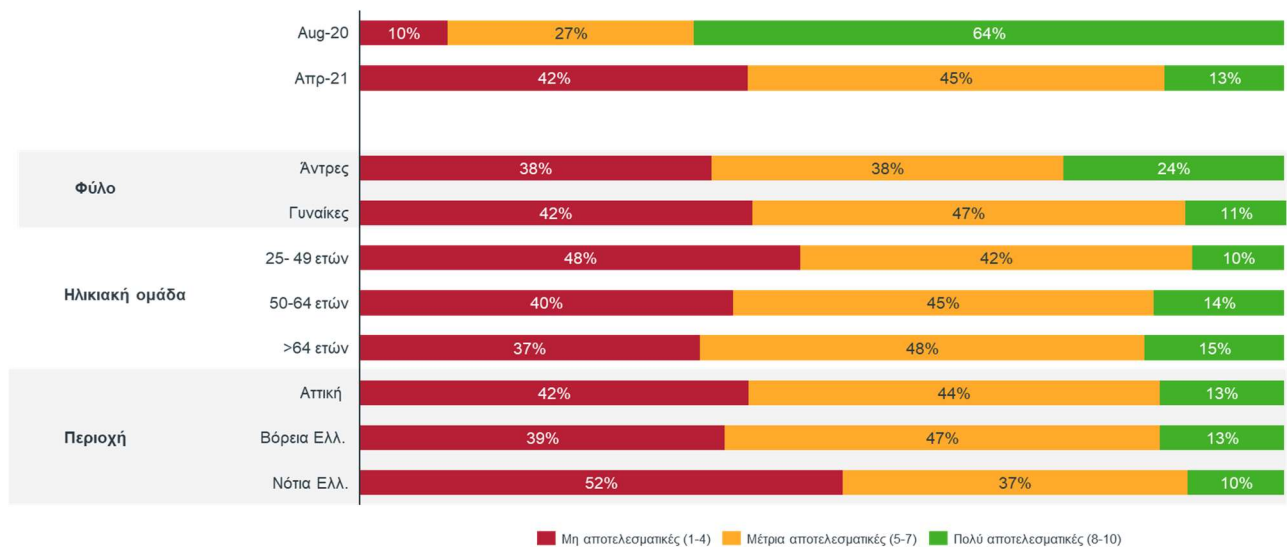
Και ενώ όλοι περίμεναν, ότι η εμπειρία διαχείρισης των προβλημάτων στη παροχή φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας θα επίλυε τις αρρυθμίες κατά το δεύτερο και τρίτο κύμα, η πραγματικότητα τους διέψευσε. Έτσι, ένα εξαιρετικά υψηλό (υψηλότερο) ποσοστό των ερωτώμενων δηλώνει ότι δεν υπήρξαν έγκαιρες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας για τους ασθενείς με καρκίνο για τον COVID-19 (52%, σε σχέση με το 44% που δηλώθηκε κατά πρώτο κύμα της έρευνας) (Γράφημα 29).

■ Ναι ■ Όχι ▨ Δεν γνωρίζω



Γράφημα 29 Προ-συμπτωματικός έλεγχος στην διάρκεια του COVID-19 (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2021)

Αντίστοιχα, το 87% των συμμετεχόντων κρίνουν τις ενέργειες, που έλαβε η κυβέρνηση στην πρόληψη και / ή στη μείωση της εξάπλωσης της λοίμωξης COVID-19 κατά τη 2η & 3η φάση της πανδημίας, από μέτριες έως μη αποτελεσματικές, ενώ στο πρώτο κύμα το 64% δήλωνε ικανοποιημένο (Γράφημα 30).



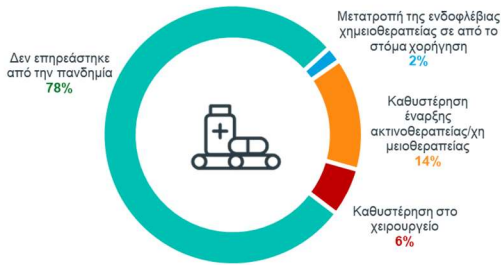
Γράφημα 30 Αποτελεσματικότητα ενεργειών της κυβέρνησης κατά τη 2η & την 3η φάση της πανδημίας του COVID-19 (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2021)

Στο 50% των ασθενών η διάγνωση έγινε εν μέσω της πανδημίας και το 22% δηλώνει ότι η θεραπεία του συνολικά επηρεάστηκε λόγω της Covid-19, και με το 35% να δηλώνει ότι επηρεάστηκε η επικοινωνία με τον γιατρό τους (Γράφημα 31).

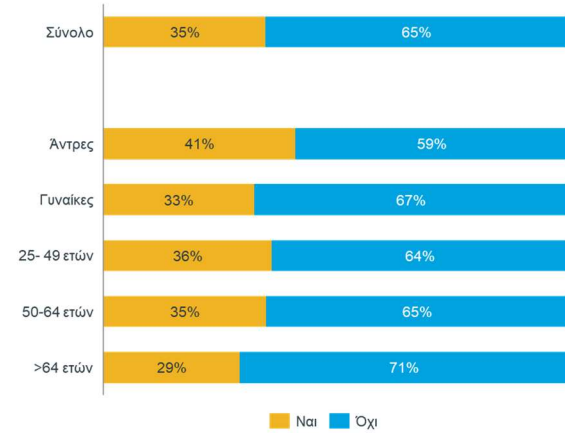
Διάγνωση με καρκίνο εν μέσω πανδημίας



Προσαρμογή θεραπειάς εν μέσω COVID-19

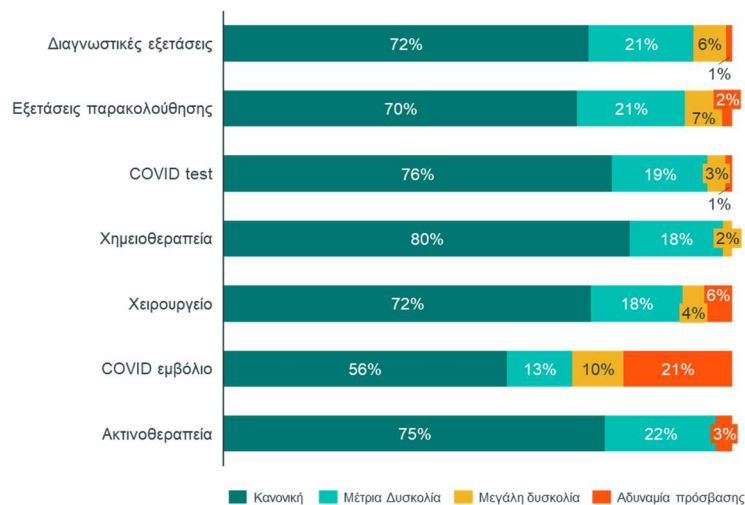


Επηρέασε η πανδημία την επικοινωνία με τον γιατρό;



Γράφημα 31 Διάγνωση καρκίνου και επικοινωνία με τον γιατρό κατά τη 2η & την 3η φάση της πανδημίας του COVID-19 (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2021)

Το 31% των ασθενών δηλώνει ότι αντιμετώπισε κάποιου βαθμού δυσκολία για τη πρόσβασή τους στις δομές υγείας, με μεγαλύτερο ποσοστό να αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον εμβολιασμό (Γράφημα 32).



Γράφημα 32 Αξιολόγηση πρόσβασης στις υπηρεσίες του Συστήματος Υγείας κατά τη 2η & την 3η φάση της πανδημίας του COVID-19 (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2021)

Η καθυστέρηση/ακύρωση των ραντεβού (σε ποσοστό 35%) και των επαναληπτικών εξετάσεων (σε ποσοστό 15%) καθώς και ο αποκλεισμός από τα νοσοκομεία ήταν τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι ογκολογικοί ασθενείς κατά τη 2^η & 3^η φάση της πανδημίας. (Γράφημα 33).



Γράφημα 33 Προβλήματα ασθενών στην επικοινωνία με τον γιατρό κατά τη 2η & την 3η φάση της πανδημίας του COVID-19 (IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2021)

Συνολική αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Είναι απογοητευτικό, ότι μόλις το 17% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι δόθηκαν έγκαιρα οδηγίες ή συστάσεις από το Υπουργείο Υγείας για τους ασθενείς με καρκίνο κατά το 2ο & 3ο της πανδημίας. Το ποσοστό είναι σημαντικά μειούμενο σε σχέση με το πρώτο κύμα της πανδημίας, όπου το 30% δήλωνε ότι δόθηκαν έγκαιρα οδηγίες και συστάσεις. Επίσης εξαιρετικά χαμηλότερο ποσοστό (13%) κρίνει αποτελεσματικές τις ενέργειες της κυβέρνησης (64% κατά την πρώτη φάση της πανδημίας). Από τις παραπάνω διαπιστώσεις, προξενεί εντύπωση η αδυναμία του Υπουργείου να αξιοποιήσει την όποια θετική ή αρνητική εμπειρία της διαχείρισης των προβλημάτων από το 1ο κύμα και να προετοιμαστεί έγκαιρα για το ενδεχόμενο εξάπλωσης του ιού.

Το 35% των ασθενών ανέφερε ότι η πανδημία επηρέασε την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό και το 20% αναφέρει καθυστέρηση στην έναρξη της ακτινοθεραπείας/χημειοθεραπείας

Κατά την 2η και 3η φάση της πανδημίας οι ασθενείς αντιμετώπισαν προβλήματα κυρίως με τον προγραμματισμό των χειρουργείων (το 90% από αυτά ακυρώθηκαν, αναβλήθηκαν ή πραγματοποιήθηκαν με μειωμένη συχνότητα). Αντίστοιχα, το 17% των ερωτώμενων απάντησαν ότι αντιμετώπισαν πρόβλημα με την πρόσβαση για διαγνωστικές εξετάσεις και το 30% δυσκολία για τον προγραμματισμό ραντεβού, λόγω ακυρώσεων/αναβολών και δυσκολία πρόσβασης, ενώ το 10% αναφέραν ότι περιμέναν ~2,4 μήνες για προ-συμπτωματικό έλεγχο.

Η διεξαγωγή των εξετάσεων συνέχισε και μέσα στην πανδημία να πραγματοποιείται κυρίως μέσω του ιδιωτικού συστήματος υγείας, ενώ οι ασθενείς απευθύνθηκαν στις δημόσιες δομές για τη χορήγηση θεραπειών.

Συνολικά, το 50% δηλώνει καθυστέρηση στην επικοινωνία με τον γιατρό κυρίως λόγω καθυστέρησης/αναβολής των ραντεβού, καθυστέρηση επαναληπτικών εξετάσεων και πρόσβαση στα νοσοκομεία

Το 31% των ασθενών δηλώνει ότι αντιμετώπισε κάποιου βαθμού δυσκολία για τη πρόσβασή τους στις δομές υγείας, με μεγαλύτερο ποσοστό να αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον εμβολιασμό. Τέλος, το 49% των ασθενών αναφέρει ότι επιβαρύνθηκε με επιπλέον δαπάνες για την αντιμετώπιση της νόσου κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Η Ογκολογική Φροντίδα στην Ελλάδα 2015-2021 (Στατιστικά νοσηλειών)

Προκειμένου να αποτυπωθούν χαρακτηριστικά της χρήσης, αλλά και το ύψος της δαπάνης αποζημίωσης των υπηρεσιών ακτινοθεραπείας, υποβλήθηκε επίσημο αίτημα στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το Ιανουάριο του 2021, σε υλοποίηση των αποφάσεων της 5^{ης} Συνάντησης της Διοικούσας Επιτροπής της All.Can Greece της 3^{ης} Νοεμβρίου 2020, για την παροχή των σχετικών δεδομένων (πλήρως ανωνυμοποιημένων και σε συγκεντρωτική μορφή), αποκλειστικά για αξιοποίηση στα πλαίσια της παρούσας μελέτης.

Συγκεκριμένα, ζητήθηκαν στοιχεία, που αναφέρονται:

- στο Πλήθος (συμβεβλημένων) παρόχων ογκολογικής φροντίδας,
- στο Πλήθος αποζημιώσεων (κωδικοί ΚΕΝ, όλοι οι κωδικοί που αναφέρονται σε νεοπλάσματα και κακοήθειες)
- στο Πλήθος (μοναδικών ΑΜΚΑ) ασθενών που έλαβαν θεραπεία και
- στο Κόστος αποζημίωσης θεραπειών

για το χρονικό διάστημα 2013-2020.

Τον Μάιο του 2021, μας παραδόθηκαν δεδομένα που κάλυπταν το χρονικό διάστημα 2015-2021 (για το 2021 τα δεδομένα αφορούν τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο).

