



ΕΛΛΑΔΑ

# ΠΡΟΦΙΛ ΧΩΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

2025



## Η σειρά των προφίλ χώρας για τον καρκίνο

Το Ευρωπαϊκό Μητρώο Ανισοτήτων για τον καρκίνο αποτελεί εμβληματική πρωτοβουλία του Ευρωπαϊκού Σχεδίου για την Καταπολέμηση του καρκίνου. Παρέχει έγκυρα και αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με την πρόληψη και την περίθαλψη του καρκίνου ώστε να προσδιορίζονται τάσεις, αποκλίσεις και ανισότητες μεταξύ των κρατών μελών, των περιφερειών και των πληθυσμιακών ομάδων. Τα προφίλ χώρας για τον καρκίνο προσδιορίζουν πλεονεκτήματα, προκλήσεις και συγκεκριμένους τομείς δράσης για καθένα από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία και τη Νορβηγία, με σκοπό την καθοδήγηση των επενδύσεων και των παρεμβάσεων σε ενωσιακό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου. Το ευρωπαϊκό μητρώο ανισοτήτων όσον αφορά τον καρκίνο στηρίζει επίσης την εμβληματική πρωτοβουλία 1 του σχεδίου δράσης για μηδενική ρύπανση. Τα προφίλ αποτελούν έργο του ΟΟΣΑ σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η ομάδα εκφράζει την ευγνωμοσύνη της για τις πολύτιμες παρατηρήσεις εθνικών εμπειρογνομόνων και τα σχόλια της επιτροπής υγείας του ΟΟΣΑ και της θεματικής ομάδας εργασίας της ΕΕ για το μητρώο ανισοτήτων όσον αφορά τον καρκίνο.

## Πηγές δεδομένων και πληροφοριών

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

Πρόσθετα δεδομένα και πληροφορίες προέρχονται επίσης από το Κοινό Κέντρο Ερευνών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (JRC της ΕΕ), την έρευνα για τις στατιστικές της ΕΕ σχετικά με το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC), τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τον Διεθνή Οργανισμό Ερευνών για τον Καρκίνο (IARC), τον Διεθνή Οργανισμό Ατομικής Ενέργειας (ΔΟΑΕ), την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Ογκολογίας (SIOPE), τον Οργανισμό Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA LGBTIQ), την έρευνα σχετικά με την υγειονομική συμπεριφορά των παιδιών σχολικής ηλικίας (HBSC), καθώς και από τα προφίλ υγείας ανά χώρα του 2023 και τα προφίλ χώρας του 2023 για τον καρκίνο και άλλες εθνικές πηγές (ανεξάρτητες από ιδιωτικά ή εμπορικά συμφέροντα). Οι υπολογισθέντες μέσοι όροι για την ΕΕ είναι σταθμισμένοι μέσοι όροι των 27 κρατών μελών, εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά. Στους εν λόγω μέσους όρους της ΕΕ δεν περιλαμβάνονται η Ισλανδία και η Νορβηγία. Τα ποσοστά θνησιμότητας και συχνότητας εμφάνισης είναι προτυπωμένα κατά ηλικία με βάση το ευρωπαϊκό πρότυπο πληθυσμού που εγκρίθηκε από την Eurostat το 2013. Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (ΙΑΔ) ορίζεται ως η νομισματική ισοτιμία που εξισώνει την αγοραστική δύναμη διαφορετικών νομισμάτων, εξαλείφοντας τις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ χωρών.

*Δήλωση αποποίησης ευθύνης:* Το παρόν έργο δημοσιεύεται υπό την ευθύνη του γενικού γραμματέα του ΟΟΣΑ και της προέδρου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Οι απόψεις και τα επιχειρήματα που διατυπώνονται στο παρόν έγγραφο δεν αντικατοπτρίζουν κατ' ανάγκη τις επίσημες απόψεις των χωρών μελών του ΟΟΣΑ ή της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το παρόν έγγραφο, καθώς και τυχόν δεδομένα ή χάρτες που περιλαμβάνονται σε αυτό, δεν θίγουν το καθεστώς ή την κυριαρχία επί οποιουδήποτε εδάφους, την οριοθέτηση διεθνών συνόρων και ορίων, ούτε την ονομασία οποιουδήποτε εδάφους, πόλης ή περιοχής. Οι ονομασίες των χωρών και των εδαφών και οι χάρτες που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κοινή έκδοση ακολουθούν την πρακτική του ΟΟΣΑ.

*Ειδικές εδαφικές δηλώσεις αποποίησης ευθύνης που ισχύουν για τον ΟΟΣΑ:* Σημείωση της Δημοκρατίας της Τουρκίας: Οι πληροφορίες του παρόντος εγγράφου με αναφορά στην «Κύπρο» αφορούν το νότιο τμήμα της νήσου. Δεν υπάρχει ενιαία αρχή που να εκπροσωπεί τόσο τον τουρκοκυπριακό όσο και τον ελληνοκυπριακό λαό στη νήσο. Η Τουρκία αναγνωρίζει την Τουρκική Δημοκρατία της Βόρειας Κύπρου (ΤΔΒΚ). Έως ότου εξευρεθεί μόνιμη και δίκαιη λύση στο πλαίσιο των Ηνωμένων Εθνών, η Τουρκία διατηρεί τη θέση της σχετικά με το «κυπριακό ζήτημα».

Σημείωμα όλων των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Η Κυπριακή Δημοκρατία αναγνωρίζεται από όλα τα μέλη των Ηνωμένων Εθνών με εξαίρεση την Τουρκία. Οι πληροφορίες του παρόντος εγγράφου αφορούν την περιοχή που τελεί υπό τον αποτελεσματικό έλεγχο της κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας.

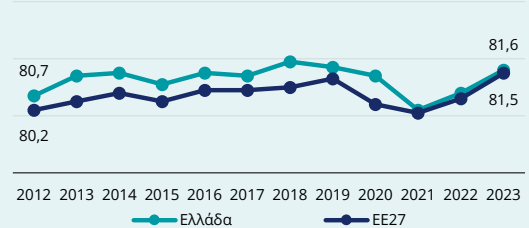
© ΟΟΣΑ / Ευρωπαϊκή Ένωση, 2025. Σε περίπτωση απόκλισης μεταξύ του πρωτότυπου έργου και των μεταφρασμένων εκδόσεων του έργου αυτού, μόνο το κείμενο του πρωτότυπου έργου θα πρέπει να θεωρείται έγκυρο.

## Περιεχόμενα

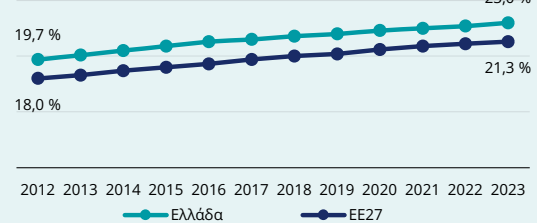
1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	3
2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	4
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	8
4. ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ	13
5. ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	16
5.1 Προσβασιμότητα	16
5.2 Ποιότητα	19
5.3 Κόστος και σχέση κόστους-οφέλους	20
5.4 Ευημερία και ποιότητα ζωής	22
6. Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	24
	27

## Σύνοψη των κύριων χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας

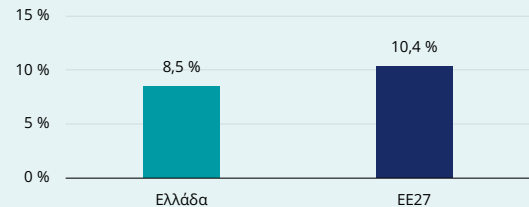
Προσδόκιο ζωής κατά τη γέννηση (σε έτη)



Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω (%)



Δαπάνες για την υγεία ως % του ΑΕΠ, 2022 ή πλησιέστερο έτος



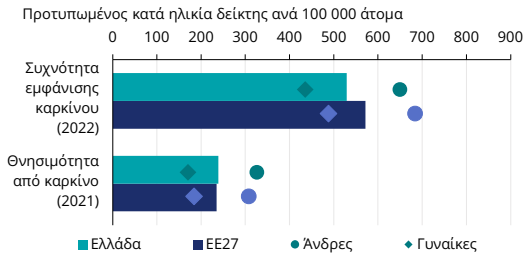
Προτυπωμένοι κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας ανά 100 000 κατοίκους, 2021



Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

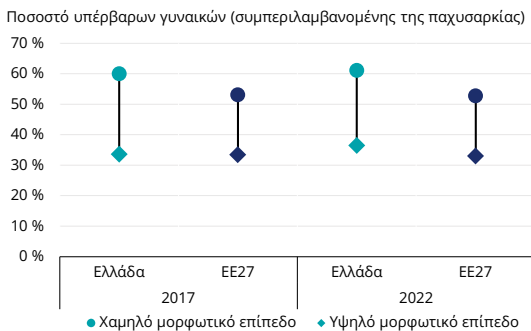
# 1. Σημαντικότερα σημεία

## Ο καρκίνος στην Ελλάδα



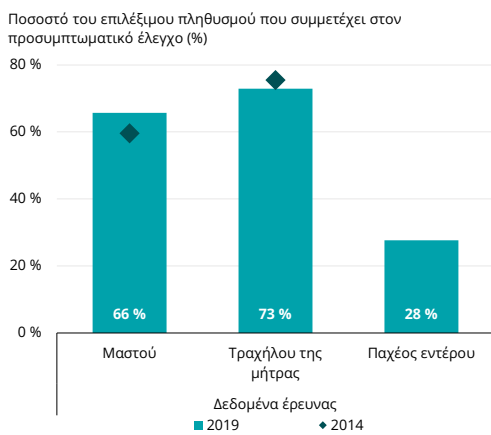
Το 2022 αναμένονταν κατ' εκτίμηση 63 176 νέες διαγνώσεις καρκίνου στην Ελλάδα. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί σε προτυπωμένο κατά ηλικία αριθμό συχνότητας εμφάνισης 529 νέων περιστατικών ανά 100 000 άτομα, ο οποίος είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ. Μεταξύ του 2011 και του 2021, η Ελλάδα σημείωσε βραδύτερη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με τις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ. Το προτυπωμένο κατά ηλικία ποσοστό θνησιμότητας ήταν 239 ανά 100 000 άτομα –ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα μεταξύ των ανδρών είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά το ποσοστό μεταξύ των γυναικών είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ.

## Παράγοντες κινδύνου και πολιτικές πρόληψης



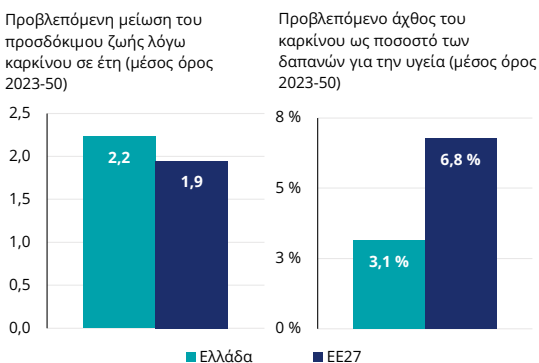
Η Ελλάδα σημειώνει σχετικά χαμηλές επιδόσεις σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ όσον αφορά το καθημερινό κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, την κατανάλωση φρούτων και την ατμοσφαιρική ρύπανση. Παρά τη μείωση των ποσοστών καπνίσματος, η Ελλάδα εξακολουθεί να έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού του καπνίσματος στην ΕΕ, με σχεδόν το ένα τέταρτο του πληθυσμού να καπνίζει καθημερινά. Πάνω από το ήμισυ του ελληνικού πληθυσμού ταξινομείται ως υπέρβαρο ή παχύσαρκο, με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Το ποσοστό επιπολασμού του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας μεταξύ των γυναικών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο στην Ελλάδα είναι επίσης ένα από τα υψηλότερα στην ΕΕ.

## Έγκαιρη ανίχνευση



Η Ελλάδα έχει εφαρμόσει σταδιακά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού με βάση τον πληθυσμό για γυναίκες ηλικίας 45-74 ετών. Έχουν επίσης σχεδιαστεί και εξαγγελθεί προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Ωστόσο, δεν υπάρχουν πλήρη δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εν λόγω προγραμμάτων. Τα δεδομένα προηγούμενων ερευνών δείχνουν σχετικά υψηλά ποσοστά συμμετοχής σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά υπάρχουν σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στα ποσοστά συμμετοχής.

## Επιδόσεις όσον αφορά την περίθαλψη του καρκίνου



Η πρόσβαση σε περίθαλψη του καρκίνου στην Ελλάδα παρεμποδίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως οι ελλείψεις προσωπικού στον τομέα της υγείας, οι υψηλές άμεσες δαπάνες για τους ασθενείς, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για ακτινοθεραπεία στα δημόσια νοσοκομεία και η άνιση κατανομή των εγκαταστάσεων περίθαλψης του καρκίνου. Για να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης, απαιτούνται πιο ολοκληρωμένες πολιτικές που εστιάζουν στη συγκέντρωση της περίθαλψης και στη διασφάλιση της ποιότητας. Η Ελλάδα δεν διαθέτει ολοκληρωμένες πολιτικές και μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας για τη στήριξη των καρκινοπαθών και των επιζώντων καρκίνου. Συνολικά, το βάρος του καρκίνου εκτιμάται ότι είναι υψηλό, με σημαντικό αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής σε σύγκριση με την ΕΕ, αλλά με μικρότερη επιβάρυνση στις δαπάνες για την υγεία.