Επίσης, θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι τα δεδομένα που μας παραδόθηκαν, αναφέρονται:

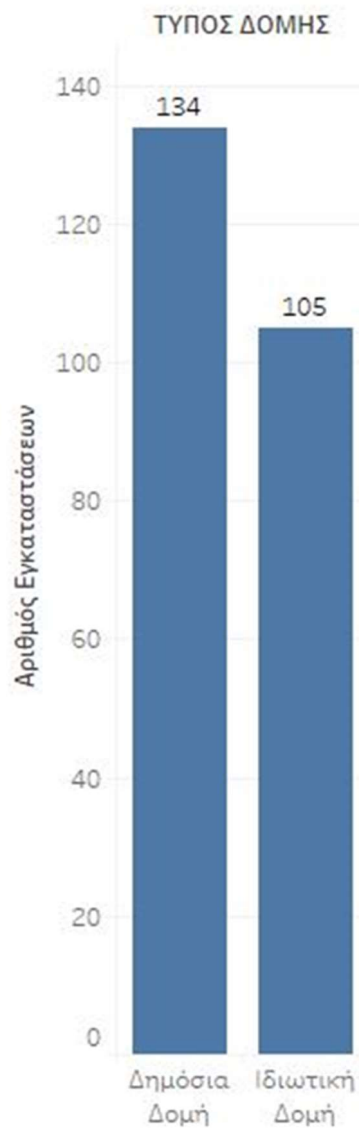
- κατά εγκατάσταση παροχής θεραπευτικών υπηρεσιών-νοσηλειών (ανώνυμοποιημένα) που αποζημιώνει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και κατά νομό
- στο πλήθος επιλεγμένων (ΟΧΙ όλων όσων ζητήθηκαν) ΚΕΝ, που έχουν αποζημιωθεί και μόνο
- στο πλήθος μοναδικών χρηστών-ληπτών των υπηρεσιών θεραπείας συνολικά ανά μήνα
- με αποτύπωση σε μηνιαία βάση

Δεδομένα νοσηλειών ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα (2015-2021)

Από την ανάλυση των παραπάνω δεδομένων, παρουσιάζονται ενδεικτικά τα παρακάτω ευρήματα:

Το πλήθος των εγκαταστάσεων (νοσοκομείων) που νοσηλεύουν ογκολογικούς ασθενείς και λογίζονται ως πάροχοι από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και αποζημιώνονται αντίστοιχα, ανέρχονται σε 239 εγκαταστάσεις, εκ των οποίων οι 134 είναι δημόσιες (Γράφημα 19):

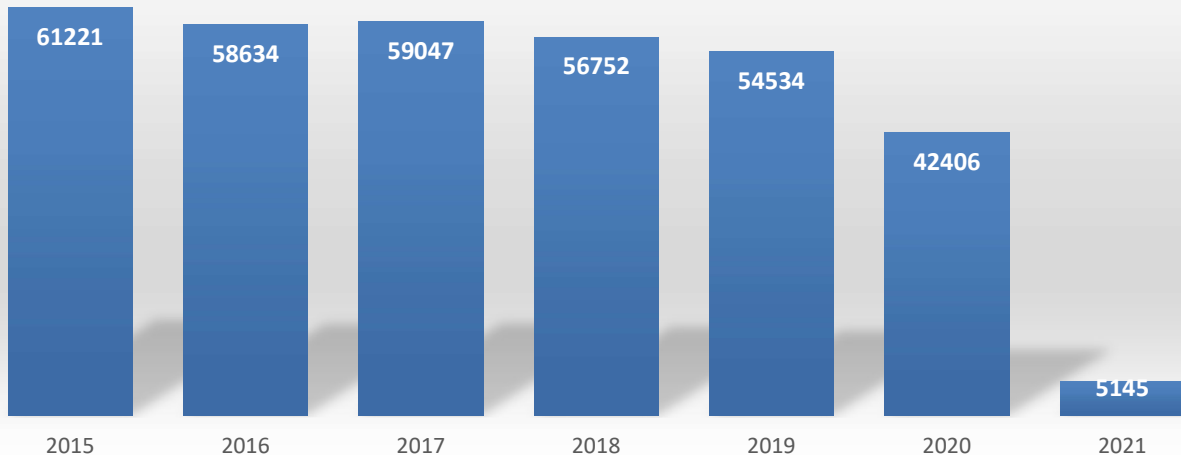
Αριθμός Εγκαταστάσεων



Γράφημα 34 Κατανομή εγκαταστάσεων νοσηλείας ογκολογικών ασθενών, κατά νομική μορφή (ίδια ανάλυση)

Το πλήθος των αποζημιούμενων νοσηλείων για το χρονικό διάστημα 2015-2021 εμφανίζεται στο παρακάτω Γράφημα 35:

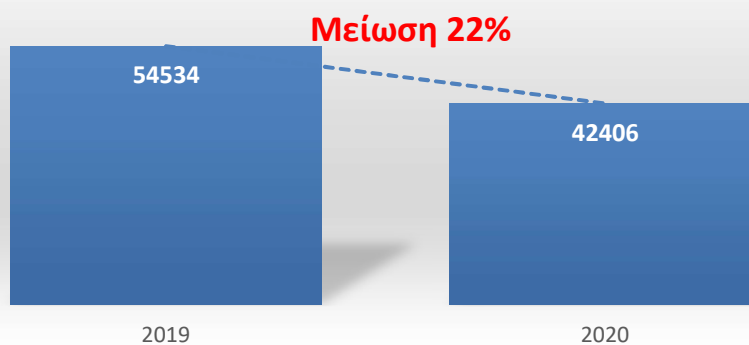
Σύνολο Νοσηλειών επιλεγμένων ΚΕΝ



Γράφημα 35 Αποζημιωθείσες νοσηλείες 2015-2021 (τα δεδομένα για το 2021 αναφέρονται στους μήνες Ιαν-Φεβ) (ίδια ανάλυση)

Σχολιάζοντας την εξέλιξη του αριθμού των νοσηλειών ασθενών με καρκίνο, παρατηρούμε μια σταδιακή μείωσή τους διαχρονικά, αλλά με μια έντονη-εντυπωσιακή μείωση κατά το 2020 (-22%), γεγονός μάλλον αναμενόμενο, αν λάβουμε υπόψη μας τα μέτρα περιορισμού στη πρόσβαση των ασθενών στα νοσοκομεία (Γράφημα 36).

Σύνολο Νοσηλειών επιλεγμένων ΚΕΝ



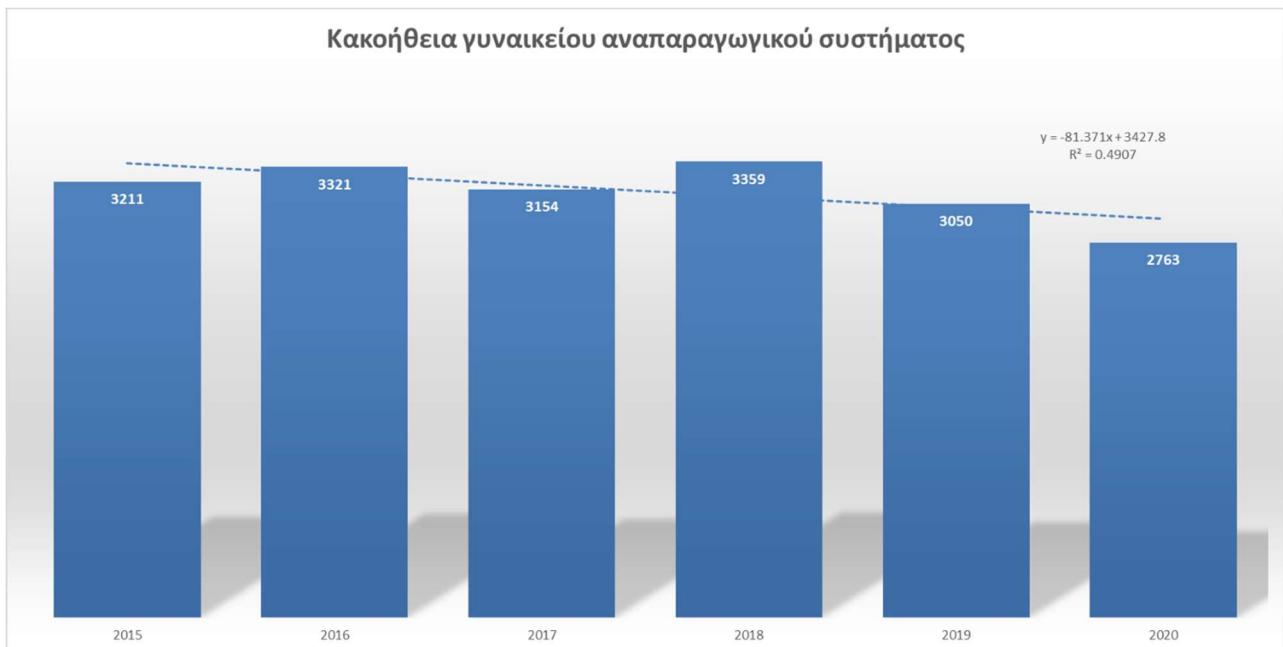
Γράφημα 36 Μεταβολή του πλήθους των νοσηλειών 2019-2020 (ίδια ανάλυση)

Παρακάτω, παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των (αποζημιωθέντων) νοσηλειών σε επιλεγμένες (στις συχνότερες) μορφές καρκίνου για το χρονικό διάστημα 2015-2020 (Πίνακας 4 και Γράφημα 37-43).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Σύνολο
Κακοήθεια γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	3211	3321	3154	3359	3050	2763	333	19191
Κακοήθεια ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος	5387	4912	5935	5722	5580	4920	680	33136
Κακοήθειες παθήσεις του μαστού	2443	3822	3775	3571	1356	848	129	15944
Κακοήθεια του Δέρματος	6553	6413	6029	5438	5452	3812	393	34090
Κακοήθεια του πεπτικού συστήματος	10966	9068	8981	8305	8086	6347	801	52554
Νεοπλάσματα του αναπνευστικού	7611	7204	6998	6673	6465	5304	668	40923
Νεοπλάσματα των νεφρών και της ουροποιητικής οδού	10890	9799	9385	8266	7474	4814	700	51328

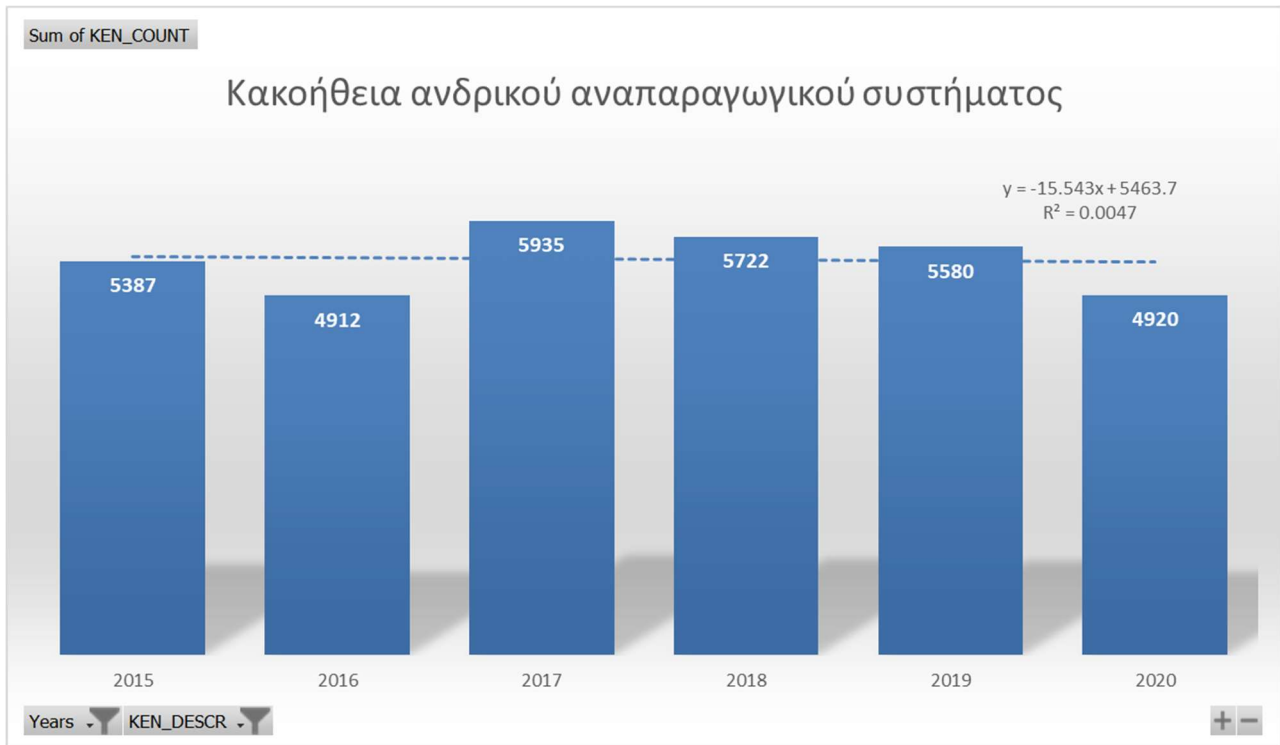
Πίνακας 4 Αποζημιωθείσες νοσηλείες σε επιλεγμένες (στις συχνότερες) μορφές καρκίνου για το χρονικό διάστημα 2015-2021 (τα δεδομένα για το 2021 αναφέρονται στους μήνες Ιαν-Φεβ) (ίδια ανάλυση)

Οι νοσηλείες για καρκίνο του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος παρουσιάζουν μια σχετική σταθερότητα κατά το χρονικό διάστημα 2015-2020 με μια μικρή πτωτική τάση (Γράφημα 37).



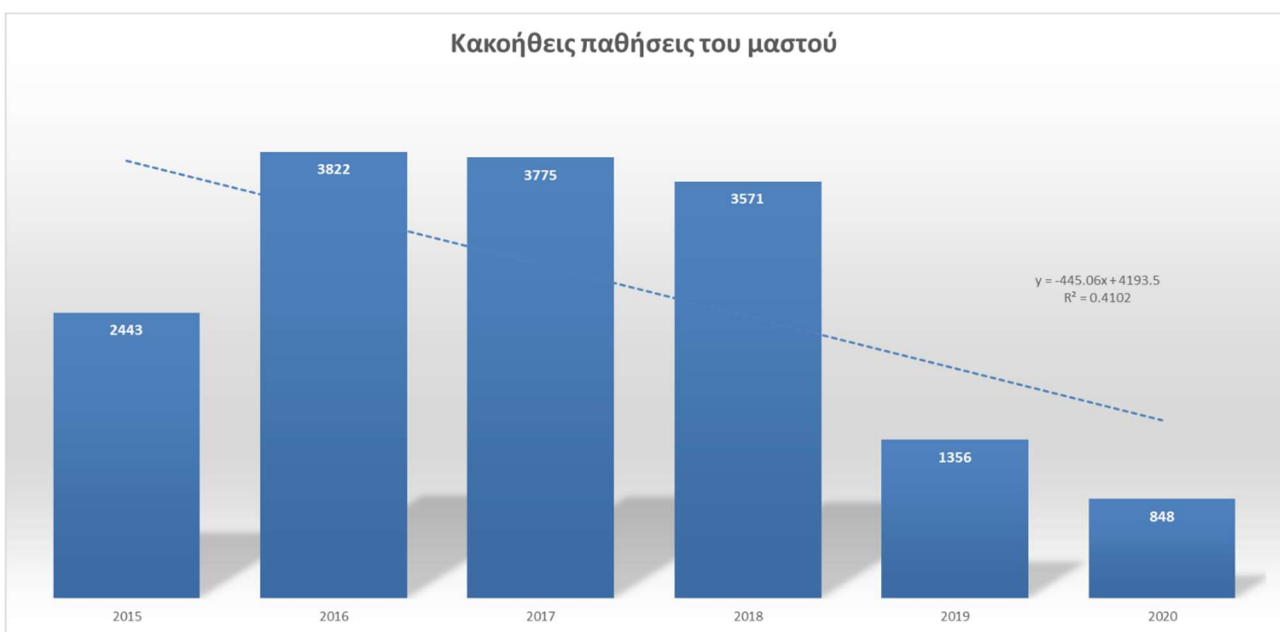
Γράφημα 37 Αποζημιωθείσες νοσηλείες για κακοήθεια του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος 2015-2021 (ίδια ανάλυση)

Οι νοσηλείες για καρκίνο του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος παρουσιάζουν μια αξιοσημείωτη σταθερότητα κατά το χρονικό διάστημα 2015-2020 (Γράφημα 38).



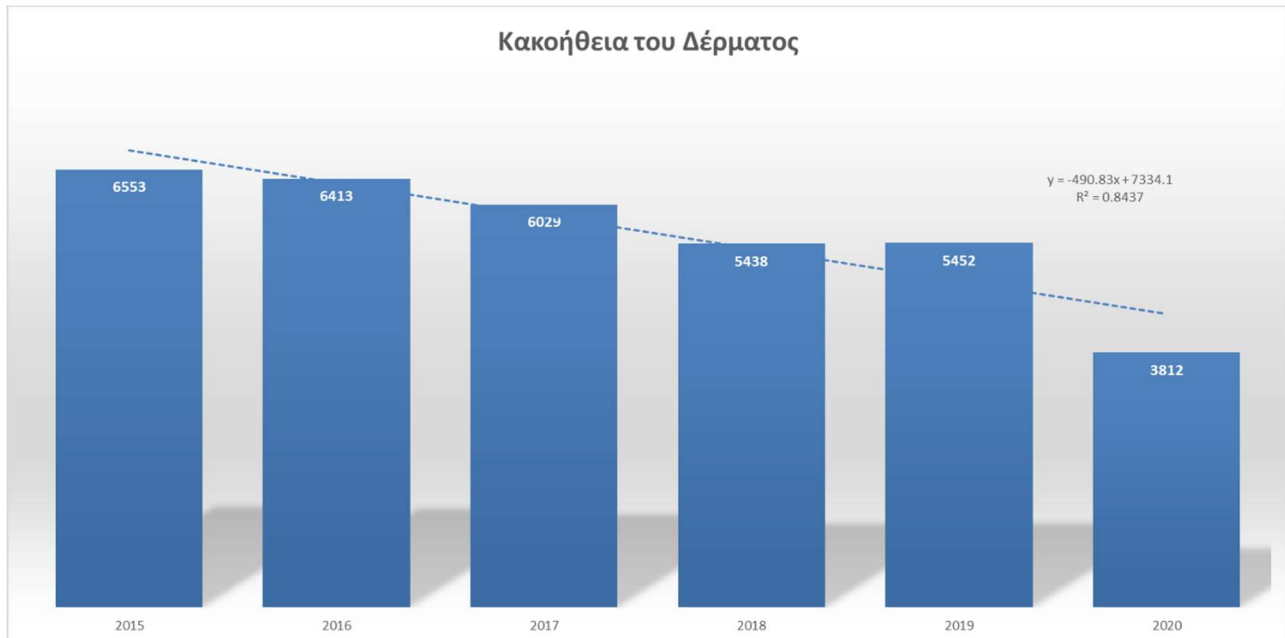
Γράφημα 38 Αποζημιωθείσες νοσηλείες για κακοήθεια ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος 2015-2020 (ίδια ανάλυση)

Οι νοσηλείες για καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν μια απότομη αύξηση για το 2016, μια σχετική σταθερότητα κατά το χρονικό διάστημα 2015-2018 και μια εντυπωσιακή (αλλά και ανεξήγητη) μείωσή τους για τα έτη 2019 και 2020 με μια μικρή πτωτική τάση (Γράφημα 39). Αν τα συγκεκριμένα δεδομένα δεν είναι για κάποιο λόγο ατελή, θα πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι για την εντυπωσιακή αυτή μείωση των νοσηλειών.



Γράφημα 39 Αποζημιωθείσες νοσηλείες για κακοήθειες παθήσεις του μαστού 2015-2020 (ίδια ανάλυση)

Οι νοσηλείες για καρκίνο του δέρματος παρουσιάζουν μια σχετική σταθερότητα κατά το χρονικό διάστημα 2015-2017 και μια μικρή μείωσή τους για τα έτη 2018-2020 (Γράφημα 40).



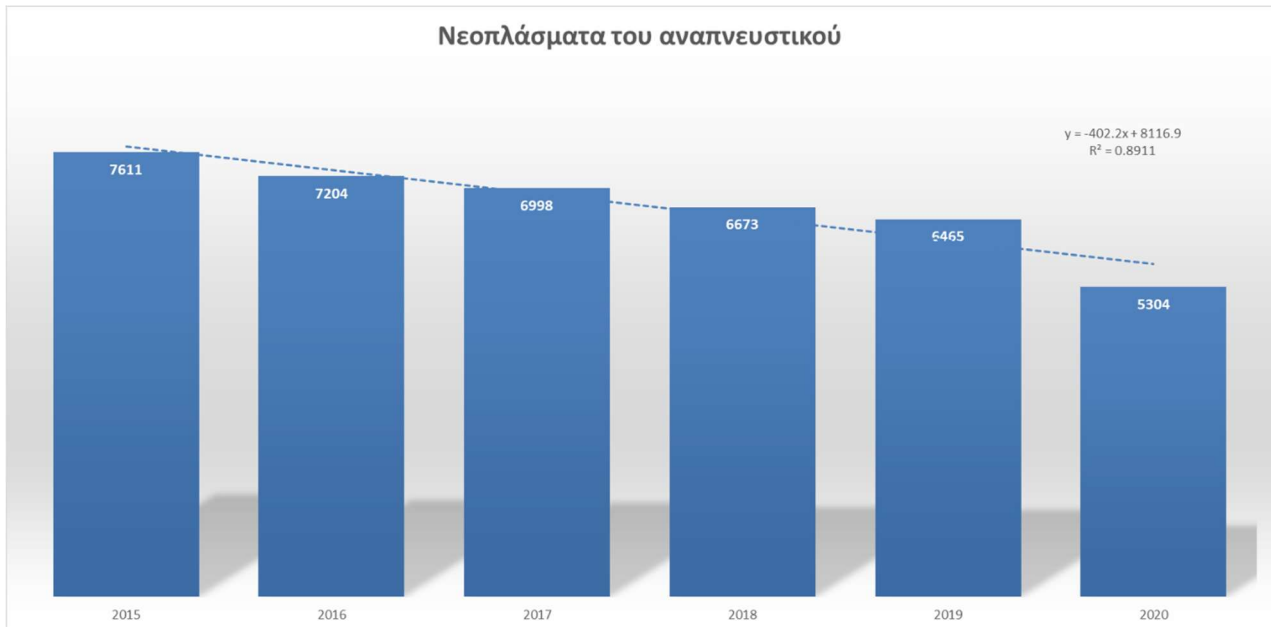
Γράφημα 40 Αποζημιωθείσες νοσηλείες για κακοήθεια του Δέρματος 2015-2020 (ίδια ανάλυση)

Οι νοσηλείες για καρκίνο του πεπτικού συστήματος παρουσιάζουν μια σχετική σταθερότητα μετά το 2016 και μια σταδιακή αλλά σταθερή μείωσή τους για τα έτη 2018-2020 (Γράφημα 41).



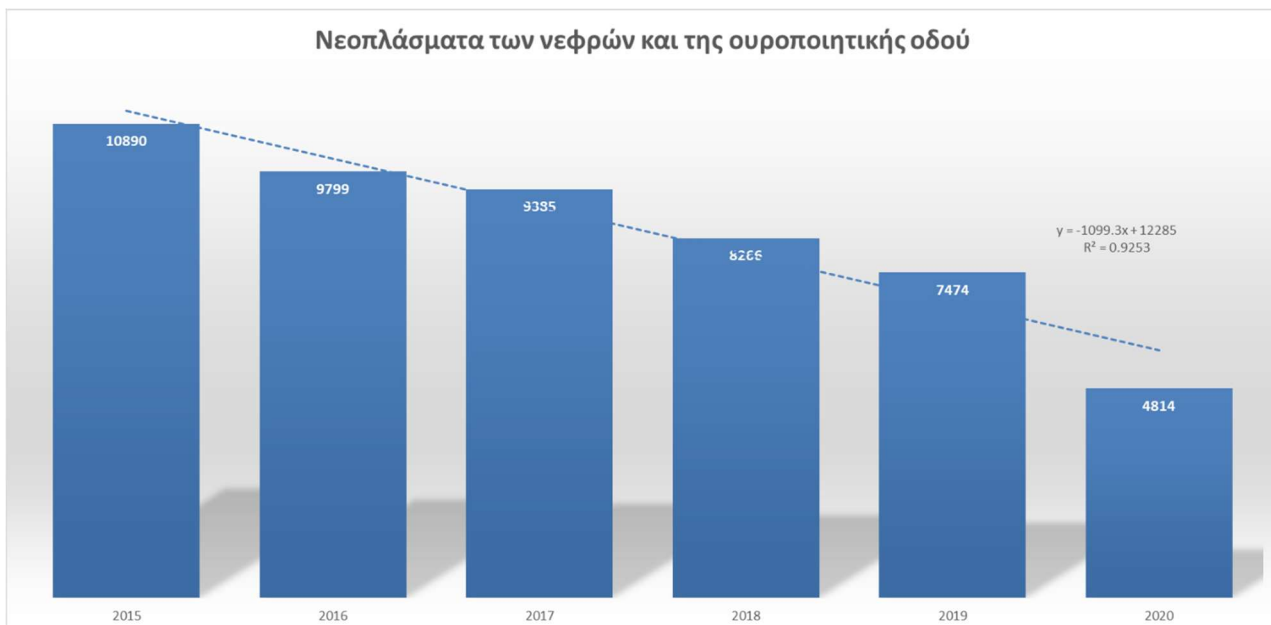
Γράφημα 41 Αποζημιωθείσες νοσηλείες για κακοήθεια του πεπτικού συστήματος 2015-202 (ίδια ανάλυση)

Οι νοσηλείες για νεοπλάσματα του αναπνευστικού παρουσιάζουν μια μικρή, σταδιακή αλλά σταθερή μείωσή τους (Γράφημα 42).



Γράφημα 42 Αποζημιωθείσες νοσηλείες για νεοπλάσματα του αναπνευστικού 2015-2020 (ίδια ανάλυση)

Οι νοσηλείες για νεοπλάσματα των νεφρών και της ουροποιητικής οδού παρουσιάζουν μια έντονη και σταθερή μείωσή τους (Γράφημα 43).