## 2. Ο καρκίνος στην Ελλάδα

### Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη απ' ό,τι στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ

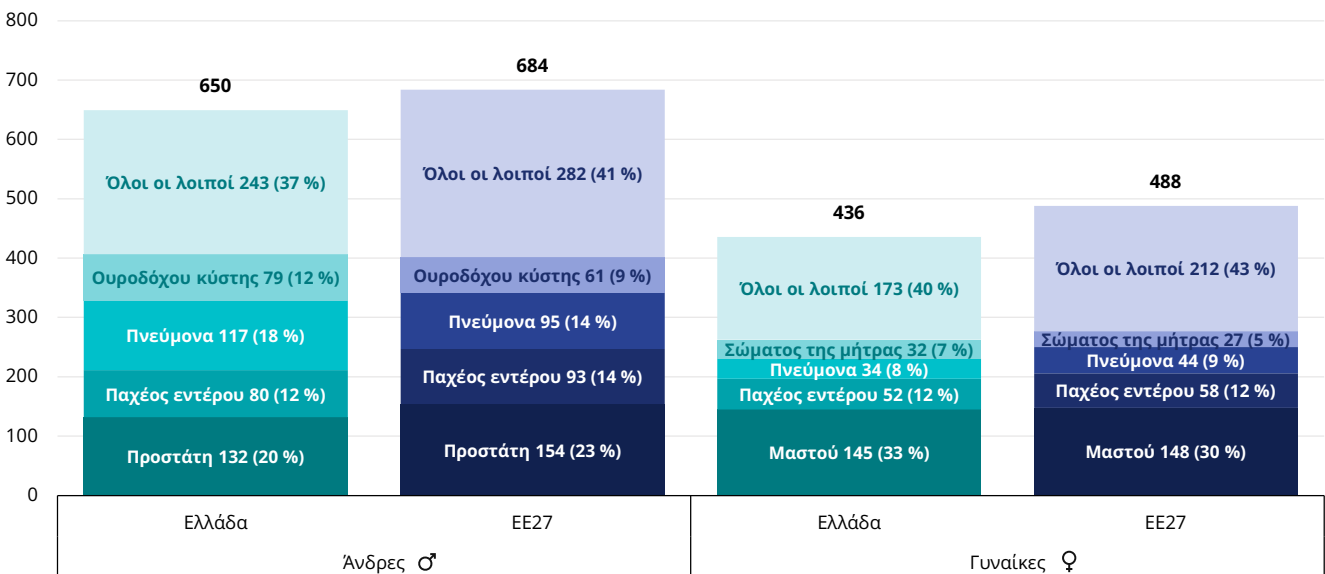
Σύμφωνα με το ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο (ECIS) του Κοινού Κέντρου Ερευνών, βάσει των τάσεων συχνότητας εμφάνισης κατά τα έτη πριν από την πανδημία, το 2022 αναμένονταν στην Ελλάδα 63 176 νέα περιστατικά καρκίνου. Μόνο τρεις χώρες της ΕΕ έχουν χαμηλότερα προτυπωμένα κατά ηλικία ποσοστά συχνότητας εμφάνισης καρκίνου από την Ελλάδα, όπου το ποσοστό (529 ανά 100 000 άτομα) είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (571 ανά 100 000). Το προτυπωμένο κατά ηλικία ποσοστό συχνότητας εμφάνισης καρκίνου στους άνδρες είναι 650 ανά 100 000 (σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 684 ανά 100 000). Μεταξύ των γυναικών είναι 436 ανά 100 000 (σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 488 ανά 100 000). Για μια πιο ολοκληρωμένη και αξιόπιστη επισκόπηση της

συχνότητας εμφάνισης καρκίνου απαιτούνται δεδομένα από εθνικό μητρώο καρκίνου με βάση τον πληθυσμό, το οποίο δεν είναι ακόμη διαθέσιμο στην Ελλάδα.

Ο συχνότερος τύπος καρκίνου στους άνδρες είναι ο καρκίνος του προστάτη (20 %), ακολουθούμενος από τον καρκίνο του πνεύμονα<sup>1</sup> (18 %), τον καρκίνο του παχέος εντέρου (12 %) και τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης (12 %) (διάγραμμα 1). Ο συχνότερος τύπος καρκίνου στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού (33 %), ακολουθούμενος από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (12 %), τον καρκίνο του πνεύμονα (8 %) και τον καρκίνο του σώματος της μήτρας (7 %). Όσον αφορά το μέλλον, το ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο (ECIS) εκτιμά ότι τα περιστατικά καρκίνου θα αυξηθούν κατά 11 % μεταξύ του 2022 και του 2040, σε σύγκριση με αύξηση κατά 18 % σε ολόκληρη την ΕΕ.

### Διάγραμμα 1. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου είναι υψηλότερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε ολόκληρη την ΕΕ

Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης συχνότητας εμφάνισης ανά 100 000 κατοίκους, 2022



Σημειώσεις: Τα αριθμητικά στοιχεία του 2022 είναι εκτιμήσεις που βασίζονται στις τάσεις συχνότητας εμφάνισης κατά τα προηγούμενα έτη, και ενδέχεται να διαφέρουν από τα ποσοστά που παρατηρήθηκαν κατά τα πιο πρόσφατα έτη. Περιλαμβάνονται όλες οι περιοχές εκδήλωσης καρκίνου εκτός από τον μη μελανωματικό καρκίνο του δέρματος. Στον καρκίνο του σώματος της μήτρας δεν περιλαμβάνεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Πηγή: Ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο (ECIS). Από τον ιστότοπο <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, προσπελάστηκε στις 10 Μαρτίου 2024. © Ευρωπαϊκή Ένωση, 2024. Η ποσοστιαία κατανομή της συχνότητας εμφάνισης επανυπολογίστηκε με βάση τα προτυπωμένα κατά ηλικία ποσοστά συχνότητας εμφάνισης και, ως εκ τούτου, διαφέρει από την ποσοστιαία κατανομή των απόλυτων αριθμών που εμφανίζεται στον ιστότοπο του ECIS.

Μεταξύ των ανδρών, τα νέα περιστατικά το 2022 οφείλονταν επίσης σε καρκίνο των νεφρών (3,5 %), καρκίνο του παγκρέατος (3,5 %), καρκίνο του στομάχου (3,3 %) και καρκίνο του ήπατος (3,1 %), καθώς και σε αιματολογικές κακοήθειες όπως λευχαιμία (3,1 %) και λέμφωμα μη Hodgkin (2,9 %). Από τα νέα περιστατικά μεταξύ των γυναικών, το 3,9 % αποδόθηκε σε καρκίνο του παγκρέατος, ακολουθούμενο από τον καρκίνο των ωοθηκών (3,5 %), τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης

(3,1 %), τη λευχαιμία (3,1 %), τον καρκίνο του θυρεοειδούς (2,7 %) και τον καρκίνο του στομάχου (2,5 %).

### Ο καρκίνος αποτελεί κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα

Το 2021 ο καρκίνος ευθυνόταν για περισσότερους από 30 000 θανάτους ετησίως στην Ελλάδα, αριθμός που αντιστοιχεί σε πάνω από το 20 % του συνόλου των θανάτων. Το προτυπωμένο κατά ηλικία ποσοστό θνησιμότητας είναι 239 ανά 100 000 άτομα, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από τον

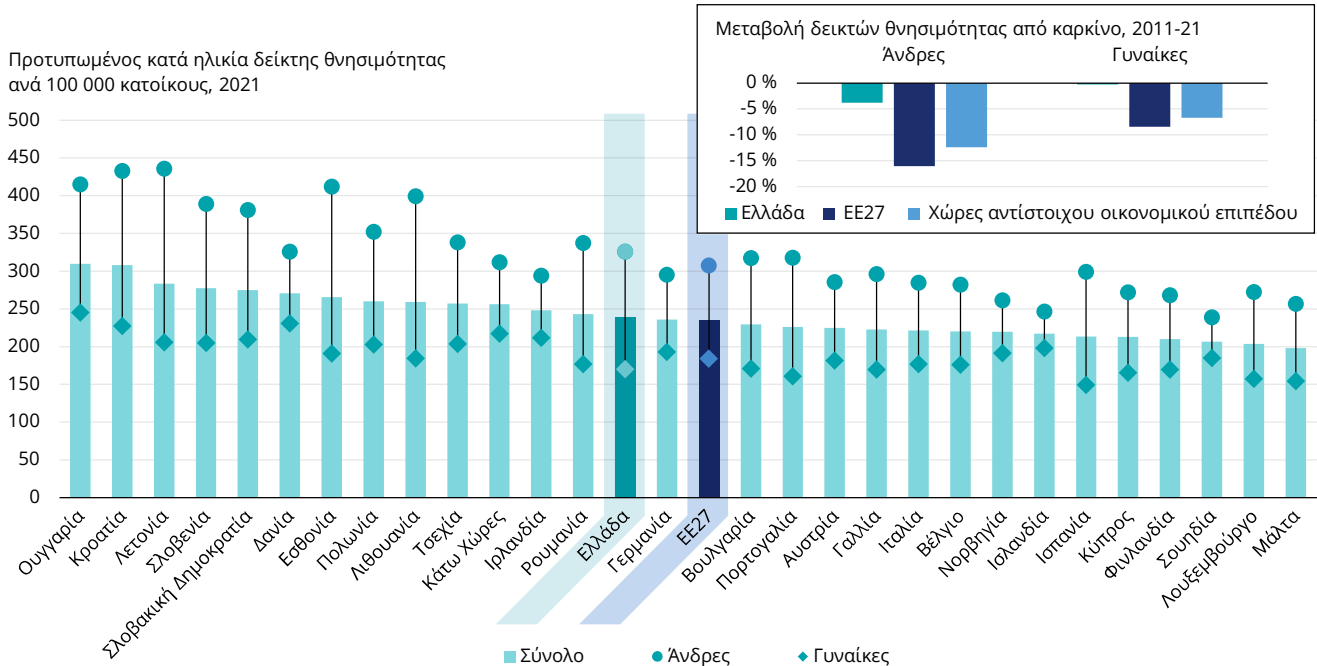
<sup>1</sup> Ο καρκίνος του πνεύμονα περιλαμβάνει επίσης τον καρκίνο της τραχείας και τον καρκίνο των βρόγχων.

μέσο όρο της ΕΕ (235 ανά 100 000). Το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα μεταξύ των ανδρών (326 ανά 100 000) είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (308 ανά 100 000), αλλά το ποσοστό μεταξύ των γυναικών (170 ανά 100 000) είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (184 ανά 100 000) (διάγραμμα 2). Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2024), σχεδόν το ένα τέταρτο του συνολικού αριθμού θανάτων από καρκίνο στην Ελλάδα αποδόθηκε στον καρκίνο του πνεύμονα, ακολουθούμενο από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (9 %), τον καρκίνο του μαστού (7 %), τον καρκίνο του παγκρέατος (7 %) και τον καρκίνο του προστάτη (6 %).

Κατά την περίοδο 2011-2021, η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο ήταν πολύ χαμηλότερη στην

Ελλάδα απ' ό,τι στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ, πιθανώς λόγω των επιζήμιων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και των αυξημένων εμποδίων στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη (Κυγιοπούλου, Νικολόσκι & Μοσσιάλος, 2021). Ειδικότερα, το ποσοστό θνησιμότητας των ανδρών μειώθηκε κατά 16,1 % σε ολόκληρη την ΕΕ και κατά 12,4 % μεταξύ των χωρών αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου με την Ελλάδα<sup>2</sup>, αλλά μόνο κατά 3,8 % στην Ελλάδα. Μεταξύ των γυναικών, το ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε μόνο κατά 0,3 % κατά την περίοδο 2011-2021, σε σύγκριση με 8,5 % σε ολόκληρη την ΕΕ και 6,7 % μεταξύ των χωρών αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου με την Ελλάδα.

**Διάγραμμα 2. Το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο προσεγγίζει τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά μειώνεται με αργούς ρυθμούς σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ**



Σημειώσεις: Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου ορίζονται ως ομάδες τριτημορίου με βάση το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του 2022 σε όρους μονάδας αγοραστικής δύναμης. Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου για την Ελλάδα είναι οι BG, EST, HR, HU, LV, PL, PT, RO και SK. Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat.

Τα στοιχεία σχετικά με τις διαφορές στα ποσοστά θανάτων από καρκίνο μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων είναι περιορισμένα, καθώς δεν υπάρχει συστηματική αναφορά των ποσοστών θνησιμότητας ανά περιφέρεια ή ανά κοινωνική και δημογραφική ομάδα. Παλαιότερα στοιχεία κατέδειξαν διακύμανση των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο πολλαπλάσια έως και 3,5 φορές στους άνδρες σε ευρείες επαγγελματικές ομάδες (π.χ. στοιχειώδη επαγγέλματα και υπάλληλοι γραφείου), η οποία αποδίδεται ενδεχομένως σε διαφορές στον τρόπο ζωής και σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Alexopoulos et al., 2011). Ωστόσο, δεδομένης της έλλειψης τακτικά δημοσιευόμενων δεδομένων, η παρακολούθηση των περιφερειακών και κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων όσον αφορά τη θνησιμότητα από καρκίνο στην Ελλάδα αποτελεί πρόκληση.

**Οι θάνατοι από καρκίνο μπορούν να αποφευχθούν μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας που ελαχιστοποιούν την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου καρκίνου και πιο έγκαιρης ογκολογικής θεραπείας**

Χάρη στις βελτιωμένες στρατηγικές πρόληψης και στην πρόοδο των επιλογών θεραπείας, σήμερα ένα σημαντικό ποσοστό θανάτων από καρκίνο σε άτομα ηλικίας κάτω των 75 ετών θεωρείται ότι μπορεί να αποφευχθεί<sup>3</sup>. Το 2021 το ποσοστό αποτρεπτής θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα ήταν σχεδόν τετραπλάσιο μεταξύ των ανδρών (61 ανά 100 000 κατοίκους) σε σύγκριση με τις γυναίκες (16 ανά 100 000). Ενώ η αποτρεπτή θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα μεταξύ των ανδρών μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου (από 71 ανά 100 000 το 2011 σε 61,3 ανά 100 000 το 2021), τα ποσοστά εξακολουθούν να είναι κατά ένα τρίτο υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (44 ανά 100 000),

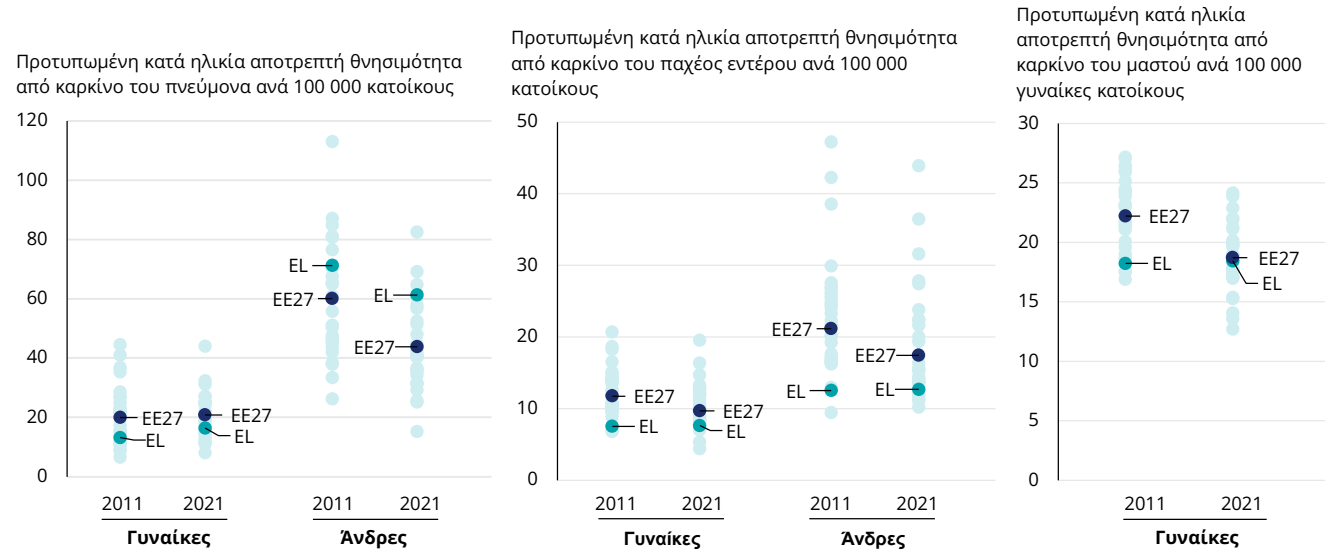
2 Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου ορίζονται ως ομάδες τριτημορίου με βάση το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του 2022 σε όρους μονάδας αγοραστικής δύναμης. Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου για την Ελλάδα είναι οι BG, EST, HR, HU, LV, PL, PT, RO και SK.  
3 Η αποτρεπτή θνησιμότητα περιλαμβάνει τόσο τους θανάτους που μπορούν να αποφευχθούν μέσω αποτελεσματικών παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρόληψης, όσο και τους θεραπεύσιμους θανάτους οι οποίοι μπορούν να αποφευχθούν μέσω έγκαιρων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

γεγονός που απαιτεί αυστηρότερες και αποτελεσματικότερες πολιτικές για τον έλεγχο του καπνού.

Η θεραπεύσιμη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του παχέος εντέρου παρέμεινε σχετικά σταθερή την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά μειώθηκαν σε ολόκληρη την ΕΕ. Για παράδειγμα, η θεραπεύσιμη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού ήταν 18,2 ανά 100 000 άτομα το 2011 σε σύγκριση με 18,5 ανά 100 000 το 2021. Αντιθέτως, στην ΕΕ, μειώθηκε ελαφρώς από 22,2 ανά 100 000 σε 18,7 ανά 100 000 κατά την ίδια περίοδο

(διάγραμμα 3). Παρόμοιες τάσεις παρατηρούνται για τη θεραπεύσιμη θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου. Υπάρχει περιθώριο μείωσης της αποτρεπτής θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού και καρκίνο του παχέος εντέρου στην Ελλάδα μέσω της εφαρμογής πιο έγκαιρων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ άλλων μέσω αποτελεσματικών πρωτοβουλιών για τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την έγκαιρη διάγνωση, καθώς και μέσω της παροχής βέλτιστης ογκολογικής περίθαλψης.

### Διάγραμμα 3. Η θάνατοι που θα μπορούσαν να αποτραπούν μέσω της φροντίδας υγείας από καρκίνο του μαστού και καρκίνο του παχέος εντέρου παρέμεινε σταθερή με την πάροδο του χρόνου

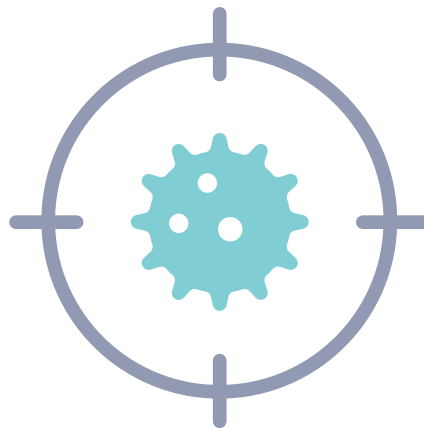


Σημείωση: Τα αριθμητικά στοιχεία αποτρεπτής θνησιμότητας αφορούν θανάτους ατόμων ηλικίας κάτω των 75 ετών.  
Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat. Τα στοιχεία αφορούν το 2021.

### Περίπου μισό εκατομμύριο άνθρωποι ζουν με καρκίνο στην Ελλάδα

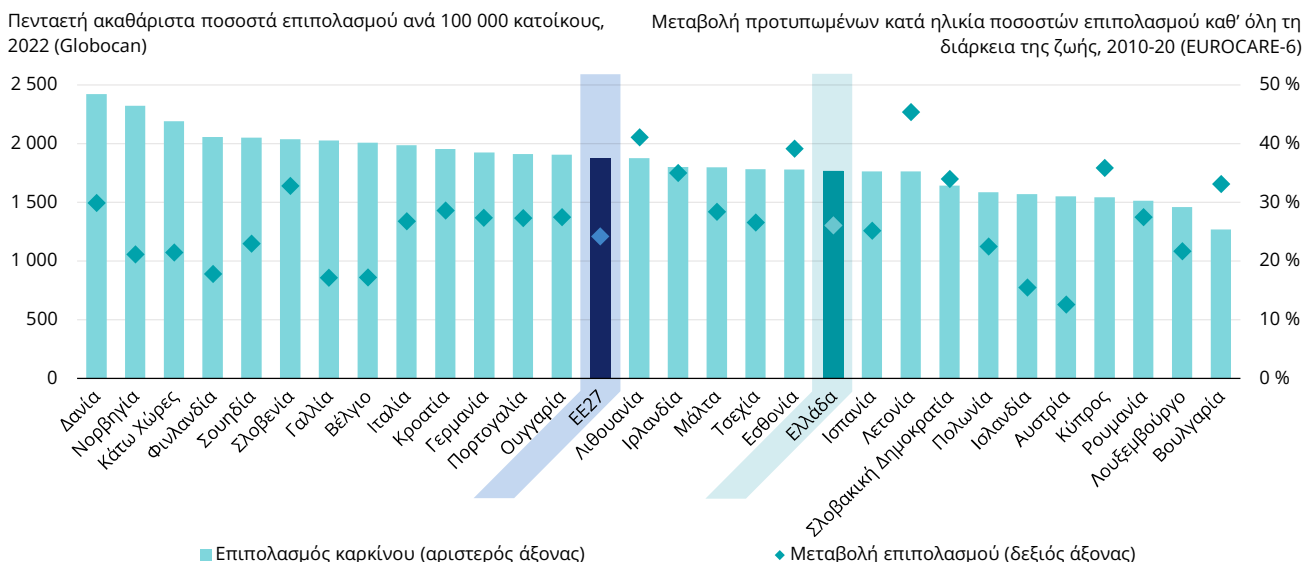
Το 2022 η Ελλάδα είχε πενταετή επιπολασμό<sup>4</sup> 1 769 περιστατικών καρκίνου ανά 100 000 άτομα, αριθμός κατά 6 % χαμηλότερος από τα 1 876 περιστατικά ανά 100 000 άτομα σε ολόκληρη την ΕΕ. Το ποσοστό ήταν κατά 12 % υψηλότερο στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες. Μεταξύ του

2010 και του 2020, ο επιπολασμός του καρκίνου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής αυξήθηκε κατά 26 % στη χώρα, σε σύγκριση με 24 % σε ολόκληρη την ΕΕ (Figure 4). Αυτό αναδεικνύει την αυξανόμενη σημασία της εστίασης στην ποιότητα ζωής και την επιβίωση (βλ. ενότητα 5.4), καθώς οι άνθρωποι ζουν περισσότερο με τον καρκίνο και περισσότεροι άνθρωποι έχουν ιστορικό της νόσου.



4 Ο επιπολασμός του καρκίνου αναφέρεται στο ποσοστό του πληθυσμού που έχει διαγνωστεί με καρκίνο και εξακολουθεί να ζει, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών που υποβάλλονται επί του παρόντος σε θεραπεία για καρκίνο και των ασθενών που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία. Ο πενταετής επιπολασμός του καρκίνου περιλαμβάνει τα άτομα που διαγνώστηκαν κατά την προηγούμενη πενταετία, ενώ ο επιπολασμός καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής αφορά τα άτομα που διαγνώστηκαν οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους με καρκίνο.

**Διάγραμμα 4. Ο πενταετής επιπολασμός του καρκίνου στην Ελλάδα είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ**



Πηγές: Βάση δεδομένων Globocan του IARC για το 2024· Μελέτη EUROCare-6 (De Angelis et al., 2024).

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

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

Παρόλο που η ανάγκη για ένα εθνικό σχέδιο ειδικά για τον καρκίνο έχει προωθηθεί ενεργά από ευρύ φάσμα ενδιαφερόμενων μερών, η Ελλάδα εξακολουθεί να μη διαθέτει μια τεκμηριωμένη στρατηγική που να καλύπτει ολόκληρο το εύρος της πολιτικής για τον καρκίνο –συμπεριλαμβανομένων της πρόληψης, της έγκαιρης ανίχνευσης, της διάγνωσης, της θεραπείας, της αποκατάστασης, της παρηγορητικής φροντίδας, της ποιότητας της περίθαλψης, της εμπειρίας των ασθενών, των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση, των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, του προγραμματισμού όσον αφορά το εργατικό δυναμικό, των αναγκών των επιζώντων καρκίνου και της κλινικής έρευνας. Οι περισσότερες

πρωτοβουλίες πολιτικής είναι κατακερματισμένες και η αποτελεσματικότητά τους δεν αξιολογείται σύμφωνα με αυστηρά κριτήρια. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην απουσία επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης και τις εκβάσεις του καρκίνου, όπως τα μητρώα ασθενών (Athanasakis et al., 2022). Το εθνικό μητρώο νεοπλασιών θεσπίστηκε επίσημα βάσει νομοθεσίας τον Φεβρουάριο του 2024 και επί του παρόντος βρίσκεται στο στάδιο της ανάπτυξης.