Γράφημα 43 Αποζημιωθείσες νοσηλείες για νεοπλάσματα των νεφρών και της ουροποιητικής οδού 2015-2020 (ίδια ανάλυση)

Παρόλα αυτά, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι, τα δεδομένα που μας παραδόθηκαν από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (έστω και εν μέρει ελλιπή ως προς τα αιτηθέντα ΚΕΝ), παρουσιάζουν σημαντική

απόκλιση από τα αντίστοιχα δημοσιευμένα από την ΕΛ.ΣΤΑΤ. Έτσι, για το έτος 2015 (πλέον πρόσφατο έτος που η ΕΛ.ΣΤΑΤ. έχει δημοσιεύσει στοιχεία κλειστής νοσοκομειακής περίθαλψης), αναφέρονται 172.074 νοσηλείες ασθενών με νεοπλάσματα, και την πραγματοποίηση 50.163 επεμβάσεων σε ογκολογικούς ασθενείς, σύμφωνα με την κωδικοποίηση ICD-10 (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2021) (Πίνακας 5).

Εξεληθόντες ασθενείς κατά κατηγορία νόσου και φύλο, 2015

Κατηγορίες νόσων	Εξεληθόντες ασθενείς	%	Άρρενες	%	Θήλειες	%
Σύνολο	1.484.485	100,0	740.094	100,0	744.391	100,0
Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	32.800	2,2	16.825	2,3	15.975	2,1
Νεοπλάσματα	172.074	11,6	93.578	12,6	78.496	10,5
Νοσήματα του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες ανοσολογικές διαταραχές	25.468	1,7	11.520	1,6	13.948	1,9
Ευδοκρινικά, διατροφικά και μεταβολικά νοσήματα	29.133	2,0	10.574	1,4	18.559	2,5

Επεμβάσεις εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορία νόσου και φύλο, 2015

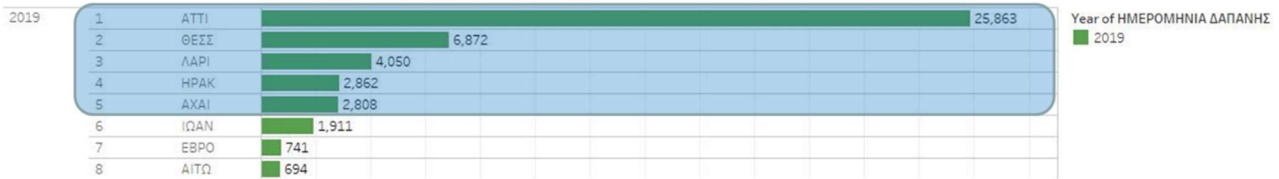
Κατηγορίες νόσων	Επεμβάσεις	%	Άρρενες	%	Θήλειες	%
Σύνολο	452.223	100,0	201.968	100,0	250.255	100,0
Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	31	0,0	14	0,0	17	0,0
Νεοπλάσματα	50.163	11,1	23.475	11,6	26.688	10,7
Νοσήματα του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες ανοσολογικές διαταραχές	14	0,0	8	0,0	6	0,0
Ευδοκρινικά, διατροφικά και μεταβολικά νοσήματα	8.680	1,9	2.259	1,1	6.421	2,6

Πίνακας 5 Εξεληθόντες ασθενείς και επεμβάσεις εξελθόντων ασθενών με νεοπλάσματα για το έτος 2015 (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2021)

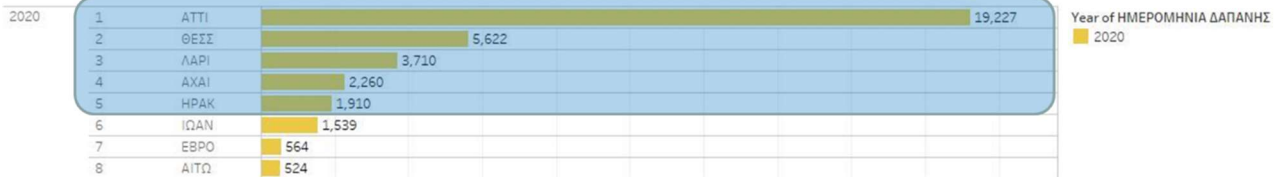
Συμπερασματικά, οι νοσηλείες για όλες τις συχνότερες μορφές καρκίνου (με εξαίρεση τις νοσηλείες για κακοήθεια ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος) παρουσιάζουν μια σταθερή μείωση για το χρονικό διάστημα 2015-2020 και με μια πτωτική τάση για τα επερχόμενα έτη. Βέβαια, δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε ότι αυτή η τάση επηρεάζεται από την έντονη (αν και αναμενόμενη) μείωση των νοσηλειών για το έτος 2020, η οποία, σύμφωνα με τα δεδομένα του πρώτου διμήνου του 2021, φαίνεται ότι θα συνεχιστεί (ίσως και με μεγαλύτερη ένταση) και για το έτος 2021.

Πραγματοποιώντας τη χωροταξική (κατά Νομό) ανάλυση του πλήθους των νοσηλειών, παρατηρούμε (χωρίς καμμία έκπληξη) ότι οι Νομοί με τα μεγάλα αστικά κέντρα (Αττική, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ηράκλειο και Αχαΐα) βρίσκονται σταθερά στη πρώτη πεντάδα. (Γράφημα 44).

Top 20 Νομοί Νοσοκομείων σε Αριθμό Νοσηλειών 2015-2021

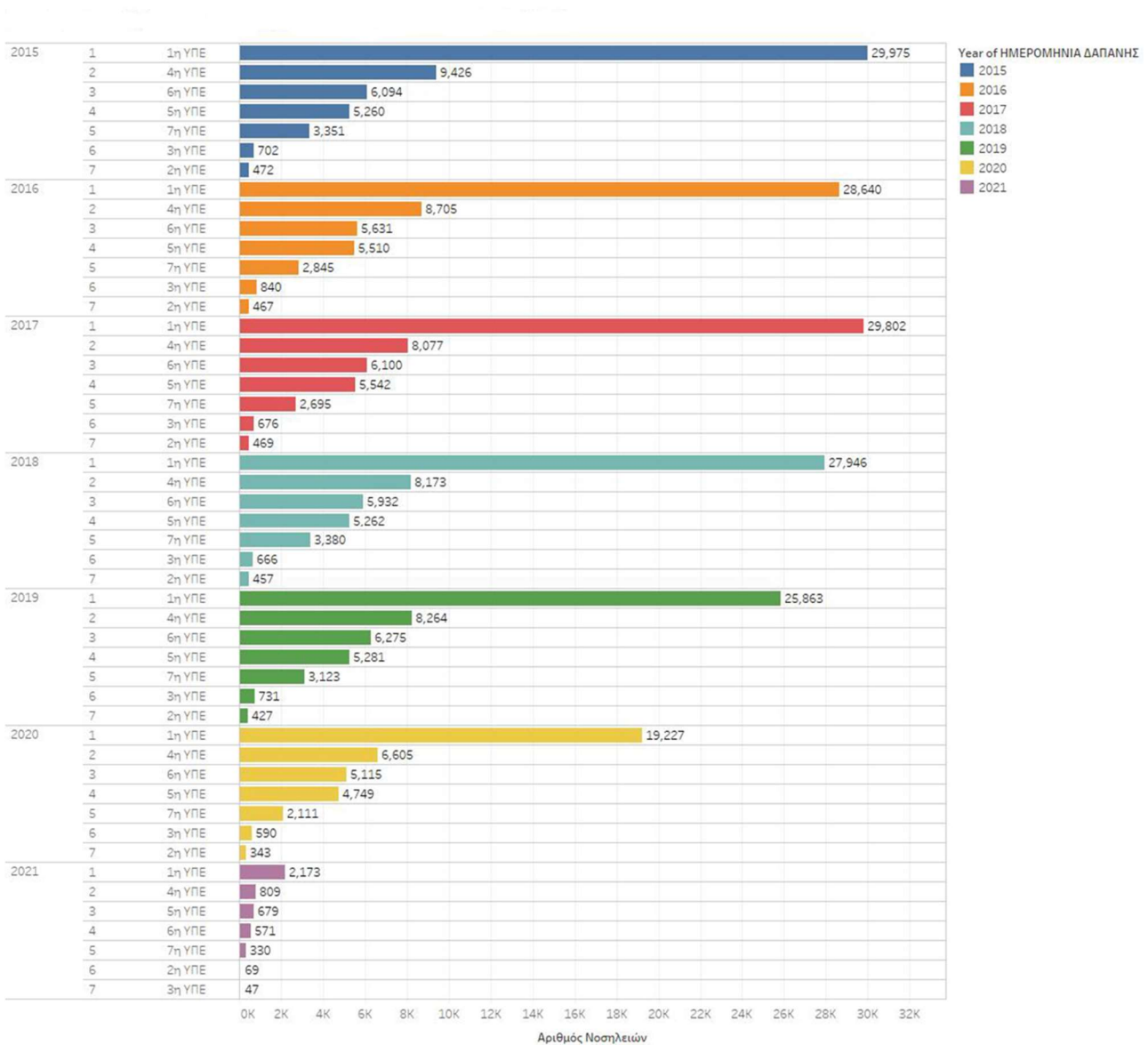


Top 20 Νομοί Νοσοκομείων σε Αριθμό Νοσηλειών 2015-2021



Γράφημα 44 Πλήθος νοσηλειών κατά Νομό 2019-2020 (ίδια ανάλυση)

Αντίστοιχα, και παρουσιάζοντας τη διοικητική (κατά ΥΠΕ) ανάλυση του πλήθους των νοσηλειών, παρατηρούμε ότι η 1^η ΥΠΕ, η 4^η ΥΠΕ και η 6^η ΥΠΕ, βρίσκονται σταθερά στις πρώτες θέσεις για όλο το χρονικό διάστημα 2015-2020. (Γράφημα 45).



Γράφημα 45 Πλήθος νοσηλειών κατά ΥΠΕ 2015-2020 (ίδια ανάλυση)

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται διεθνώς συνεχώς, με αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για ογκολογική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Ο καρκίνος είναι η 2η κύρια αιτία θανάτου στην ΕΕ μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα με 4,4 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις ετησίως και περίπου 2 εκατομμύρια θανάτους (το 25% όλων των θανάτων). Η πρόβλεψη είναι ότι έως το 2040 οι περιπτώσεις καρκίνου θα έχουν φτάσει τις 5,3 εκατομμύρια και ο καρκίνος θα γίνει κύρια αιτία θανάτου στην ΕΕ με πάνω από 2,5 εκατομμύρια θανάτους

Στην Ελλάδα αντίστοιχα το 2020 είχαμε 64.500 νέα περιστατικά καρκίνου με πλέον κοινές μορφές καρκίνου: τον καρκίνο του πνεύμονα, μαστού, παχέος εντέρου, προστάτη, ουροδόχου κύστης, ενώ παρατηρείται αύξηση σε καρκίνους όπως ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου, ο μη μελανωματικός καρκίνος δέρματος και ο καρκίνος πεπτικού συστήματος.

Αυτή η αυξανόμενη ζήτηση δημιουργεί μια μεγάλη πρόκληση για το σύστημα υγείας και τονίζει την ανάγκη διασφάλισης ότι όλοι οι ασθενείς με καρκίνο θα έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας, αποτελεσματική φροντίδα του καρκίνου. Πλέον των επιπτώσεων τους στα υγειονομικά συστήματα, η σπατάλη και η αναποτελεσματικότητα αποτελούν ένα σημαντικό και περιττό κόστος για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, το οποίο μεταφράζεται σε χαμένο χρόνο, άγχος, φόβο, σε επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους αλλά και σε οικονομικό βάρος. Οι αναποτελεσματικές παρεμβάσεις μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο βλάβης και, τελικά, να οδηγήσουν σε φτωχά ή αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να καταδείξει, μέσω ποιοτικής και ποσοτικής εκτίμησης των αποτελεσμάτων των ερευνών που πραγματοποιήσαμε, αρχικά τα πραγματικά εμπόδια και στη συνέχεια να προτείνει μία σειρά λύσεων προκειμένου να καλυφθεί το κενό στη χρήση αλλά και στις καθυστερήσεις στη διάγνωση και την έναρξη της ογκολογικής θεραπείας. Ειδικότερα, κατά την παρούσα περίοδο εξετάζεται το κατά πόσον τα μέτρα ελέγχου της εξάπλωσης του ιού Covid-19 επέδρασαν ανασταλτικά στη διασφάλιση της συνέχειας της ογκολογικής περίθαλψης.

Ειδικότερα στην Ελλάδα, το ΕΣΥ βρέθηκε ανέτοιμο να αντιμετωπίσει την φοβερή πίεση που του ασκήθηκε από την πανδημία, βιώνοντας (μακρο)χρόνιες αδυναμίες και ελλείψεις (υποχρηματοδότηση του τομέα της υγείας, έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έλλειψη κλινών ΜΕΘ, στρεβλή κατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων, έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, κ.ά.)

Τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι ογκολογικοί ασθενείς και πριν την εμφάνιση της πανδημίας, συνέχισαν να υπάρχουν ή και επιδεινώθηκαν κατά τη πρώτη φάση της. Ειδικότερα, οι εμπειρίες των ασθενών είχαν να κάνουν με τη δυσκολία πρόσβασης στις δομές υγείας, την αναβολή προγραμματισμένων ραντεβού, εξετάσεων και θεραπειών, καθώς και με την αλλαγή του πλάνου θεραπείας τους.

Και ενώ όλοι περίμεναν, ότι η εμπειρία διαχείρισης των προβλημάτων στη παροχή φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας θα επίλυε τις αρρυθμίες κατά το δεύτερο και τρίτο κύμα, η πραγματικότητα τους διέψευσε. Έτσι, ένα εξαιρετικά υψηλό (υψηλότερο) ποσοστό των ερωτώμενων δηλώνει ότι δεν υπήρξαν έγκαιρες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας για τους ασθενείς με καρκίνο για τον COVID-19 (52%, σε σχέση με το 44% που δηλώθηκε κατά πρώτο κύμα της έρευνας. Έτσι, μόλις το 17% των συμμετεχόντων θεωρεί

ότι δόθηκαν έγκαιρα οδηγίες ή συστάσεις από το Υπουργείο Υγείας για τους ασθενείς με καρκίνο κατά το 2ο & 3ο της πανδημίας. Το ποσοστό είναι σημαντικά μειούμενο σε σχέση με το πρώτο κύμα της πανδημίας, όπου το 30% δήλωνε ότι δόθηκαν έγκαιρα οδηγίες και συστάσεις. Επίσης εξαιρετικά χαμηλότερο ποσοστό (13%) κρίνει αποτελεσματικές τις ενέργειες της κυβέρνησης (64% κατά την πρώτη φάση της πανδημίας).

Από τις παραπάνω διαπιστώσεις, προξενεί εντύπωση η αδυναμία του Υπουργείου να αξιοποιήσει την όποια θετική ή αρνητική εμπειρία της διαχείρισης των προβλημάτων από το 1ο κύμα και να προετοιμαστεί έγκαιρα για το ενδεχόμενο εξάπλωσης του ιού. Το 35% των ασθενών ανέφερε ότι η πανδημία επηρέασε την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό και το 20% αναφέρει καθυστέρηση στην έναρξη της ακτινοθεραπείας/χημειοθεραπείας. Κατά την 2η και 3η φάση της πανδημίας οι ασθενείς αντιμετώπισαν προβλήματα κυρίως με τον προγραμματισμό των χειρουργείων (το 90% από αυτά ακυρώθηκαν, αναβλήθηκαν ή πραγματοποιήθηκαν με μειωμένη συχνότητα). Αντίστοιχα, το 17% των ερωτώμενων απάντησαν ότι αντιμετώπισαν πρόβλημα με την πρόσβαση για διαγνωστικές εξετάσεις και το 30% δυσκολία για τον προγραμματισμό ραντεβού, λόγω ακυρώσεων/αναβολών και δυσκολία πρόσβασης, ενώ το 10% αναφέραν ότι περιμέναν ~2,4 μήνες για προ-συμπτωματικό έλεγχο.

Αντίστοιχα προβλήματα και ανεπάρκειες του συστήματος ογκολογικής φροντίδας επισημάνθηκαν και από άλλα ενδιαφερόμενα μέρη, που συμμετέχουν στη πρώτη γραμμή φροντίδας των ασθενών με καρκίνο.

Επίσης, η μελέτη περιλαμβάνει ενδεικτική ανάλυση των δεδομένων των νοσηλείων ασθενών με καρκίνο για το χρονικό διάστημα 2015-2021. Συμπερασματικά, οι νοσηλείες για όλες τις συχνότερες μορφές καρκίνου (με εξαίρεση τις νοσηλείες για κακοήθεια ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος) παρουσιάζουν μια σταθερή μείωση για το χρονικό διάστημα 2015-2020 και με μια πτωτική τάση για τα επερχόμενα έτη. Βέβαια, δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε ότι αυτή η τάση επηρεάζεται από την έντονη (αν και αναμενόμενη) μείωση των νοσηλείων για το έτος 2020, η οποία, σύμφωνα με τα δεδομένα του πρώτου διμήνου του 2021, φαίνεται ότι θα συνεχιστεί (ίσως και με μεγαλύτερη ένταση) και για το έτος 2021.

Τέλος, όσον αφορά στη χωροθέτηση των νοσοκομείων που περιέθαλψαν ογκολογικούς ασθενείς, αυτές είναι συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα των Νομών Αττικής, Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Αχαΐας και Ηρακλείου (και με διοικητική προσέγγιση κυρίως στις 1^η, 4^η και 6^η ΥΠΕ).

Η πανδημία covid19, οδήγησε στην αναγκαστική προσαρμογή των συστημάτων υγείας που είχαν ως αποτέλεσμα καθυστερήσεις και αλλαγές σε όλα τα στάδια της διαδικασίας από τη διάγνωση μέχρι την αποθεραπεία ασθενών με καρκίνο, ενώ οι αλλαγές αυτές εφαρμόστηκαν σε πολλές χώρες του κόσμου και αφορούσαν διαφορετικού τύπου κακοήθειες. Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό που άγγιζε και το 90% των επεμβατικών διαγνωστικών εξετάσεων όπως οι ενδοσκοπήσεις (κολοноσκόπηση) οι βιοψίες, κ.ά., ματαιώθηκαν και οριστήκαν για άλλες ημερομηνίες που ξεπερνούσαν το διάστημα έξι μηνών. Σε πολύ σοβαρά και επείγοντα περιστατικά, οι ιατροί προτίμησαν την εφαρμογή λαπαροσκοπικών προσεγγίσεων, ώστε η διάγνωση του ασθενή να μην καθυστερεί και το άτομο να μην εκθέτεται σε κίνδυνο. Ταυτόχρονα, υπήρξαν πολύ μεγάλες καθυστερήσεις στις διαγνωστικές απεικονίσεις, στις εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις -ιδιαίτερα τις μοριακές-, λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας των εργαστηρίων, της έλλειψης προσωπικού, αλλά και της πρωτοφανούς έλλειψης αναλώσιμων αλλά και της αδυναμίας έγκαιρης πρόσβασης των

ασθενών στις δημόσιες δομές υγείας. Από την άλλη μεριά, οι περισσότεροι τύποι αντικαρκινικής θεραπείας όπως είναι η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις διακόπηκαν ή τροποποιήθηκαν ανάλογα με τις ανάγκες. Επιπρόσθετα, μεγάλες καθυστερήσεις και αναβολές προγραμματισμένων ραντεβού αναφέρθηκαν και σε μετεγχειρητικό επίπεδο και γενικότερα μετά το πέρας οποιασδήποτε θεραπείας, γιατί οι επισκέψεις παρακολούθησης, είτε ματαιώνονταν, είτε γινόντουσαν μόνο μέσω τηλεδιάσκεψης ή διαδικτυακά

Η παρούσα μελέτη συντάχθηκε για να τεκμηριώσει συγκεκριμένα προβλήματα που έχουν εντοπισθεί από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και τους ασθενείς και να προτείνει συστάσεις πολιτικής για την αντιμετώπισή τους. Οι συστάσεις πολιτικής της παρούσας μελέτης περιορίζονται στο αντικείμενο της, ενώ η προέλευση τους είναι η βιωματική εμπειρία των ασθενών από την παροχή ογκολογικής περίθαλψης, η επιστημονική κλινική εμπειρία ιατρών και νοσηλευτών διαφόρων ογκολογικών ειδικοτήτων αλλά και η διεθνής βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε πλήρη ευθυγράμμιση με τις αρχές και τις αξίες της πλατφόρμας διαλόγου All.Can.

Συνοψίζοντας τα δεδομένα της μελέτης και σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε, κατέστη σαφές, ότι το πρόβλημα στην αντιμετώπιση του καρκίνου είναι σύνθετο και χαρακτηρίζεται από έλλειψη στρατηγικής και κατανόησης των ιδιαιτεροτήτων του. Συγκεκριμένα, σε εθνικό επίπεδο απαιτείται:

1. Κατάρτιση Εθνικής Στρατηγικής

Η κατάρτιση εθνικής στρατηγικής για τον καρκίνο βασίζεται στα κατάλληλα εργαλεία τα οποία η πολιτεία οφείλει να δημιουργήσει όπως το Εθνικό Μητρώο Νεοπλασιών (η χώρα μας είναι μία από τις ελάχιστες αναπτυγμένες χώρες που δεν έχουν), που αποτελεί την βάση για την εκπόνηση Εθνικού σχεδίου δράσης για τον έλεγχο του καρκίνου (Albrecht, et.al., 2014). Η δημιουργία του Ηλεκτρονικού Φακέλου του Ασθενούς, όπως προβλέπεται από το πρόσφατα ψηφισθέν νομοσχέδιο για την ψηφιακή διακυβέρνηση, θα συμβάλει θετικά στο όλο εγχείρημα.

Στην παρούσα συγκυρία κατά την οποία στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι κεντρικό θέμα της πολιτικής για την υγεία και την έρευνα και τεχνολογία, η υστέρηση κατανόησης και ενσωμάτωσης στις προτάσεις μίας χώρας, προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στους τομείς αυτούς τις συστάσεις και τις προτεινόμενες δράσεις του Ευρωπαϊκού Σχεδίου κατά του καρκίνου (EU Beating Cancer Plan) (E.E., 2021), ενέχει σοβαρό κίνδυνο να μην της επιτρέψει να επωφεληθεί από την δυνατότητα χρηματοδότησης έργων για τον καρκίνο. Ας σημειωθεί οι πολιτικές υγείας είναι οριζόντιες και διατρέχουν όλες τις άλλες πολιτικές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Επί πλέον και οι πέντε εμβληματικές δράσεις του Προγράμματος Horizon Europe, οι Αποστολές (Missions) για το κλίμα, την ενέργεια, τις μεταφορές, το έδαφος και τις καλλιέργειες τον καρκίνο, έχουν κοινά πεδία, καλύπτουν διαπιστωμένες ανάγκες της κοινωνίας, έχουν ευρεία συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών, της επιστημονικής και ακαδημαϊκής κοινότητας, ερευνητών, πολιτικών, κ.ά.

2. Οργανωμένα προγράμματα πρόληψης και Προ-συμπτωματικών Ελέγχων

Τα προγράμματα πρόληψης και των οργανωμένων προ-συμπτωματικών ελέγχων, έχουν στόχο τον έγκαιρο εντοπισμό της νόσου, σε κάποιες περιπτώσεις πολύ πριν την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα οι κοινωνικές ανισότητες που παρατηρούνται, σε συνδυασμό με την υφιστάμενη ανισοκατανομή των ογκολογικών κέντρων και την έντονη

εμφάνιση του στίγματος του καρκίνου, ιδιαίτερα σε κλειστές κοινωνίες και συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, αποτελούν τροχοπέδη για τη συμμετοχή μεγάλου μέρους του πληθυσμού, ακόμη και στους πλέον συνήθεις προ-συμπτωματικούς ελέγχους.

Η ανάπτυξη εθνικού προγράμματος για την πρόληψη του καρκίνου, σε οργανωμένες δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και όπου αυτό δεν είναι εφικτό σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, που θα εξασφαλίζει την ευρεία και άνευ οικονομικής επιβάρυνσης πρόσβαση σε όλο τον πληθυσμό, αποτελεί μονόδρομο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

Η καθιέρωση κινήτρων για τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, σε τακτά χρονικά διαστήματα και σύμφωνα με τα σχετικά πρωτόκολλα σε συγκεκριμένους ελέγχους, αποτελεί μία πρόταση που έχει τη δυνατότητα να υπερκεράσει τις ανισότητες και να δημιουργήσει την ανάλογη κουλτούρα στον πληθυσμό. Επιπλέον η υιοθέτηση και εφαρμογή εμβολιαστικού προγράμματος σε συνδυασμό με τακτικούς ελέγχους, για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV, σύμφωνα με τα υφιστάμενα πρωτόκολλα, θα αποφέρει μεσο-μακροπρόθεσμα, σημαντική μείωση και σε κάποιες περιπτώσεις εξαφάνιση των σχετιζόμενων με τον ιό καρκίνων.

Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να ληφθεί για τις περιπτώσεις των σπάνιων καρκίνων όπου εμφανίζονται σοβαρά κενά λόγω της σπανιότητας των περιπτώσεων, της έλλειψης απαραίτητης εμπειρίας και γνώσης, στη διάγνωση και την αντιμετώπιση και της έλλειψης και ανάπτυξης συνεργασίας με εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς σπανίων καρκίνων στην ΕΕ. Η εστίαση στην ανάπτυξη διεθνών συνεργασιών που θα βοηθήσουν στην εκπαίδευση και εξειδίκευση του υγειονομικού προσωπικού και την εφαρμογή μεθόδων, που θα συνδράμουν στη βελτίωση της πρόληψης και την έγκαιρη διάγνωση, προκρίνεται ως η ενδεδειγμένη διαδικασία, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των σπανίων καρκίνων.