Η Ελληνική Κυβέρνηση θέσπισε ή εξήγγειλε πρόσφατα δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου με βάση τον πληθυσμό για συγκεκριμένες περιοχές εκδήλωσης καρκίνου (βλ. ενότητα 4). Ωστόσο, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με τη χρηματοδότηση και τη διάρκειά τους, καθώς επί του παρόντος χρηματοδοτούνται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας έως το τέλος του 2025, χωρίς να υπάρχει σαφές σχέδιο για τα επόμενα βήματα. Παράλληλα, συνεχίζονται οι συζητήσεις σχετικά με την ανάπτυξη ενός διατομεακού εθνικού σχεδίου για τον καρκίνο, το οποίο θα καλύπτει την πολιτική για τον καρκίνο μέσω τεκμηριωμένων παρεμβάσεων. Για να εξασφαλιστεί η επιτυχής εφαρμογή του, είναι σημαντικό να αναπτυχθεί ένα άρτια δομημένο σχέδιο και να διεξαχθούν αυστηρές αξιολογήσεις των διαδικασιών και των επιπτώσεων.

### 3. Παράγοντες κινδύνου και πολιτικές πρόληψης

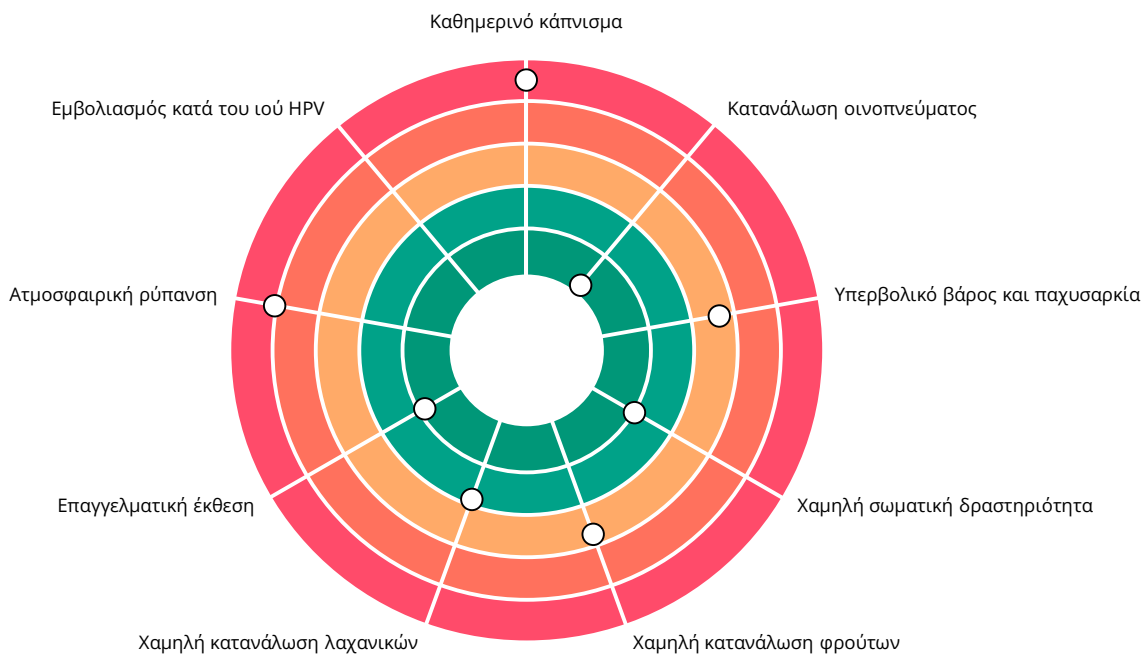
#### Πάνω από το 40 % των θανάτων από καρκίνο αποδίδονται σε μεταβλητούς παράγοντες κινδύνου

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

Συνολικά, η Ελλάδα σημειώνει σχετικά καλές επιδόσεις σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνεύματος και την έκθεση σε παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου, αλλά σημειώνει σχετικά χαμηλές επιδόσεις όσον αφορά το καθημερινό κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, την κατανάλωση φρούτων και την ατμοσφαιρική ρύπανση (διάγραμμα 5).

Το 2021 οι δαπάνες για την πρόληψη<sup>5</sup> αντιπροσώπευαν το 4 % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία –ποσοστό που αντιπροσωπεύει αύξηση κατά 2,2 ποσοστιαίες μονάδες από το 2020 λόγω των δαπανών που σχετίζονταν με τη νόσο COVID-19, αλλά είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (6 %).

#### Διάγραμμα 5. Η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλές επιδόσεις όσον αφορά το κάπνισμα, την ατμοσφαιρική ρύπανση, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία σε σύγκριση με τις χώρες της ΕΕ



Σημειώσεις: Όσο πιο κοντά στο κέντρο βρίσκεται η κουκκίδα, τόσο καλύτερες είναι οι επιδόσεις της χώρας σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. Καμία χώρα δεν βρίσκεται στη λευκή «περιοχή-στόχο», καθώς υπάρχει περιθώριο προόδου για όλες τις χώρες σε όλους τους τομείς. Τα δεδομένα για τον εμβολιασμό για τον HPV δεν είναι διαθέσιμα.

Πηγές: Υπολογισμοί του ΟΟΣΑ με βάση την έρευνα EU-SILC του 2022 για το υπερβολικό βάρος, την παχυσαρκία, τη σωματική άσκηση και την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (σε ενήλικες)· την έρευνα του Eurofound για την επαγγελματική έκθεση· τις στατιστικές υγείας του ΟΟΣΑ για το κάπνισμα, την κατανάλωση οινοπνεύματος (σε ενήλικες) και την ατμοσφαιρική ρύπανση· και την έρευνα του ΠΟΥ για τον εμβολιασμό κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) (κορίτσια ηλικίας 15 ετών).

5 Οι δαπάνες πρόληψης, όπως αναφέρονται στους λογαριασμούς υγείας, θα πρέπει να περιλαμβάνουν δραστηριότητες εκτός των εθνικών προγραμμάτων (π.χ. περιστασιακός προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου ή παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια μια τυπικής επίσκεψης στον γιατρό), ωστόσο στην πράξη οι χώρες ενδέχεται να δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν δαπάνες πρόληψης εκτός των εν λόγω προγραμμάτων.



## Τα ποσοστά καπνίσματος στην Ελλάδα παραμένουν από τα υψηλότερα στην ΕΕ

Παρά τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η Ελλάδα εξακολουθεί να έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος εντός της ΕΕ (βλ. διάγραμμα 5). Το 2019 το ένα τέταρτο του πληθυσμού κάπνιζε καθημερινά, με υψηλότερη συχνότητα μεταξύ των ανδρών (31 %) συγκριτικά με τις γυναίκες (19 %), αλλά με περιορισμένη διακύμανση μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Σύμφωνα με δεδομένα από την ευρωπαϊκή έρευνα υγείας με συνεντεύξεις (EHIS), το 20 % των ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι καθημερινοί καπνιστές σε σύγκριση με το 22 % των ατόμων με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ήταν περιορισμένη λόγω της περιορισμένης εφαρμογής των αντικαπνιστικών κανονισμών. Ωστόσο, η εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους εσωτερικούς χώρους, η οποία εφαρμόστηκε αποτελεσματικά το 2019, έχει οδηγήσει σε σημαντική πρόοδο. Με βάση τις βαθμολογίες της κλίμακας ελέγχου του καπνού το 2021, η Ελλάδα κατατάσσεται στην 14η θέση μεταξύ 37 ευρωπαϊκών χωρών, γεγονός που καταδεικνύει τη σημαντική βελτίωση που έχει συντελεστεί σε σύγκριση με την κατάταξη του 2016, όταν η Ελλάδα βρισκόταν στην 31η θέση μεταξύ 35 χωρών. Η βελτίωση μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στις αυστηρότερες επιτόπιες επιθεωρήσεις σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους, μπαρ και εστιατόρια, καθώς και στην επιβολή προστίμων. Ωστόσο, εξακολουθούν να υφίστανται παραβιάσεις –ιδίως σε μπαρ και νυχτερινά κέντρα. Το 2021, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου, το 22 % όσων απάντησαν έγιναν μάρτυρες καπνίσματος κατά την τελευταία επίσκεψή τους σε κατάστημα κατανάλωσης ποτών, όπως τα μπαρ. Παρότι υπάρχουν διαθέσιμες υπηρεσίες διακοπής τους καπνίσματος, ο ρόλος τους απαιτεί ενισχυμένη στήριξη, με πρόσθετη χρηματοδότηση και περισσότερους ανθρώπινους πόρους. Αρκετές σημαντικές στρατηγικές –συμπεριλαμβανομένων των στοχευμένων εκστρατειών εκπαίδευσης, της τυποποιημένης απλής συσκευασίας, της φορολογίας και των βελτιώσεων όσον αφορά την πρόσβαση σε υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος– δεν έχουν τεθεί ακόμη σε πλήρη εφαρμογή.

## Η παχυσαρκία και η κακή διατροφή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα

Το 2022, πάνω από το ήμισυ του ελληνικού πληθυσμού ταξινομήθηκε ως υπέρβαρο ή παχύσαρκο (55 %), με υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού μεταξύ των ανδρών (63 %). Τα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας της Ελλάδας υπερβαίνουν εκείνα των γειτονικών χωρών με παρόμοια διατροφή, όπως η Κύπρος, η Ιταλία και η Ισπανία. Η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στις κακές διατροφικές συνήθειες (βλ. διάγραμμα 5). Πιο συγκεκριμένα, το 45 % του ελληνικού πληθυσμού καταναλώνει φρούτα λιγότερο από μία φορά ημερησίως. Αντιθέτως, μόλις το 16 % του πληθυσμού στην Ιταλία, το 33 % στην Ισπανία και το 32 % στην Κύπρο καταναλώνει φρούτα λιγότερο απ' ό,τι

μία φορά ημερησίως. Η τάση αυτή συνάδει με ευρήματα που υποδεικνύουν χαμηλή έως μέτρια εφαρμογή της μεσογειακής διατροφής μεταξύ των Ελλήνων, παρά τα αναγνωρισμένα οφέλη της για την υγεία. Ωστόσο, όσον αφορά τη σωματική άσκηση, το 58 % των Ελλήνων ηλικίας άνω των 15 ετών συμμετέχουν σε δραστηριότητες σωματικής άσκησης τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα –ποσοστό που υπερβαίνει τον μέσο όρο της ΕΕ (31 %).

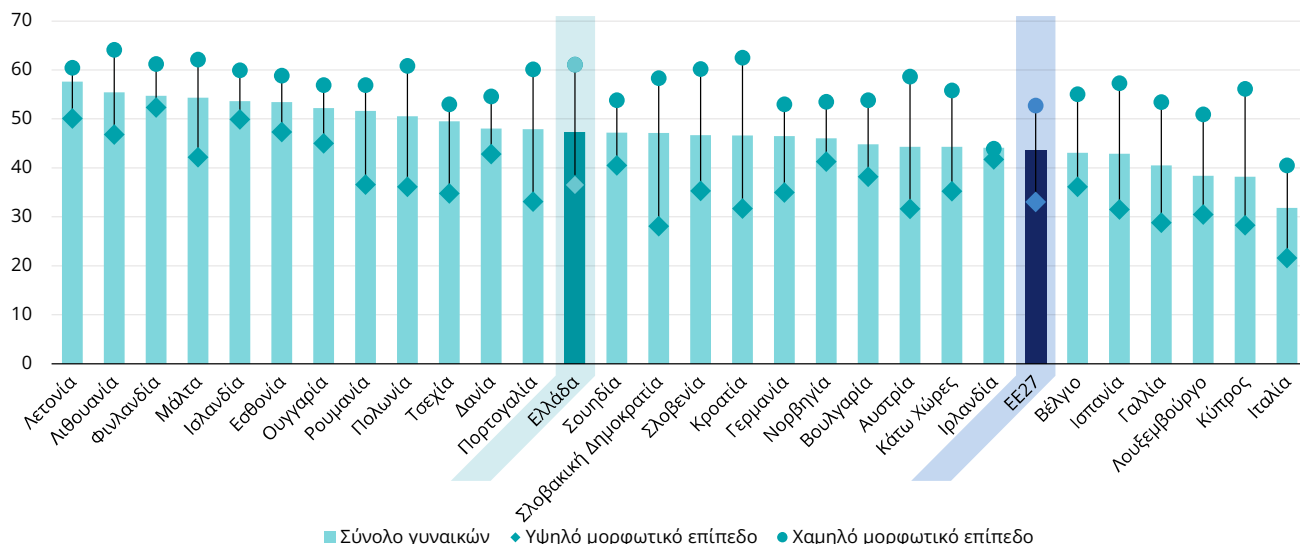
Η παχυσαρκία και οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζονται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την εκπαίδευση σε θέματα υγείας. Το 2022, σχεδόν το 65 % των Ελλήνων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σε σύγκριση με το 49 % των Ελλήνων με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ειδικότερα, ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας μεταξύ των γυναικών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (61 %) είναι υψηλότερος απ' ό,τι μεταξύ των γυναικών με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (37 %). Τα μέσα ποσοστά στην ΕΕ είναι χαμηλότερα μεταξύ των γυναικών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (53 %) και επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (33 %) (διάγραμμα 6). Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες όσον αφορά την παχυσαρκία και τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες επιδεινώνονται από την παρατεταμένη οικονομική κρίση και την τρέχουσα κρίση που σχετίζεται με το υψηλό κόστος ζωής, οι οποίες έχουν πιθανώς μεταβάλει τα πρότυπα κατανάλωσης των νοικοκυριών όσον αφορά τις υγιεινές διατροφικές επιλογές (Kosti et al., 2021).

Παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες, η Ελλάδα δεν έχει εφαρμόσει ολοκληρωμένη διατροφική πολιτική κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, έχουν ληφθεί διάφορα μέτρα, τα αποτελέσματα των οποίων δεν έχουν προσδιοριστεί ακόμη. Το 2021 το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία περιλάμβανε στρατηγικές για τη μείωση της παχυσαρκίας μεταξύ ενηλίκων και παιδιών, εστιάζοντας στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας και σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης. Το 2023 το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF), δρομολόγησε Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά της Παιδικής Παχυσαρκίας, το οποίο εφαρμόζεται σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Επιπλέον, στις αρχές του 2024 συστάθηκε Εθνική Επιτροπή Διατροφής, με στόχο τη χάραξη πολιτικών και στρατηγικών για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας μεταξύ των παιδιών και των ενηλίκων.

Όπως συνέβη στις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ, θεσπίστηκε ρύθμιση σχετικά με τους τύπους τροφίμων που παρέχονται στα σχολεία. Η στρατηγική αυτή είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας και την προώθηση πιο υγιεινών διατροφικών συνηθειών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Ωστόσο, στην Ελλάδα δεν έχουν δρομολογηθεί ακόμη πρωτοβουλίες όπως οι στοχευμένες εκστρατείες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ο συνδυασμός επιδοτήσεων για υγιεινά τρόφιμα και επιβολής φόρων σε ανθυγιεινά τρόφιμα, η ενισχυμένη ρύθμιση της εμπορίας και της διαφήμισης, η επισήμανση των τροφίμων, ή τα κίνητρα για τη συμμετοχή των σχολείων και των χώρων εργασίας σε δραστηριότητες σωματικής άσκησης.

### Διάγραμμα 6. Ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας είναι υψηλότερος μεταξύ των γυναικών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο

% γυναικών ηλικίας 18 ετών και άνω με υπερβολικό βάρος (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας), 2022



Σημείωση: Το υπερβολικό βάρος (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας) περιλαμβάνει τα άτομα με δείκτη μάζας σώματος (BMI) άνω του 25. Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat. Τα στοιχεία αφορούν το 2022.

### Ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας μεταξύ των εφήβων αυξάνεται και είναι μεταξύ των υψηλότερων σε ολόκληρη την ΕΕ

Από το 2014, ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους ή της παχυσαρκίας μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15 ετών στην Ελλάδα έχει αυξηθεί από 24 % το 2014 σε 28 % το 2022. Πρόκειται για το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στις χώρες της ΕΕ+2<sup>6</sup>, μετά τη Μάλτα (31 %) (διάγραμμα 7).

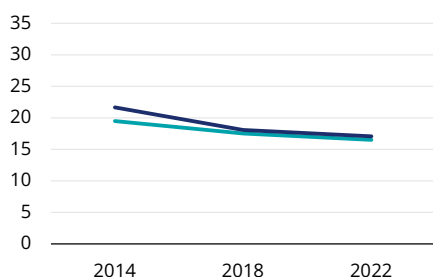
Επιπλέον, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 15 ετών που συμμετείχαν σε δραστηριότητες σωματικής άσκησης διάρκειας 60 λεπτών ημερησίως ήταν σταθερά χαμηλότερο στην Ελλάδα (12 %) από τον μέσο όρο της ΕΕ (15 %) το 2022. Οι Έλληνες έφηβοι επέδειξαν επίσης σχετικά ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες: μόνο το 21 % κατανάλωνε φρούτα καθημερινά και μόνο το 28 % κατανάλωνε λαχανικά καθημερινά, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 30 % (φρούτα) και 34 % (λαχανικά). Ο συνδυασμός κακής διατροφής, έλλειψης σωματικής άσκησης και υψηλών

επιπέδων υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας μπορεί να έχει σημαντικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία. Το προσφάτως εξαγγελθέν Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά της Παιδικής Παχυσαρκίας αποσκοπεί στην αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος δημόσιας υγείας, παρότι δεν έχει τεθεί ακόμη σε πλήρη εφαρμογή.

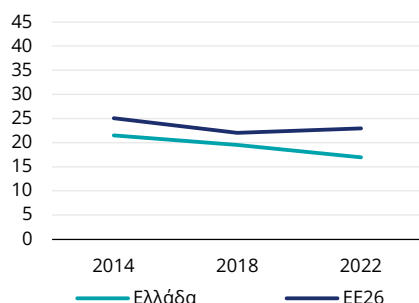
Ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των Ελλήνων εφήβων τόσο το 2014 (19,5 %) όσο και το 2018 (17,5 %) ήταν χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (21,6 % το 2014 και 18,1 % το 2018). Το 2022 το 16,5 % των εφήβων είχε καπνίσει τουλάχιστον μία φορά τις τελευταίες 30 ημέρες –ποσοστό ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (16,8 %). Η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων αποτελεί σημαντική πρόκληση που απαιτεί στενή παρακολούθηση και δράση για τη δημόσια υγεία. Το 2022 το 19,5 % των εφήβων ηλικίας 15 ετών χρησιμοποίησε ηλεκτρονικά τσιγάρα τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο μήνα, ποσοστό που προσεγγίζει τον μέσο όρο της ΕΕ (21 %).

### Διάγραμμα 7. Το ποσοστό επιπολασμού του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας μεταξύ των εφήβων είναι ένα από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών της ΕΕ+2

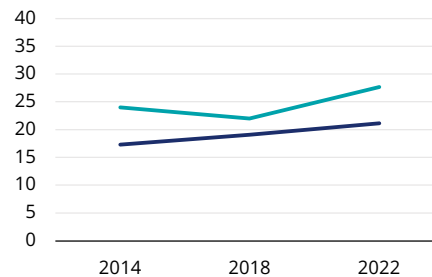
Κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά κατά τις τελευταίες 30 ημέρες (%)



Μέση περίοδο από μία φορά καθ' όλη τη διάρκεια ζωής (%)



Υπερβολικό βάρος (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας) (%)



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Τα δεδομένα αναφέρονται στο 2022 και βασίζονται σε παιδιά ηλικίας 15 ετών. Πηγή: Έρευνα για την υγειονομική συμπεριφορά των παιδιών σχολικής ηλικίας.

6 Οι χώρες της ΕΕ+2 περιλαμβάνουν τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ (ΕΕ των 27), συν την Ισλανδία και τη Νορβηγία.

### Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι χαμηλότερη στην Ελλάδα απ’ ότι σε άλλες χώρες της ΕΕ

Η κατανάλωση οινοπνεύματος στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλή σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ και μειώθηκε από 8,3 λίτρα σε 6,3 λίτρα κατά κεφαλή μεταξύ του 2010 και του 2019. Το ποσοστό των ενηλίκων που ανέφεραν υψηλή περιστασιακή κατανάλωση οινοπνεύματος τουλάχιστον μία φορά τον μήνα στην Ελλάδα ήταν 6 % το 2019 –ποσοστό σταθερά χαμηλότερο από εκείνο των περισσότερων άλλων χωρών της ΕΕ. Σύμφωνα με την EHIS, περίπου το 6 % των Ελλήνων ανέφεραν ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος το 2019, ενώ ένα άλλο 25 % ανέφερε ότι καταναλώνει οινόπνευμα σε εβδομαδιαία βάση. Οι εθνικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση της επιβλαβούς κατανάλωσης οινοπνεύματος παραμένουν πολύ περιορισμένες και υπάρχει έλλειψη ολοκληρωμένων πολιτικών για την τιμολόγηση, τους περιορισμούς της διαθεσιμότητας, τους κανονισμούς εμπορίας και την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των καταναλωτών. Το 2021 το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία συνέστησε ορισμένες στρατηγικές για την καταπολέμηση της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος, οι οποίες εστίαζαν κυρίως σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας.

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

Η έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση μετρούμενη ως αιωρούμενα σωματίδια διαμέτρου μικρότερης των 2,5 μικρομέτρων ( $PM_{2.5}$ ) ήταν  $14,2 \mu g/m^3$  το 2020 –αριθμός που αντιπροσωπεύει μείωση κατά 29 % από το 2010, ωστόσο η έκθεση εξακολουθεί να είναι κατά 21 % υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2021, 93 πρόωροι θάνατοι ανά 100 000 άτομα οφείλονταν στην έκθεση σε σωματίδια  $PM_{2.5}$ , σε σύγκριση με 57 ανά 100 000 κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Η Ελλάδα έχει σημειώσει περιορισμένη πρόοδο στον τομέα αυτό. Παρά τη θέσπιση διαφόρων νομικών πλαισίων, η χώρα δεν έχει ακόμη συμμορφωθεί με τις κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ για την ποιότητα του αέρα, και τα ετήσια μέσα επίπεδα έκθεσης σε σωματίδια  $PM_{2.5}$  είναι τριπλάσια από το κατώτατο όριο του ΠΟΥ (WHO, 2023).

Παρότι η αντιμετώπιση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης απαιτεί συστηματική διασυνοριακή συνεργασία, διάφορες πολιτικές μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Στην Ελλάδα, οι προσπάθειες για την προώθηση της χρήσης των δημόσιων συγκοινωνιών και της ενεργητικής μετακίνησης ως εναλλακτικών λύσεων αντί της χρήσης αυτοκινήτου ήταν ελάχιστες. Η ενίσχυση της διαθεσιμότητας, της ποιότητας και της οικονομικής προσιτότητας των δικτύων δημόσιων μεταφορών αποτελεί βασική πολιτική για την καταπολέμηση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης.

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

Το 2022 η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών αναθεώρησε τα κριτήρια για τον εμβολιασμό κατά του HPV, θεωρώντας ότι θα πρέπει να είναι επιλέξιμα τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια ηλικίας 9-18 ετών. Παρότι επί του παρόντος το εμβόλιο καλύπτεται πλήρως από την ασφάλιση υγείας για όλες τις ηλικίες, η επιστροφή των εξόδων θα περιοριστεί σταδιακά στα άτομα ηλικίας 9-14 ετών. Πρόσφατα στοιχεία που βασίζονται σε συνταγές δείχνουν ότι η εμβολιαστική κάλυψη είναι 55 % για τα κορίτσια ηλικίας 11-18 ετών και μόνο 44 % για τα κορίτσια ηλικίας 11-14 ετών, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από τον στόχο του ΠΟΥ για πλήρη εμβολιασμό του 90 % των κοριτσιών έως την ηλικία των 15 ετών. Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν σε αυτά τα χαμηλά ποσοστά κάλυψης, όπως η έλλειψη αποτελεσματικών εκστρατειών ευαισθητοποίησης, οι ανεπαρκείς γνώσεις και η ανεπαρκής εκπαίδευση σε θέματα υγείας, τα εμπόδια στην πρόσβαση, πολιτισμικά στοιχεία και η περιορισμένη παροχή πληροφοριών από τους παρόχους υγείας.



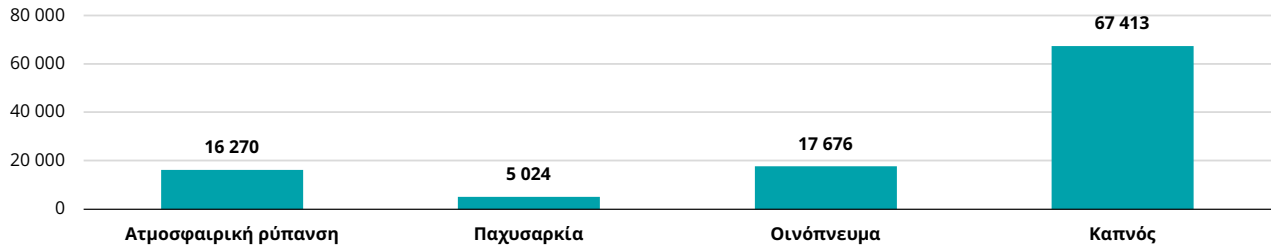
### Πολλά νέα περιστατικά καρκίνου θα μπορούσαν να προληφθούν μεταξύ του 2023 και του 2050 εάν επιτευχθούν οι στόχοι μείωσης των παραγόντων κινδύνου καρκίνου

Σύμφωνα με μοντέλα του ΟΟΣΑ για τη δημόσια υγεία (SPHeP), η επίτευξη των στόχων για τον καπνό θα μπορούσε να οδηγήσει την Ελλάδα στην πρόληψη 67 413 νέων

περιστατικών καρκίνου μεταξύ του 2023 και του 2050 (διάγραμμα 8). Η επίτευξη του στόχου για το οινόπνευμα θα μπορούσε να μειώσει το βάρος του καρκίνου κατά 17 676 περιστατικά κατά την ίδια περίοδο. Επιπλέον, 16 270 περιστατικά θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν επιτευχθούν οι στόχοι για την ατμοσφαιρική ρύπανση και 5 024 εάν επιτευχθούν οι στόχοι για την παχυσαρκία.

### Διάγραμμα 8. Περισσότερα από 67 000 περιστατικά καρκίνου θα μπορούσαν να προληφθούν μεταξύ του 2023 και του 2050 με την επίτευξη των στόχων ελέγχου του καπνού

Αριθμός περιστατικών καρκίνου που μπορούν να αποφευχθούν μεταξύ 2023-50 χάρη στην επίτευξη των στόχων για τους παράγοντες κινδύνου



Σημειώσεις: Ο στόχος για τον καπνό συνίσταται στη μείωση της χρήσης καπνού κατά 30 % μεταξύ του 2010 και του 2025 και στη χρήση καπνού από λιγότερο από το 5 % του πληθυσμού έως το 2040. Για το οινόπνευμα, ο στόχος είναι η μείωση της συνολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά τουλάχιστον 20 % και η μείωση της ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά 20 % μεταξύ του 2010 και του 2030. Για την ατμοσφαιρική ρύπανση, ο στόχος είναι να επιτευχθεί ετήσιο μέσο επίπεδο  $PM_{2.5}$  με ανώτατο όριο τα  $10 \mu g/m^3$  έως το 2030 και τα  $5 \mu g/m^3$  έως το 2050. Όσον αφορά την παχυσαρκία, στόχος είναι η μείωση του επιπέδου παχυσαρκίας του 2010 έως το 2025.

Πηγή: ΟΟΣΑ (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

## 4. Έγκαιρη ανίχνευση

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

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

Το 2022 καθιερώθηκε πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού, στο πλαίσιο του οποίου οι υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου για τα επιλέξιμα άτομα είναι δωρεάν και οι τυχόν πρόσθετες εξετάσεις και υπηρεσίες καλύπτονται πλήρως από την κοινωνική ασφάλιση υγείας εάν απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση. Μετά από τροποποιήσεις όσον αφορά την επιλεξιμότητα των ηλικιακών ομάδων και τη συχνότητα, το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού καλύπτει επί του παρόντος τη διενέργεια μαστογραφίας σε ετήσια βάση για τις γυναίκες ηλικίας 45-74 ετών, καθώς και υπερήχου και κλινικής εξέτασης εάν χρειάζεται. Οι επιλέξιμες γυναίκες λαμβάνουν πρόσκληση μέσω γραπτού μηνύματος. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, 300 000 γυναίκες έχουν συμμετάσχει στο πρόγραμμα και 20 000 γυναίκες με συμπτώματα έχουν εντοπιστεί εγκαίρως από τις αρχές του 2022 (Υπουργείο Υγείας, 2024). Ωστόσο, δεν δημοσιεύονται πρόσθετες πληροφορίες και στοιχεία σχετικά με τον πραγματικό αντίκτυπο και τα αποτελέσματα του προγράμματος, τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το στάδιο διάγνωσης και τις τάσεις στα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου πριν και μετά την εισαγωγή του προγράμματος.

Τον Μάιο του 2024 εξαγγέλθηκε η εφαρμογή προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το οποίο απευθύνεται σε 2,5 εκατομμύρια γυναίκες ηλικίας 21-65 ετών. Στόχος του προγράμματος είναι να καλύπτει τη διενέργεια τεστ Παπ (επιχρίσματος) ανά τριετία για τις γυναίκες ηλικίας 21-29 ετών, μοριακού τεστ HPV-DNA ανά πενταετία για τις γυναίκες ηλικίας 30-65 ετών, καθώς και επισκέψεις σε γιατρό εάν απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος θα επεκταθεί επίσης στον καρκίνο του παχέος εντέρου, με αποτέλεσμα 2,8 εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50-65 ετών να είναι επιλέξιμοι για εξέταση και διαγνωστική κολonosκόπηση.

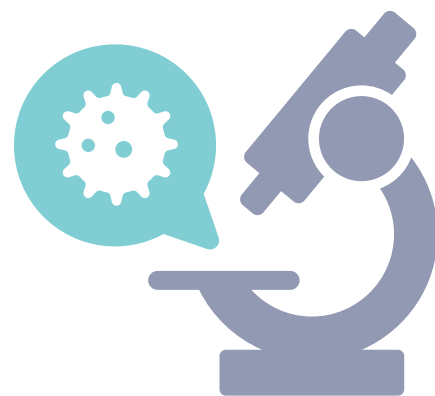
Ταυτόχρονα, παρότι το 2024 εξαγγέλθηκαν επισήμως προγράμματα με βάση τον πληθυσμό για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο του παχέος εντέρου, δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την ανάπτυξή τους. Παρότι η σταδιακή επέκταση του

προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου με βάση τον πληθυσμό αποτελεί σημαντικό βήμα στην Ελλάδα για τη βελτίωση της έγκαιρης ανίχνευσης, είναι ζωτικής σημασίας να διασφαλιστούν η συνέχιση και η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του προγράμματος. Προς το παρόν, τα προγράμματα αυτά χρηματοδοτούνται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ και η χρηματοδότησή τους λήγει τον Δεκέμβριο του 2025. Η βιωσιμότητα θα εξαρτηθεί από τη συνέχιση των τρεχουσών επενδύσεων σε πόρους, την εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού, την ευαισθητοποίηση του κοινού, την πολιτική στήριξη και τις ισχυρές δομές αξιολόγησης.

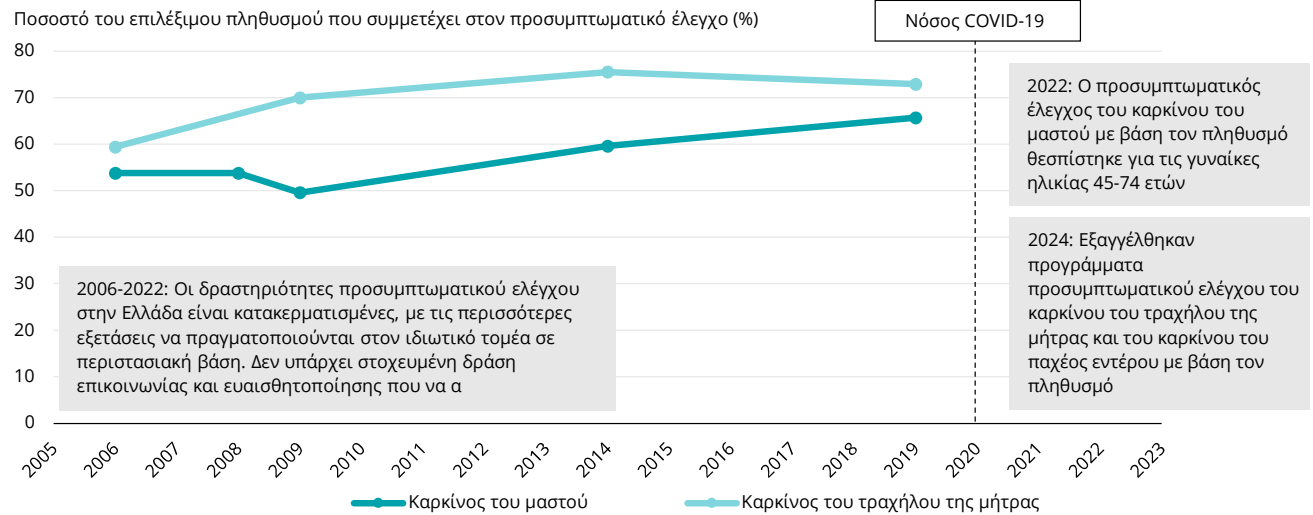
**Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας αυξήθηκαν με την πάροδο του χρόνου, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες**

Σύμφωνα με δεδομένα της EHIS, περίπου το 66 % των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών το 2019 ανέφεραν ότι υποβλήθηκαν σε μαστογραφία κατά τα τελευταία δύο έτη στην Ελλάδα. Το ποσοστό αυτό είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ το 2019 (66 % σύμφωνα με στοιχεία της EHIS). Επιπλέον, έχει σημειωθεί πρόοδος κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες: το ποσοστό των Ελλήνων γυναικών που ανέφεραν ότι υποβλήθηκαν σε μαστογραφία αυξήθηκε από 54 % το 2006 σε 60 % το 2014 (διάγραμμα 9).

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονταν σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού διέφερε σημαντικά μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, με το εισόδημα, την εκπαίδευση και τη χώρα γέννησης να επηρεάζουν την πιθανότητα υποβολής σε μαστογραφία. Με βάση τα δεδομένα της EHIS για το 2019, μόνο οι μισές γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (53 %) ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί σε μαστογραφία κατά τα τελευταία δύο έτη στην Ελλάδα, σε σύγκριση με το 64 % σε ολόκληρη την ΕΕ. Αντιθέτως, το ποσοστό ήταν 80 % για τις επιλέξιμες γυναίκες με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 71 %.



## Διάγραμμα 9. Τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, αλλά υπάρχει περιθώριο για περαιτέρω βελτίωση



Σημειώσεις: Τα ποσοστά συμμετοχής στα δύο προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου βασίζονται στον προσυμπτωματικό έλεγχο με μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών κατά την τελευταία διετία και στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες ηλικίας 20-69 ετών κατά την τελευταία διετία. Τα δεδομένα για την Ελλάδα προέρχονται από την EHIS.

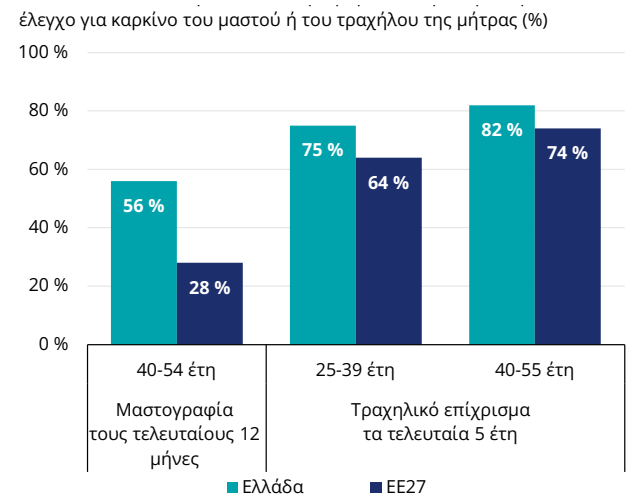
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2024.

Το 2019 σχεδόν το 73 % των γυναικών ηλικίας 20-69 ετών στην Ελλάδα ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί σε εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά την τελευταία διετία (ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 71 % το 2019). Αυτό το ποσοστό συμμετοχής που αναφέρθηκε από τις ίδιες τις γυναίκες είχε μειωθεί από το 2014 (όπου ήταν 76 %), αλλά αυξήθηκε σημαντικά από το 2006 (όπου ήταν 59 %). Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας, οι γυναίκες με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν 1,85 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε τακτική εξέταση επιχρίσματος απ' ό,τι οι γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Riza et al., 2017).

### Τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα συμμετέχουν περισσότερο στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα σε σύγκριση με την ΕΕ

Σύμφωνα με την έρευνα III για τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα της ΕΕ, η συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των ΛΟΑΤΚΙ ατόμων είναι υψηλότερη στην Ελλάδα απ' ό,τι σε άλλες χώρες της ΕΕ (διάγραμμα 10). Το 2023 το 56 % των γυναικών σισ-τζέντερ, των διεμφυλικών γυναικών και των ίντερσεξ ατόμων του πληθυσμού ΛΟΑΤΚΙ ηλικίας 40-54 ετών ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί σε μαστογραφία τους προηγούμενους 12 μήνες, ποσοστό διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ (28 %). Η συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεταξύ του σχετικού πληθυσμού ΛΟΑΤΚΙ είναι επίσης υψηλότερη στην Ελλάδα απ' ό,τι σε άλλες χώρες της ΕΕ. Το 2023 το 75 % του σχετικού πληθυσμού ΛΟΑΤΚΙ ηλικίας 25-39 ετών στην Ελλάδα ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε εξέταση επιχρίσματος κατά τα προηγούμενα 5 έτη (ποσοστό υψηλότερο από το 64 % στην ΕΕ). Αντίστοιχα, το 82 % των ατόμων ηλικίας 40-55 ετών αυτού του πληθυσμού στην Ελλάδα ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε εξέταση επιχρίσματος (ποσοστό υψηλότερο από το 74 % στην ΕΕ).