3. Επένδυση στις καινοτόμες τεχνολογίες – πρόσβαση στις καινοτόμες διαγνωστικές & θεραπευτικές μεθόδους / Νέα φαρμακευτική προσέγγιση

Η κατανόηση της γενετικής του καρκίνου οδήγησε στην ανάπτυξη νέων καινοτόμων μεθόδων στις διαγνώσεις και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, οδηγώντας μας στην εποχή της εξατομικευμένης ιατρικής. Οι βιοδείκτες τα πάνελ βιοδεικτών και η αλληλούχιση νέας γενιάς (NGS), αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των στοχευμένων θεραπειών. Η αξιοποίηση σύγχρονων εργαλείων, όπως η τεχνητή νοημοσύνη και τα μεγάλα δεδομένα, αποτελούν γρανάζια του νέου μηχανισμού. Η επένδυση στις νέες τεχνολογίες και η εξασφάλιση πρόσβασης των ασθενών στις πλέον κατάλληλες για αυτούς διαγνωστικές εξετάσεις οδηγεί στην καλύτερη επιλογή θεραπειών, μειώνει τους χρόνους αναμονής, σφραγιάζει στη διάγνωση και την αντιμετώπιση, καταπολεμά τις ανισότητες και αποτρέπει την κατασπατάληση πόρων του συστήματος και την επιβάρυνση της υγείας των ασθενών.

Μία νέα φαρμακευτική προσέγγιση από την πολιτεία, η οποία θα οδηγεί σε βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στις νέες καινοτόμες θεραπείες είναι επιβεβλημένη.

4. Δομές : Κέντρα – Δίκτυα ολοκληρωμένης ογκολογικής φροντίδας

Η συγκέντρωση των ογκολογικών μονάδων στα μεγάλα αστικά κέντρα και κατά κύριο λόγο σε Αττική και Θεσσαλονίκη και ο κατακερματισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ογκολογικούς ασθενείς, οι οποίοι αναγκάζονται να μετακινούνται μεταξύ διαφορετικών ασύνδετων μεταξύ τους μονάδων, προκειμένου να πραγματοποιήσουν τις θεραπείες τους, δημιουργούν καθυστερήσεις οι οποίες σε μεγάλο βαθμό, οφείλονται στην έλλειψη

συντονισμού και συνεργασίας. (π.χ. ενώ ολοκληρώνεται η χειρουργική αντιμετώπιση ενός ασθενούς, σε ένα νοσοκομείο, καθυστερεί η έναρξη των χημειοθεραπειών σε κάποιο άλλο όπου παραπέμπεται, λόγω αδυναμίας άμεσης εξυπηρέτησης και μη προγραμματισμού.)

Επιπλέον ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, δεν ευνοεί την ορθή και τακτική παρακολούθηση των ασθενών, ενώ στην πράξη σε πολλές περιπτώσεις καταργεί την αποτελεσματικότητα των ογκολογικών συμβουλίων. Η δημιουργία νέων κέντρων που παρέχουν ολοκληρωμένη ογκολογική φροντίδα, είναι η πρόταση σε συνδυασμό με τη δημιουργία δικτύων μέσα από την ανάπτυξη της διαλειτουργικότητας των υφιστάμενων δομών και αξιοποίηση μονάδων ΠΦΥ, και εστίαση στην παροχή φροντίδας στην κοινότητα

5. Επαρκής στελέχωση & εξοπλισμός των ογκολογικών δομών

Η επαρκής στελέχωση & ο εξοπλισμός των παθολογοανατομικών εργαστηρίων των νοσοκομείων, αποτελεί ένα δομικό ζήτημα στην ογκολογική περίθαλψη, δεδομένου ότι αποτελεί το 1^ο βήμα στην πορεία αντιμετώπισης της νόσου. Το πρόβλημα της υποστελέχωσης εντάθηκε τα προηγούμενα έτη, καθώς οι μηδενικές προσλήψεις κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης δεν κάλυψαν τα κενά των αποχωρήσεων. Ταυτόχρονα το brain drain και η μειωμένη προτίμηση ως επιλογή της συγκεκριμένης ειδικότητας από τους φοιτητές της ιατρικής, διέγρυναν τα κενά στο σύστημα. Η καθιέρωση κινήτρων για τη στελέχωση των δημόσιων δομών με παθολογοανατόμους, η ανάπτυξη συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα, στο πρότυπο που ακολουθείται στις ακτινοθεραπείες και δράσεων για την υποστήριξη της επιλογής της συγκεκριμένης ειδικότητας από τους φοιτητές, αποτελούν προτάσεις που μπορούν να φέρουν αποτελέσματα τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Σοβαρά προβλήματα στελέχωσης οφείλουν επίσης να αντιμετωπιστούν, στις ειδικότητες των Αιματολόγων και των Ογκολόγων Παθολόγων, καθώς κενές θέσεις συνταξιοδοτηθέντων και αποχωρησάντων, δεν καλύπτονται και πολλές μονάδες, ιδιαίτερα στην περιφέρεια (πχ Πτολεμαΐδα, Καβάλα, Μυτιλήνη) λειτουργούν οριακά, αλλά και άλλων ειδικοτήτων που έχουν άμεση εμπλοκή στην αντιμετώπιση του καρκίνου, (πχ η έλλειψη αναισθησιολόγων οδηγεί σε καθυστερήσεις χειρουργείων) αλλά και Ογκολογικών Νοσηλευτών.

Στο Παράρτημα της μελέτης παρουσιάζονται συνοπτικά οι προτάσεις που υποβλήθηκαν από Συλλόγους, Φορείς, Οργανισμούς και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη.

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την πολύτιμη συνεισφορά και υποστήριξη των παρακάτω ατόμων, οργανισμών και φορέων, επιστημονικών εταιρειών και επιχειρήσεων:

- Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας - Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Κάθυ Αποστολίδου, Πρόεδρο της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.) και Πρόεδρο της ECPC-European Cancer Patient Coalition,
- Γεώργιο Καπετανάκη, Γραμματέα της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.)
- Τα μέλη της Δ.Ε. της All.Can Greece
- Την IQVIA Hellas
- Και άλλους (που τους έχουμε ευχαριστήσει προσωπικά)

στους οποίους είμαστε ιδιαίτερα ευγνώμονες για τα δεδομένα που μας παρείχαν, για τη δυνατότητα να αναφερθούμε σε ευρήματα ερευνών τους, για τις συμβουλές και για τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους.

Βιβλιογραφία

Aggarwal A, Ginsburg O, Fojo T. (2014) Cancer economics, policy and politics: What informs the debate? Perspectives from the EU, Canada and US. *Journal of Cancer Policy* 2014;2(1):1–11.

Akula, S. M., Abrams, S. L., Steelman, L. S., Candido, S., Libra, M., Lerpiriyapong, K., Cocco, L., Ramazzotti, G., Ratti, S., Follo, M. Y., Martelli, A. M., Blalock, W. L., Piazzini, M., Montalto, G., Cervello, M., Notarbartolo, M., Basecke, J., & McCubrey, J. A. (2020). Cancer therapy and treatments during COVID-19 era. *Advances in biological regulation*, 77, 100739. <https://doi.org/10.1016/j.jbior.2020.100739>

Al-Kuwari, M. G., Abdulmalik, M. A., Al-Mudahka, H. R., Bakri, A. H., Al-Baker, W. A., Abushaikha, S. S., Kandy, M. C., & Gibb, J. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on the preventive services in Qatar. *Journal of Public Health Research*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1910>

Tit Albreht, Josep Borrás, Fiona Conroy, Miriam Dalmas, Antonio Federici, Lydia Gorgojo, Meggan Harris, Marjetka Jelenc, Regine Kiasuwa Mbengi, Jose M. Martin-Moreno, Luzia Travado, Marc Van den Bulcke, European Guide for Quality National Cancer Control Programmes – European Partnership for Action Against Cancer -EPAAC -2014All.Can international (2017) Towards sustainable cancer care: Reducing inefficiencies, improving outcomes, A policy report from the All.Can initiative, First published January 2017, Reprinted April 2018, https://www.all-can.org/wp-content/uploads/2019/03/AllCan-Policy-report_A4_Interactive_desktop.pdf

Balzora, S., Issaka, R. B., Anyane-Yeboah, A., Gray, D. M., & May, F. P. (2020). Impact of COVID-19 on colorectal cancer disparities and the way forward. *Gastrointestinal Endoscopy*, 92(4), 946–950. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.06.042>

Barranco, R., Messina, C., Bonsignore, A., Cattrini, C., & Ventura, F. (2020). Medical Liability in Cancer Care During COVID-19 Pandemic: Heroes or Guilty?. *Frontiers in public health*, 8, 602988. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.602988>

Battisti NML, Mislav AR, Cooper L, et al. Adapting care for older cancer patients during the COVID-19 pandemic: Recommendations from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) COVID-19 Working Group. *J Geriatr Oncol.* 2020;11(8):1190-1198. doi:10.1016/j.jgo.2020.07.008

Bourque, J. - M., Tittenbrun, Z., Hohman, K., Romero, Y., Duncan, K., Foxhall, L., & Johnson, S. (2020). Why cancer control is fundamental during a pandemic. *International Journal of Cancer*, <https://doi.org/10.1002/ijc.33432>

Camille Maringe, James Spicer, Melanie Morris, Arnie Purushotham, Ellen Nolte, Richard Sullivan, Bernard Rachet, Ajay Aggarwal, (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study, *The Lancet Oncology*, Volume 21, Issue 8, Pages 1023-1034, ISSN 1470-2045, [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0)

Cole A, Lundqvist A, Lorgelly P, et al. (2016) Improving Efficiency and Resource Allocation in Future Cancer Care. Sweden: The Swedish Institute for Health Economics, 2016.

Curigliano, G., Banerjee, S., Cervantes, A., Garassino, M. C., Garrido, P., Girard, N., Haanen, J., Jordan, K., Lordick, F., Machiels, J. P., Michielin, O., Peters, S., Tabernero, J., Douillard, J. Y., Pentheroudakis, G., & Panel members (2020). Managing cancer patients during the COVID-19 pandemic: an ESMO multidisciplinary expert consensus. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 31(10), 1320–1335. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.07.010>

De Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. (2014) Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. *The Lancet Oncology*;15(1):23–34.

Del Vecchio Blanco, G., Calabrese, E., Biancone, L., Monteleone, G., & Paoluzi, O. A. (2020). The impact of COVID-19 pandemic in the colorectal cancer prevention. *International journal of colorectal disease*, 35(10), 1951–1954. <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03635-6>

Delays in Breast Cancer Care During the COVID-19 Pandemic. (2020, October). Article | NursingCenter. https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=5679970&Journal_ID=401957&Issue_ID=5679893

Dietz, J. R., Moran, M. S., Isakoff, S. J., Kurtzman, S. H., Willey, S. C., Burstein, H. J., Bleicher, R. J., Lyons, J. A., Sarantou, T., Baron, P. L., Stevens, R. E., Boolbol, S. K., Anderson, B. O., Shulman, L. N., Gradishar, W. J., Monticciolo, D. L., Plecha, D. M., Nelson, H., & Yao, K. A. (2020). Recommendations for prioritization, treatment, and triage of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. the COVID-19 pandemic breast cancer consortium. *Breast Cancer Research and Treatment*, 181(3), 487–497. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05644-z>

Dinmohamed, A. G., Visser, O., Verhoeven, R., Louwman, M., van Nederveen, F. H., Willems, S. M., Merks, M., Lemmens, V., Nagtegaal, I. D., & Siesling, S. (2020). Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. *The Lancet. Oncology*, 21(6), 750–751. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30265-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30265-5)

DuBois, R. N. (2020). COVID-19, Cancer Care and Prevention. *Cancer Prevention Research*, 13(11), 889–892. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.capr-20-0468>

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) (2020) “Cancer Care in 2020 – An overview of cancer outcomes data across Europe” (EFPIA, 2021)

E.E. - ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ EMPTY-Ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου- {SWD(2021) 13 final} <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0044&from=EL>

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2021) Έρευνα κλειστής νοσοκομειακής περίθαλψης, 2015

European Society for Medical Oncology (2010) . Improving Rare Cancer Care in Europe: Recommendations on Stakeholder Actions and Public Policies. 2010:10.