### Διάγραμμα 10. Η συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου μεταξύ των ΛΟΑΤΚΙ ατόμων είναι υψηλότερη στην Ελλάδα απ' ό,τι σε άλλες χώρες της ΕΕ



Σημείωση: Τα αποτελέσματα της έρευνας για τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα αναφέρονται σε ηλικιακές ομάδες και/ή διαστήματα προσυμπτωματικού ελέγχου που δεν ευθυγραμμίζονται με την προσέγγιση προσυμπτωματικού ελέγχου με βάση τον πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και δεν θα πρέπει να συγκρίνονται.

Πηγές: Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (έρευνα III της ΕΕ για τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα).

### Το ποσοστό συμμετοχής σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι χαμηλό στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ

Σύμφωνα με στοιχεία του 2019, το 28 % των ατόμων ηλικίας 50-74 ετών στην Ελλάδα ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου κατά την τελευταία διετία. Τα σχετικά χαμηλά ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά δεδομένης της συχνότητας εμφάνισης και της θνησιμότητας που συνδέονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου στην Ελλάδα (βλ. ενότητα 2). Διάφοροι παράγοντες

συμβάλλουν στα χαμηλά ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας προγράμματος με βάση τον πληθυσμό κατά τον χρόνο συλλογής των δεδομένων. Στην Ελλάδα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του παχέος εντέρου διενεργείται συνήθως από ειδικευμένους γιατρούς στον ιδιωτικό τομέα, είτε κατόπιν παραπομπής είτε όταν οι ασθενείς αναζητούν την υπηρεσία ανεξάρτητα. Η πρόσβαση σε προσυμπτωματικό έλεγχο και στην περίθαλψη του καρκίνου στον δημόσιο τομέα είναι δύσκολη λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής.

### **Χρειάζονται πιο στοχευμένες δράσεις επικοινωνίας και ευαισθητοποίησης για την προσέγγιση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων**

Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες προσεγγίσεις για την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων εκστρατειών στα μέσα ενημέρωσης και ιστοτόπων που είναι εύκολα αναγνώσιμοι και κατανοητοί και περιέχουν σχετικές πληροφορίες σε απλή γλώσσα. Ωστόσο, οι τρέχουσες εκστρατείες ευαισθητοποίησης ακολουθούν μια ενιαία προσέγγιση για όλους. Στην Ελλάδα, τα άτομα με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο έχουν διαφορετικά επίπεδα γνώσεων και έκθεσης σε στρατηγικές ευαισθητοποίησης για τη δημόσια υγεία και ανταποκρίνονται με διαφορετικό τρόπο στις υφιστάμενες πολιτικές για την ευαισθητοποίηση. Ωστόσο, επί του παρόντος δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες εκστρατείες επικοινωνίας και ευαισθητοποίησης που να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να απευθύνονται στα άτομα με αναπηρία, στους μετανάστες, στους ευάλωτους ή μειονοτικούς πληθυσμούς και να προωθούν την ένταξη και τις ίσες ευκαιρίες συμμετοχής στο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου.

### **Η επιτυχία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου εξαρτάται από τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις για την ενίσχυση του ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Οι δραστηριότητες προσυμπτωματικού ελέγχου διεξάγονται κυρίως σε ιδιωτικά εξωτερικά ιατρεία από ειδικευμένους γιατρούς λόγω της μεγάλης λίστας αναμονής στα δημόσια ιδρύματα. Η εισαγωγή των οικογενειακών ιατρών ως κεντρικής συνιστώσας του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το 2022 αποσκοπούσε στην ενίσχυση της σύνδεσης μεταξύ της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και των δραστηριοτήτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναμένεται να αναγνωρίζουν και να ερμηνεύουν πιθανά συμπτώματα, να παρακινούν τον επιλέξιμο πληθυσμό να συμμετάσχει στο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και να παραπέμπουν απευθείας τα άτομα σε εξειδικευμένη περίθαλψη, εάν

χρειάζεται. Ωστόσο, η επιτυχία των μηχανισμών αυτών παραμένει αβέβαιη, καθώς δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την πραγματική χρήση από την πλευρά των ασθενών και τη συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος του οικογενειακού γιατρού. Επιπλέον, το τρέχον σύστημα πληρωμών δεν παρέχει κίνητρα στους γιατρούς να αυξήσουν τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου μεταξύ των ασθενών τους, ενώ δεν υπάρχει στοχευμένη συνεχής ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση για την αποτελεσματική προβολή των οφελών του προσυμπτωματικού ελέγχου (Athanasakis et al., 2022).

Η εμπειρία από τη νόσο COVID-19 διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στον σχεδιασμό δραστηριοτήτων προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα. Με βάση την προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε για τον εμβολιασμό κατά της νόσου COVID-19, έχουν καταρτιστεί σχέδια για την παροχή υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου σε έναν χώρο μέσω κινητών ιατρικών μονάδων. Η στρατηγική αυτή αποσκοπεί στην ενίσχυση της προσβασιμότητας για τους πληθυσμούς που διαμένουν σε απομακρυσμένες και υποεξυπηρετούμενες κοινότητες, μετριάζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο, τις ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου.

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

Παρά τη χρήση ψηφιακών εργαλείων για τον εντοπισμό και την πρόσκληση του επιλέξιμου πληθυσμού να συμμετάσχει σε προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, υπάρχει σημαντικό χάσμα στις συστηματικά παραγόμενες πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα του προγράμματος, τα χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών και τις σχετικές διαγνώσεις καρκίνου. Δεν υπάρχουν διαθέσιμες διαδικασίες για τη συλλογή, τη διαχείριση και τη χρήση δεδομένων προσυμπτωματικού ελέγχου για τη διασφάλιση της ποιότητας, την αξιολόγηση των προγραμμάτων και τη βελτίωση των επιδόσεων. Η υιοθέτηση προσεγγίσεων με βάση τα δεδομένα είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό στρατηγικών με στόχο τη συμμετοχή των ευάλωτων πληθυσμών και για την παρακολούθηση των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου, με ιδιαίτερη προσοχή στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη γεωγραφική περιοχή και το καθεστώς μετανάστευσης, μεταξύ άλλων παραγόντων. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα ζητήματα αυτά δεν αφορούν μόνο τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου. Απορρέουν από την ευρύτερη έλλειψη νοοτροπίας παρακολούθησης και αξιολόγησης στο πλαίσιο των πολιτικών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα (Athanasakis et al., 2022).

# 5. Επιδόσεις όσον αφορά την περίθαλψη του καρκίνου

## 5.1 Προσβασιμότητα

### Η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού και άνιση γεωγραφική κατανομή των ογκολόγων

Η πολιτική εργατικού δυναμικού για τον καρκίνο στην Ελλάδα είναι κατακερματισμένη, με αποτέλεσμα να προκύπτουν σημαντικές προκλήσεις και προβλήματα όσον αφορά την παροχή περίθαλψης του καρκίνου. Υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις τόσο ογκολόγων σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο όσο και νοσηλευτικού προσωπικού σε επίπεδο κοινότητας, με την Ελλάδα να καταγράφει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1 000 νέα περιστατικά καρκίνου μεταξύ των χωρών της ΕΕ+2. Ειδικότερα, υπάρχουν 641 νοσηλευτές ανά 1 000 νέα περιστατικά καρκίνου στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 1 376 ανά 1 000. Επίσης στην Ελλάδα δεν προβλέπονται καθήκοντα περίθαλψης καθοδηγούμενης από το νοσηλευτικό προσωπικό ή προηγμένης νοσηλευτικής για τον καρκίνο.

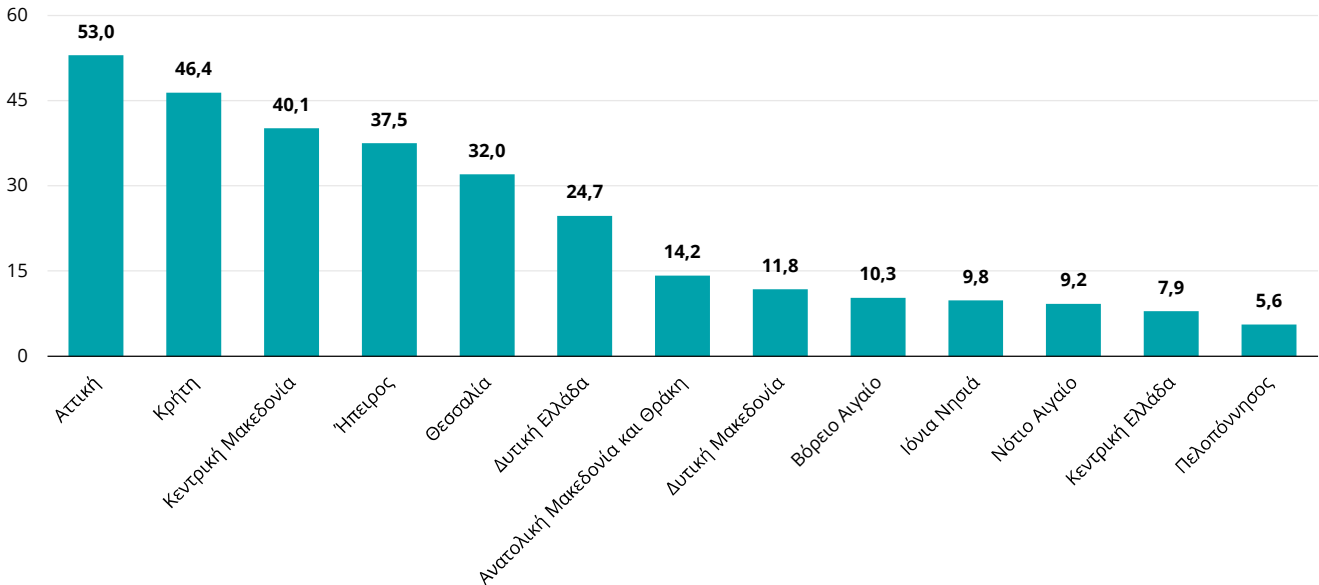
Παρόμοιο ζήτημα παρατηρείται όσον αφορά τη διαθεσιμότητα οικογενειακών ιατρών, με την Ελλάδα να κατατάσσεται επίσης μεταξύ των χαμηλότερων θέσεων στην ΕΕ. Η έλλειψη

ισχυρού τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υποχρεώνει τους ασθενείς να αναζητούν κατά κύριο λόγο νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη. Ως εκ τούτου, η αυξημένη ζήτηση ασκεί πίεση στο σύστημα υγείας, οδηγώντας σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής και θέτοντας δυνητικά σε κίνδυνο την ποιότητα της περίθαλψης.

Ο δημόσιος τομέας εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές ελλείψεις προσωπικού σε διάφορες ειδικότητες που σχετίζονται με την ογκολογία –συμπεριλαμβανομένων των παθολόγων, των αιματολόγων, των χειρουργών ογκολόγων και των ογκολόγων-ακτινολόγων, καθώς και των νοσηλευτών. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη εστίασης στην ολιστική περίθαλψη του καρκίνου, η οποία περιλαμβάνει πρόσθετους κλάδους όπως η ψυχιατρική, η ψυχολογία, η κοινωνική εργασία, η φυσιοθεραπεία και η διαιτολογία. Οι ελλείψεις δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε χειρουργικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ακτινολογικής ογκολογίας στον δημόσιο τομέα. Τα προβλήματα πρόσβασης επιδεινώνονται περαιτέρω από τη γεωγραφική κατανομή των κλινικών ογκολόγων, καθώς η πυκνότητα των κλινικών ογκολόγων κυμαίνεται από 53 ανά 1 000 000 κατοίκους στην Αττική έως 5,6 στην Πελοπόννησο (διάγραμμα 11).

### Διάγραμμα 11. Αριθμός ογκολόγων παθολόγων ανά 1 000 000 στην Ελλάδα το 2022, ανά περιφέρεια

Πυκνότητα κλινικών ογκολόγων, ανά 1 000 000 κατοίκους, 2022



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2024).

Παρά την κρίσιμη σημασία της διαθεσιμότητας ανθρώπινων πόρων για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε περίθαλψη του καρκίνου, δεν υπάρχει επί του παρόντος ολοκληρωμένο σχέδιο για την αντιμετώπιση των ελλείψεων και την ανάπτυξη του μελλοντικού εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Η ιατρική ογκολογία υποεκπροσωπείται στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και η χειρουργική ογκολογία δεν έχει αναγνωριστεί ακόμη

ως ανεξάρτητη ειδικότητα. Οι ευκαιρίες για κλινική επανειδίκευση και μεταπτυχιακή αναβάθμιση των δεξιοτήτων περιορίζονται κατά κύριο λόγο στις προσπάθειες ανεξάρτητων ιατρικών εταιρειών. Επιπλέον, το σύστημα πληρωμών των γιατρών στον δημόσιο τομέα στερείται οικονομικών κινήτρων για τη βελτίωση των επιδόσεων (Athanasakis et al., 2022). Αυτό εμποδίζει τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση σημαντικών προκλήσεων πολιτικής όσον



αφορά το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα –συμπεριλαμβανομένης της μαζικής εκροής νέων γιατρών και νοσηλευτών σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γερμανία – καθώς και για την επένδυση στη συνεχή ιατρική εκπαίδευση και σε ευκαιρίες εξειδίκευσης με γνώμονα τις ανάγκες.