Fancellu, A., Sanna, V., Rubino, C., Ariu, M. L., Piredda, C., Piana, G. Q., Cottu, P., Spanu, A., Cossu, A., Deiana, G., & Porcu, A. (2020). The COVID-19 Outbreak May Be Associated to a Reduced Level of Care for Breast Cancer. A Comparative Study with the Pre-COVID Era in an Italian Breast Unit. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(4), 474. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040474>

- Frey, M. K., Ellis, A. E., Zeligs, K., Chapman-Davis, E., Thomas, C., Christos, P. J., Kolev, V., Prasad-Hayes, M., Cohen, S., Holcomb, K., & Blank, S. V. (2020). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on the quality of life for women with ovarian cancer. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(5), 725.e1–725.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.049>
- Fujita, K., Ito, T., Saito, Z., Kanai, O., Nakatani, K., & Mio, T. (2020). Impact of COVID -19 pandemic on lung cancer treatment scheduling. *Thoracic Cancer*, 11(10), 2983–2986. <https://doi.org/10.1111/1759-7714.13615>
- Globocan - Greece (2020) <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>
- Greenwood, E., & Swanton, C. (2021). Consequences of COVID-19 for cancer care - a CRUK perspective. *Nature reviews. Clinical oncology*, 18(1), 3–4. <https://doi.org/10.1038/s41571-020-00446-0>
- Hanna, T.P., Evans, G.A. & Booth, C.M. Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. *Nat Rev Clin Oncol* 17, 268–270 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41571-020-0362-6>
- Hartman, H. E., Sun, Y., Devasia, T. P., Chase, E. C., Jairath, N. K., Dess, R. T., Jackson, W. C., Morris, E., Li, P., Hochstedler, K. A., Abbott, M. R., Kidwell, K. M., Walter, V., Wang, M., Wang, X., Zaorsky, N. G., Schipper, M. J., & Spratt, D. E. (2020). Integrated Survival Estimates for Cancer Treatment Delay Among Adults With Cancer During the COVID-19 Pandemic. *JAMA oncology*, 6(12), 1881–1889. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.5403>
- IHE (2019) Comparator Report on Cancer in Europe 2019 –Disease burden, cost and access to medicines - Report 2019:7
- Ivan O. Rosas, Norbert Bräu, Michael Waters, Ronaldo Go, Bradley D. Hunter, Sanjay Bhagani, Daniel Skiest, Mariam S. Aziz, Nichola Cooper, Ivor S. Douglas, Sinisa Savic, Taryn Youngstein, Lorenzo Del Sorbo, Antonio Cubillo Gracian, David J. De La Zerda, Andrew Ustianowski, Min Bao, International Agency for Research on Cancer (IARC). Global Cancer Observatory. 2020 Cancer tomorrow. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase. Available from: <http://gco.iarc.fr/tomorrow/> [Accessed 14/09/2021]
- Jansen L, Eberle A, Emrich K, et al. (2014) Socioeconomic deprivation and survival in Germany: an ecological analysis in 200 districts in Germany. *Int J Cancer* 2014;134(12):2951–60.
- IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2019. Έρευνα αγοράς ALL.CAN, Μάρτιος 2019.
- IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2020. Covid-19 Impact 2020, Δεκέμβριος 2020.
- IQVIA & ΕΛΛΟΚ, 2021. Covid-19 & Καρκίνος στην Ελλάδα, Απρίλιος 2021
- IQVIA Institute for Human Data Science (2021) Cancer Won't Wait: Building Resilience In Cancer Screening and Diagnostics in Europe Based On Lessons from the Pandemic, IQVIA Institute, March 2021
- Kumar, D., & Dey, T. (2020). Treatment delays in oncology patients during COVID-19 pandemic: A perspective. *Journal of global health*, 10(1), 010367. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010367>

- Kutikov, A., Weinberg, D. S., Edelman, M. J., Horwitz, E. M., Uzzo, R. G., & Fisher, R. I. (2020). A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Annals of internal medicine*, 172(11), 756–758. <https://doi.org/10.7326/M20-1133>
- Li, J., Wang, H., Geng, C., Liu, Z., Lin, Y., Nie, J., Sun, G., Ouyang, Q., Wang, X., Li, X., Liu, Y., Chen, Q., Fu, P., Yao, F., Chen, J., Chen, Y., Zhao, H., Yin, Y., Zhang, J., ... Jiang, Z. (2020). Suboptimal declines and delays in early breast cancer treatment after COVID-19 quarantine restrictions in China: A national survey of 8397 patients in the first quarter of 2020. *EClinicalMedicine*, 26, 100503. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100503>
- Liontos, M., Kastritis, E., Markellos, C., Migkou, M., Eleftherakis-Papaiakovou, E., Koutsoukos, K., Gavriatopoulou, M., Zagouri, F., Psaltopoulou, T., Terpos, E., & Dimopoulos, M.-A. (2021). Continuing Cancer Therapy through the Pandemic While Protecting Our Patients: Results of the Implementation of Preventive Strategies in a Referral Oncology Unit. *Cancers*, 13(4), 763. <https://doi.org/10.3390/cancers13040763>
- Loveday, C., Sud, A., Jones, M. E., Broggio, J., Scott, S., Gronthound, F., Torr, B., Garrett, A., Nicol, D. L., Jhanji, S., Boyce, S. A., Williams, M., Barry, C., Riboli, E., Kipps, E., McFerran, E., Muller, D. C., Lyratzopoulos, G., Lawler, M., ... Turnbull, C. (2020b). Prioritisation by FIT to mitigate the impact of delays in the 2-week wait colorectal cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic: a UK modelling study. *Gut*, gutjnl-2020. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321650>
- Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, et al. (2013) Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The Lancet Oncology* 2013;14(12):1165–74.
- Mari-Dell’Olmo M, Gotsens M, Palencia L, et al. (2015) Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities. *J Epidemiol Community Health* 2015;69(5):432–41.
- Mayor, S. (2020). COVID-19: impact on cancer workforce and delivery of care. *The Lancet Oncology*, 21(5), 633. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(20\)30240-0](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(20)30240-0)
- Merletti F, Galassi C, Spadea T. (2011) The socioeconomic determinants of cancer. *Environmental Health* 2011;10(1):1–7.
- Morris, E. J. A., Goldacre, R., Spata, E., Mafham, M., Finan, P. J., Shelton, J., Richards, M., Spencer, K., Emberson, J., Hollings, S., Curnow, P., Gair, D., Sebag-Montefiore, D., Cunningham, C., Rutter, M. D., Nicholson, B. D., Rashbass, J., Landray, M., Collins, R., ... Baigent, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 6(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/s2468-1253\(21\)00005-4](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(21)00005-4) [pagina 25 33 Systems Services.pdf](#)
- Ottaviano, M., Curvietto, M., Rescigno, P., Tortora, M., Palmieri, G., Giannarelli, D., Aieta, M., Assalone, P., Attademo, L., Avallone, A., Bloise, F., Bosso, D., Borzillo, V., Buono, G., Calderoni, G., Caputo, F., Carteni, G., Cavallero, D., Cavo, A., ... Ascierto, P. A. (2020b). Impact of COVID-19 outbreak on cancer immunotherapy in Italy: a survey of young oncologists. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*, 8(2), e001154. <https://doi.org/10.1136/jitc-2020-001154>
- Papautsky, E. L., & Hamlish, T. (2020). Patient-reported treatment delays in breast cancer care during the COVID-19 pandemic. *Breast cancer research and treatment*, 184(1), 249–254. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05828-7>

- Patt, D., Gordan, L., Diaz, M., Okon, T., Grady, L., Harmison, M., Markward, N., Sullivan, M., Peng, J., & Zhou, A. (2020). Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO clinical cancer informatics*, 4, 1059–1071. <https://doi.org/10.1200/CCI.20.00134>
- Philipson T, Eber M, Lakdawalla DN, et al. (2012) An analysis of whether higher health care spending in the United States versus Europe is ‘worth it’ in the case of cancer. *Health Aff (Millwood)* 2012;31(4):667–75.
- Quaquarini, E., Saltalamacchia, G., Presti, D., Caldana, G., Tibollo, V., Malovini, A., Palumbo, R., Teragni, C. M., Balletti, E., Mollica, L., Biscaldi, E., Frascaroli, M., Bernardo, A., & Sottotetti, F. (2020). Impact of COVID-19 Outbreak on Cancer Patient Care and Treatment: Data from an Outpatient Oncology Clinic in Lombardy (Italy). *Cancers*, 12(10), 2941. <https://doi.org/10.3390/cancers12102941>
- Rare Cancers Europe (2016) . Rare Cancer Patient Toolkit: Speak up for rare cancers, 2016
- Ray, U., Aziz, F., Shankar, A., Biswas, A. S., & Chakraborty, A. (2020). COVID-19: The Impact in Oncology Care. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2(12), 2621–2630. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00592-7>
- Santoro, G. A., Grossi, U., Murad-Regadas, S., Nunoo-Mensah, J. W., Mellgren, A., Di Tanna, G. L., Gallo, G., Tsang, C., & Wexner, S. D. (2020b). DELayed COLORectal cancer care during COVID-19 Pandemic (DECOR-19): Global perspective from an international survey. *Surgery*, . <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.11.008>
- Schrag D, Hershman DL, Basch E. Oncology Practice During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(20):2005–2006. doi:10.1001/jama.2020.6236
- Sharpless, N. E. (2020). COVID-19 and cancer. *Science*, 368(6497), 1290. <https://doi.org/10.1126/science.abd3377>
- Shirke, M. M., Shaikh, S. A., & Harky, A. (2020). Implications of Telemedicine in Oncology during the COVID-19 Pandemic. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 91(3), e2020022. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i3.9849>
- Sophie Dimonaco, Emily Graham, Balpreet Matharu, Helen Spotswood, Larry Tsai, Atul Malhotra (2020) Tocilizumab in Hospitalized Patients With COVID-19 Pneumonia. medRxiv 2020.08.27.20183442; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.27.20183442>
- Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, et al. (2011) Delivering affordable cancer care in high-income countries. *The Lancet Oncology* 2011;12(10):933–80.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.
- Tabernero J on behalf of the ESMO Executive Board (2015). Proven efficacy, equitable access and adjusted pricing of anti-cancer therapies: no ‘sweetheart’ solution. *Annals of Oncology* 2015;26:1529–31.

The World Economic Forum (2021) Learning Lessons from across Europe: Prioritizing Lung Cancer after COVID-19. This report has been developed by the World Economic Forum and the Lung Ambition Alliance (Jan2021)

[http://www3.weforum.org/docs/WEF Learning Lessons from across Europe Prioritizing Lung Cancer after COVID19 2021.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Learning_Lessons_from_across_Europe_Prioritizing_Lung_Cancer_after_COVID19_2021.pdf)

Thomas RJS, Callahan R, Bartlett R, et al. (2015) Delivering affordable cancer care: a value challenge to health systems. In: World Innovation Summit for Health, ed. WISH Highlights: Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, 2015.

Thomas RJS, Callahan R, Bartlett R, et al. (2015) Delivering affordable cancer care: a value challenge to health systems. In: World Innovation Summit for Health, ed. WISH Highlights: Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, 2015.

Tsamakis, K., Gavriatopoulou, M., Schizas, D., Stravodimou, A., Mougkou, A., Tsiptsios, D., Sioulas, V., Spartalis, E., Sioulas, A. D., Tsamakis, C., Charalampakis, N., Mueller, C., Arya, D., Zarogoulidis, P., Spandidos, D. A., Dimopoulos, M. A., Papageorgiou, C., & Rizos, E. (2020). Oncology during the COVID-19 pandemic: challenges, dilemmas and the psychosocial impact on cancer patients. *Oncology letters*, 20(1), 441–447. <https://doi.org/10.3892/ol.2020.11599>

Tsang, V. H. M., Gild, M., Glover, A., Clifton-Bligh, R., & Robinson, B. G. (2020). Thyroid cancer in the age of COVID-19, *Endocrine-Related Cancer*, 27(11), R407-R416. Retrieved Sep 15, 2021, from <https://erc.bioscientifica.com/view/journals/erc/27/11/ERC-20-0279.xml>

United Nations Development Programme (UNDP) (2019). Human Development Report 2019. Beyond Income, Beyond Averages, Beyond Today: Inequalities in Human Development in the 21st Century. UNDP; 2019. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>

hdr.undp.org/en/content/human-development

Opment-report-2019Uyl-de Groot CA, de Vries EGE, Verweij J, et al. (2014) Dispelling the myths around cancer care delivery: It's not all about costs. *Journal of Cancer Policy* 2014;2(1):22–29.

van Dam, P. A., Huizing, M., Mestach, G., Dierckxsens, S., Tjalma, W., Trinh, X. B., Papadimitriou, K., Altintas, S., Vermorcken, J., Vulsteke, C., Janssens, A., Berneman, Z., Prenen, H., Meuris, L., Vanden Berghe, W., Smits, E., & Peeters, M. (2020). SARS-CoV-2 and cancer: Are they really partners in crime?. *Cancer treatment reviews*, 89, 102068. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2020.102068>

van de Haar, J., Hoes, L. R., Coles, C. E., Seamon, K., Fröhling, S., Jäger, D., Valenza, F., de Braud, F., De Petris, L., Bergh, J., Ernberg, I., Besse, B., Barlesi, F., Garralda, E., Piris-Giménez, A., Baumann, M., Apolone, G., Soria, J. C., Tabernero, J., Caldas, C., ... Voest, E. E. (2020). Caring for patients with cancer in the COVID-19 era. *Nature medicine*, 26(5), 665–671. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0874-8>

Van der Heyden JH, Schaap MM, Kunst AE, et al. (2009) Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations. *Lung Cancer* 2009;63(3):322–30.

Vose J. M. (2020). Delay in Cancer Screening and Diagnosis During the COVID-19 Pandemic: What Is the Cost?. *Oncology* (Williston Park, N.Y.), 34(9), 343. <https://doi.org/10.46883/ONC.2020.3409.0343>

Wagstaff A. Five steps to putting innovation at the heart of cancer care. Cancer World; 2014. Available from: http://www.cancerworld.org/pdf/3437_

World Health Organisation (2010) . Health systems financing: the path to universal coverage. The World Health Report, 2010

World Health Organisation (2014). Global Health Estimates Summary Tables: Disease Burden Estimates for 2000-2012. Available from:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Wu, J. T., Kwon, D. H., Glover, M. J., Henry, S., Wood, D., Rubin, D. L., Koshkin, V. S., Schapira, L., & Shah, S. A. (2020). Changes in Cancer Management due to COVID-19 Illness in Patients with Cancer in Northern California. JCO oncology practice, OP2000790. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1200/OP.20.00790>

de Souza J, Wong Y. (2013) Financial distress in cancer patients. J Med Person 2013; 11:73–77.

Smith S, Nicolla J, Zafar S. (2014) Bridging the gap between financial distress and available resources for patients with cancer: a qualitative study. J Oncol Pract 2014;10:e368–e72.

Yao, K. A., Attai, D., Bleicher, R., Kuchta, K., Moran, M., Boughey, J., Wilke, L. G., Dietz, J. R., Stevens, R., Pesce, C., Kopkash, K., Kurtzman, S., Sarantou, T., & Victorson, D. (2021). Covid-19 related oncologist's concerns about breast cancer treatment delays and physician well-being (the CROWN study). Breast Cancer Research and Treatment, 12. <https://doi.org/10.1007/s10549-021-06101-1>

Παράρτημα (Ενδεικτική συνοπτική παρουσίαση προτάσεων Συλλόγων, Φορέων, Οργανισμών και άλλων ενδιαφερομένων μερών)

All.Can. International

Σύμφωνα με την έκθεση της All.Can. International **“Βιώσιμη ογκολογική φροντίδα: Εξαλείφοντας την αναποτελεσματικότητα, βελτιώνοντας τις εκβάσεις”** οι βασικές παρεμβάσεις σε εθνικό επίπεδο θα πρέπει να επικεντρωθούν σε:

1. Η αποτελεσματικότητα στην ογκολογική περίθαλψη φροντίδα πρέπει να καταστεί προτεραιότητα στη χάραξη πολιτικής υγείας σε εθνικό επίπεδο, όπως και η επένδυση στην εθνική διαβούλευση για τον εντοπισμό υφιστάμενων ανεπαρκειών.
2. Ανάπτυξη σαφών στόχων για την αποκατάσταση αυτών των ανεπαρκειών, αφιερώνοντας πόρους ώστε να διασφαλιστεί η επιτυχημένη επίτευξή τους.
3. Μόνιμη συμμετοχή των ασθενών ή των εκπροσώπων τους στη λήψη όλων των αποφάσεων προτεραιοποίησης από τους εθνικούς φορείς σχεδιασμού, παροχής υπηρεσιών υγείας και αξιολόγησης πολιτικής υγείας, όπως για παράδειγμα ο HTA (Health Technology Assessment, Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας, ή παρόμοιοι φορείς).
4. Διασφάλιση ότι όλοι οι κλάδοι παροχής υγειονομικής περίθαλψης αναπτύσσονται με βάση τη σαφή κατανόηση των απόψεων και εμπειριών των ασθενών.
5. Χαρτογράφηση των διακυμάνσεων στη χρήση ογκολογικής περίθαλψης και στις εκβάσεις ασθενών στις διάφορες μορφές καρκίνου και αναφορά αυτών των δεδομένων στα ιατρεία ή στα νοσοκομεία, ώστε να προωθούνται συνεχώς διορθωτικές βελτιώσεις.
6. Διερεύνηση της εφαρμογής των προγραμμάτων αποζημίωσης με βάση τα αποτελέσματα με σκοπό την ενθάρρυνση της ανάπτυξης νέων τεχνολογιών που προσφέρουν τις καλύτερες δυνατές εκβάσεις για τους ασθενείς.

All.Can. Greece

Οι προτάσεις των ενδιαφερομένων μερών και μελών της Διοικούσας Επιτροπής της All.Can. Greece, που στοχεύουν στη βελτίωση της ογκολογικής φροντίδας του ασθενούς παρουσιάζονται παρακάτω:

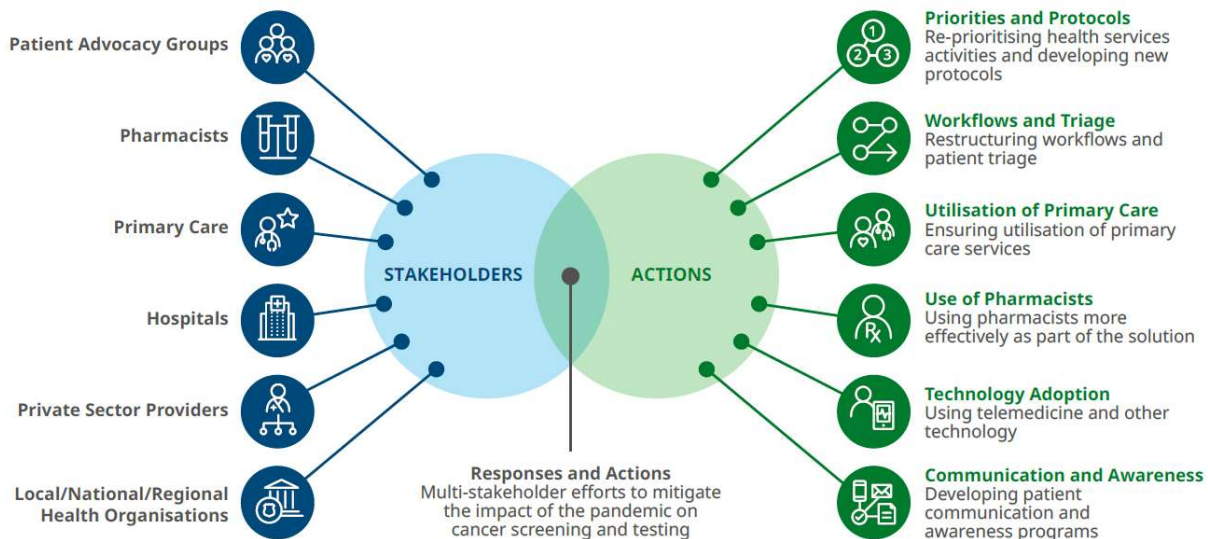
1. Υλοποίηση του Ηλεκτρονικού φακέλου Ασθενούς
2. Καταγραφή του «ταξιδιού» του ογκολογικού ασθενούς και του φροντιστή
3. Πιστοποίηση των Ιδιωτικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων
4. Ανάπτυξη της νοσηλείας κατ' οίκον και δημιουργία δομών βοήθειας στο σπίτι ως υποχρεωτικής νοσ/κης υπηρεσίας
5. Διεπιστημονική προσέγγιση-Επικοινωνία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας
6. Ολιστική προσέγγιση του ασθενούς ως πάσχοντος ατόμου
7. Κίνητρα προσέλκυσης κλινικών μελετών για τον καρκίνο στην Ελλάδα
8. Ανάπτυξη Μητρώου κλινικών μελετών και διαδικασία ενημέρωσης-υποστήριξης των ασθενών για την ένταξή τους
9. Θεσμοθέτηση ειδικότητας - εξειδίκευσης Χειρουργικής Ογκολογίας
10. (Επαρκής) Στελέχωση στην ειδικότητα της Χειρουργικής Ογκολογίας
11. (Επαρκής) Στελέχωση Παθολογο-ανατομικών εργαστηρίων
12. Συστηματική λειτουργία Ογκολογικών Συμβουλίων
13. Δημιουργία του Εθνικού Μητρώου Νεοπλασιών
14. Πρωτόκολλο Παρακολούθησης Χειρουργικού Ασθενούς κατά την επιβίωση και μέχρι τέλους ζωής
15. Εφαρμογή των Νόμων στην πραγματοποίηση των ακτινοθεραπειών σε ιδιωτικές δομές
16. Μείωση του χρόνου των αναμονών με την εξάπλωση της ολοήμερης Λειτουργία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και Απεικονιστικών-Διαγνωστικών Εξετάσεων (και στα στρατιωτικά νοσοκομεία)
17. Αντιμετώπιση της υποστελέχωσης σε γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό υγειονομικό Προσωπικό
18. Άρση των εμποδίων, θέσπιση κινήτρων για την επιλογή της πρόσβασης σε ιατρικών ειδικοτήτων που σχετίζονται με την ογκολογία (π.χ. Παθολογική Ανατομική)
19. Κίνητρα για την προσέλκυση νέων ιατρών και τη διατήρησή τους στο σύστημα
20. Αναπλήρωση των κενούμενων από συνταξιοδότηση θέσεων (ή δυνατότητα παραμονής στο σύστημα μέχρις της κάλυψης της θέσης)
21. Απαγόρευση μετακίνησης ή άμεση επιστροφή στις οργανικές θέσεις των ειδικών-ειδικευμένων παθολογικής ογκολογίας ή/και άλλων ογκολογικών ειδικοτήτων και ογκολογικών νοσηλευτών, οι οποίοι μετακινήθηκαν σε μονάδες COVID-19

-
22. Δυνατότητα Συνταγογράφησης στους Παθολόγους – Ανατόμους
 23. Αναγνώριση ειδικότητας ογκολογικής νοσηλευτικής
 24. Δημιουργία δομών φροντίδας ογκολογικών ασθενών στη κοινότητα
 25. Δημιουργία δομών ανακουφιστικής ογκολογικής φροντίδας

Ενδιαφερόμενα μέρη (Stakeholders) στις Ευρωπαϊκές χώρες

Σύμφωνα με τις εμπειρίες των ενδιαφερομένων μερών στις Ευρωπαϊκές χώρες, όπως αυτές παρουσιάζονται στη μελέτη της IQVIA “*Cancer Won’t Wait: Building Resilience In Cancer Screening and Diagnostics in Europe Based On Lessons from the Pandemic*”, (IQVIA, 2021) οι ενέργειες που λήφθηκαν για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας στην ογκολογική φροντίδα, αναφέρονται σε:

1. Επανα-ιεράρχηση των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη νέων πρωτοκόλλων
2. Επανασχεδιασμός της ροής εργασιών και της διαλογής των ασθενών
3. Ενδυνάμωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και εξασφάλιση της συμβολής της στη διαχείριση της πανδημίας
4. Αξιοποίηση των υπηρεσιών των φαρμακοποιών με πιο αποτελεσματικό τρόπο και ενσωμάτωσή τους στο σύστημα ως μέρος της λύσης
5. Υιοθέτηση της τεχνολογίας πληροφορικής και επικοινωνιών (Τηλε-ιατρική κλπ ψηφιακές εφαρμογές) και τέλος
6. Ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και επικοινωνίας με τους πολίτες και ασθενείς



Αποκρίσεις και δράσεις των ενδιαφερομένων μερών για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας στην ογκολογική φροντίδα (Πηγή: IQVIA Institute for Human Data Science, 2021)

ΕΦΡΙΑ

Αντίστοιχα, στο Report της ΕΦΡΙΑ “*Cancer Care in 2020 – An overview of cancer outcomes data across Europe*” (ΕΦΡΙΑ, 2020), συμπεριλαμβάνονται προτάσεις, οι οποίες επικεντρώνονται και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων πρόσβασης των ογκολογικών ασθενών στην θεραπευτική αγωγή τους και στην φαρμακευτική καινοτομία:

1. Βελτίωση της βιωσιμότητας και της ενσωμάτωσης της φροντίδας του καρκίνου

Σε απάντηση της αυξανόμενης συχνότητας και του επιπολασμού του καρκίνου, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο πρέπει να δώσουν την κατάλληλη προτεραιότητα στον καρκίνο, συμπεριλαμβανομένων της επαρκούς χρηματοδότησης, της χρηματοδότησης για την πρόληψη, τον έλεγχο, τη θεραπεία και την υποστήριξη των επιβιωσάντων.

2. Επιτάχυνση του χρόνου που απαιτείται για τη λήψη νέων θεραπειών στους ασθενείς

Για να εξασφαλιστεί η έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών σε πολλά υποσχόμενες νέες θεραπείες, πρέπει να διαμορφωθούν κατάλληλα οι κανονιστικές διαδικασίες, η αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγειονομικής περίθαλψης και η λήψη αποφάσεων για την αποζημίωσή τους. Πρέπει να αναγνωρίσουν την ανάγκη για ασθενοκεντρικές αξιολογήσεις προς οφέλους του ασθενούς, αναγνώριση εναλλακτικών κλινικών εκβάσεων για την αξιολόγηση των φαρμάκων, πλήρη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων και κατάλληλη παρακολούθηση δεδομένων για την επιβεβαίωση των αναμενόμενων οφελών στη διάρκεια του χρόνου.

3. Ανάπτυξη προσαρμοσμένων μοντέλων τιμολόγησης και αποζημίωσης για τα φάρμακα κατά του καρκίνου

Τα νέα μοντέλα τιμολόγησης και αποζημίωσης έχουν τη δυνατότητα να επιταχύνουν περαιτέρω την πρόσβαση των ασθενών, επιτρέποντας στους πληρωτές να διαχειρίζονται την κλινική αβεβαιότητα, την επίπτωση στον προϋπολογισμό και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας παράλληλα επαρκή κίνητρα για καινοτομία.