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

Οι χρόνιες ελλείψεις του συστήματος υγείας, οι μεγάλες λίστες αναμονής και η δυσάρεσκεια των πολιτών για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχουν συμβάλει σημαντικά έτσι ώστε να υπάρχουν σταθερά υψηλές άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς. Το μοντέλο χρηματοδότησης της υγείας που ακολουθεί η Ελλάδα, σε συνδυασμό με την πιθανή απώλεια εισοδήματος λόγω ασθένειας, επιδεινώνει τις ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση σε περίθαλψη του καρκίνου και θέτει σημαντικές οικονομικές προκλήσεις ή συνεπάγεται ακόμη και οικονομική καταστροφή –ιδίως μεταξύ των φτωχότερων νοικοκυριών στην Ελλάδα (Kyriopoulos, Nikoloski & Mossialos, 2021). Σύμφωνα με προηγούμενα στοιχεία, τα μισά νοικοκυριά με καρκίνο του μαστού δαπάνησαν πάνω από το 20 % του εισοδήματός τους για υγειονομική περίθαλψη την περίοδο 2011-2014 (Skroumpelos et al., 2016). Επιπλέον, τα αυξημένα οικονομικά εμπόδια οδηγούν σε καθυστερήσεις στην αναζήτηση περίθαλψης, οι οποίες έχουν ως επακόλουθες επιπτώσεις την καθυστερημένη ανίχνευση και διάγνωση, ιδίως μεταξύ των κοινωνικοοικονομικά εύλωτων ομάδων (βλ. ενότητα 4). Σύμφωνα με παλαιότερα στοιχεία, το 30 % των καρκινοπαθών ανέφεραν δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση σε περίθαλψη, με πάνω από το 40 % να αποδίδει το ζήτημα σε έλλειψη οικονομικής προσιτότητας (Souliotis, Agapidaki & Papageorgiou, 2015).

### **Η συγκέντρωση των υποδομών περίθαλψης του καρκίνου επιδεινώνουν τις ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη του καρκίνου**

Οι υποδομές περίθαλψης του καρκίνου είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένες σε μεγάλες αστικές περιοχές στην Ελλάδα, όπου βρίσκονται οι περισσότερες εξειδικευμένες ογκολογικές μονάδες. Ειδικότερα, σχεδόν δύο στα τρία νοσοκομεία και κλινικές που παρέχουν ογκολογική περίθαλψη βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Οι ασθενείς που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές αντιμετωπίζουν σημαντικά γεωγραφικά εμπόδια όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας και παρακολούθησης. Ως εκ τούτου, σχεδόν το ένα τέταρτο των καρκινοπαθών θεωρούν ότι οι μεγάλες αποστάσεις και οι δυσκολίες μεταφοράς συνιστούν εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη (Souliotis, Agapidaki & Papageorgiou, 2015). Έχει καταγραφεί σημαντική

διαπεριφερειακή κινητικότητα καρκινοπαθών –κυρίως προς την Αθήνα. Εκτός από τις πιθανές επιπτώσεις στην έγκαιρη λήψη και τη συνέχιση της περίθαλψης του καρκίνου, η κατάσταση αυτή έχει σημαντικές επιπτώσεις για τους ασθενείς και τους φροντιστές τους, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας εισοδήματος, του κόστους μεταφοράς και στέγασης και των επιπτώσεων στην κοινωνική ζωή, στη συναισθηματική κατάσταση και στην ευημερία. Λόγω της συγκέντρωσης των υπηρεσιών περίθαλψης του καρκίνου, η πρόσβαση σε περίθαλψη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη δυνατότητα πληρωμής, καθώς οι φτωχότεροι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να μπορέσουν να επωμιστούν τις πρόσθετες δαπάνες που συνδέονται με τη λήψη περίθαλψης εκτός της περιοχής διαμονής τους.

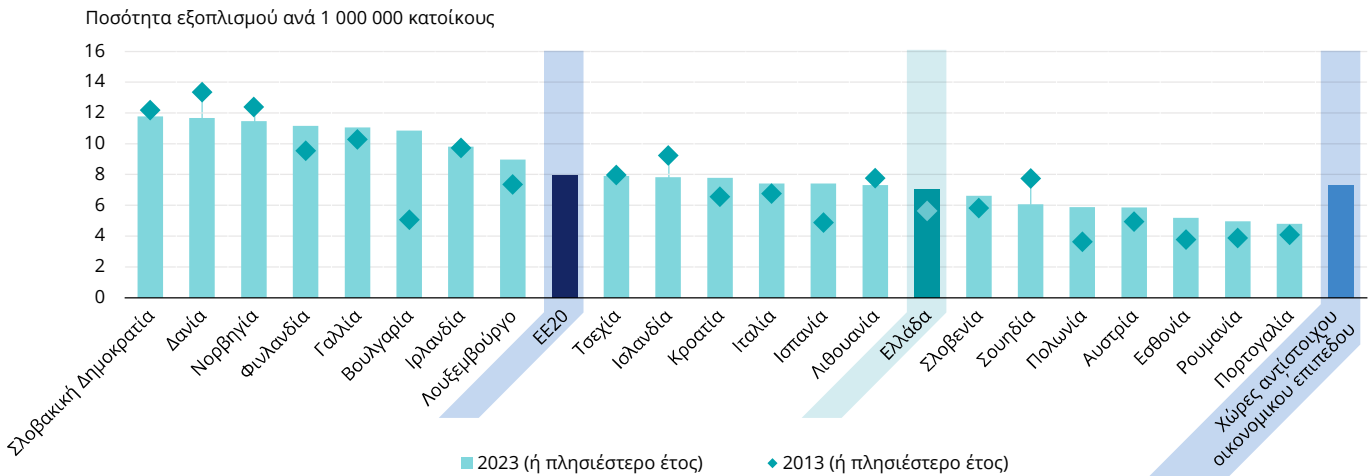
### **Οι χρόνοι αναμονής για την πρόσβαση σε διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες είναι μεγάλοι**

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

Οι χρόνοι αναμονής για ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση στα δημόσια νοσοκομεία είναι επίσης μεγάλοι και δεν έχουν θεσπιστεί ακόμη στόχοι για τη βελτίωση της πρόσβασης σε περίθαλψη του καρκίνου. Από προηγούμενα στοιχεία προέκυψε ότι πάνω από το 50 % των ασθενών που ανέφεραν εμπόδια στην πρόσβαση σε περίθαλψη του καρκίνου προσδιόρισαν τον μεγάλο χρόνο αναμονής ως το μείζον ζήτημα (Souliotis, Agapidaki & Papageorgiou, 2015). Κατά συνέπεια, οι ασθενείς συχνά στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα λόγω ανησυχιών σχετικά με τις επιπτώσεις της μεγάλης αναμονής στην υγεία τους.

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

Στην Ελλάδα, η ποσότητα του εξοπλισμού ακτινοθεραπείας αυξήθηκε από 6 ανά 1 000 000 άτομα το 2012 σε 7 ανά 1 000 000 άτομα το 2022, αλλά παραμένει κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 8 ανά 1 000 000 άτομα και κατά 3 % χαμηλότερη από τον μέσο όρο των χωρών αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου (διάγραμμα 12). Ο εξοπλισμός διατηρείται σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, με την πλειονότητά του να συγκεντρώνεται στις δύο μεγαλύτερες πόλεις (Αθήνα και Θεσσαλονίκη). Η κατανομή αυτή οδηγεί σε σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση.

**Διάγραμμα 12. Η δυναμικότητα του εξοπλισμού ακτινοθεραπείας στην Ελλάδα είναι ελαφρώς χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ**

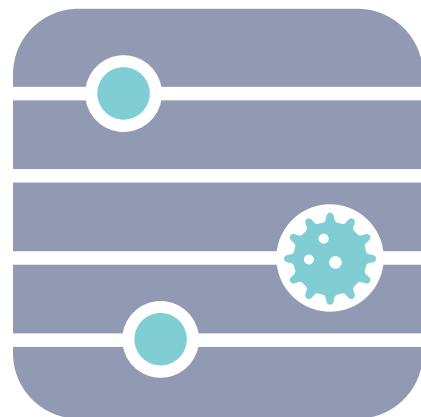
Σημειώσεις: Η συντριπτική πλειονότητα του εξοπλισμού ακτινοθεραπείας στις χώρες της ΕΕ βρίσκεται σε νοσοκομεία. Τα δεδομένα για την Πορτογαλία και τη Γαλλία αφορούν τον εξοπλισμό μόνο στα νοσοκομεία, ενώ τα δεδομένα για τις άλλες χώρες αφορούν το σύνολο του εξοπλισμού. Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου ορίζονται ως ομάδες τριτημορίου με βάση το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του 2022 σε όρους μονάδας αγοραστικής δύναμης. Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου για την Ελλάδα είναι οι BG, EST, HR, PL, PT, RO και SK. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι μη σταθμισμένος.  
Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2024.

### Η πρόσβαση σε νέα ογκολογικά φάρμακα έχει βελτιωθεί

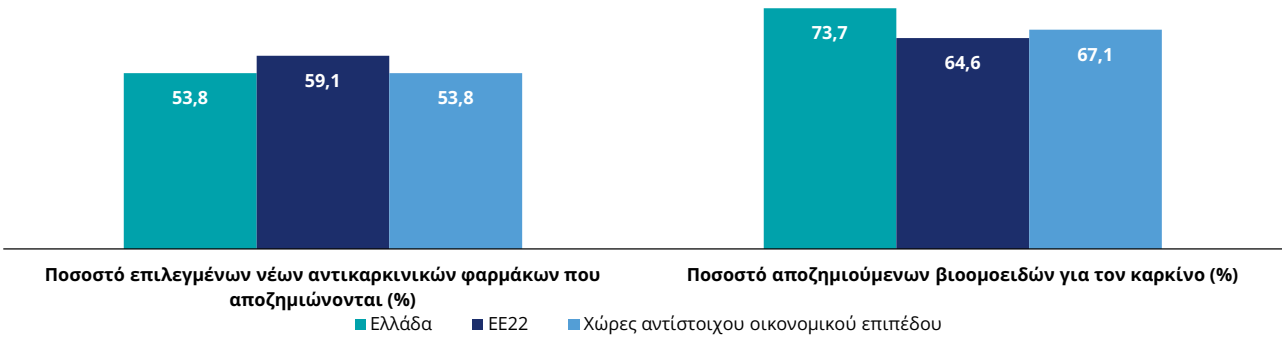
Κατά την περίοδο της οικονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα, ο χρόνος εισόδου στην αγορά αντικαρκινικών φαρμάκων αυξήθηκε και υπερέβη τον μέσο όρο της ΕΕ (Athanasakis et al., 2022). Το ποσοστό των ενδείξεων ενός δείγματος αντικαρκινικών φαρμάκων (για τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του πνεύμονα) με υψηλό κλινικό όφελος που καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι 54 % στην Ελλάδα –ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (59 %), αλλά πανομοιότυπο με τον μέσο όρο μεταξύ των χωρών αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου με την Ελλάδα (διάγραμμα 13). Ο συνολικός χρόνος από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και την έκδοση απόφασης για επιστροφή των εξόδων υπερβαίνει τις 550 ημέρες, αριθμός χαμηλότερος από τον αντίστοιχο αριθμό σε χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου όπως η Πορτογαλία (748 ημέρες), η Πολωνία (627 ημέρες) ή η Ουγγαρία (814 ημέρες). Αυτός ο συνολικός χρόνος διαμορφώνεται από παράγοντες και διαδικασίες που εμπíπτουν στον έλεγχο τόσο της φαρμακευτικής εταιρείας που υποβάλλει αίτηση όσο και των εθνικών αρχών.

Η διαθεσιμότητα βιομοειδών μειώνει σημαντικά το κόστος θεραπείας, προσφέροντας πιο οικονομικά προσιτές εναλλακτικές λύσεις αντί των πρωτότυπων φαρμάκων. Στην Ελλάδα, το 74 % των βιομοειδών για αντικαρκινικά φάρμακα καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ποσοστό που υπερβαίνει τον μέσο όρο του 65 % σε ολόκληρη την ΕΕ και το ποσοστό κάλυψης του 67 % μεταξύ των χωρών αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου με την Ελλάδα.

Στην Ελλάδα υπάρχουν εναλλακτικές οδοί που συμβάλλουν στη διευκόλυνση της πρόσβασης σε νέα αντικαρκινικά φάρμακα. Σε αυτές περιλαμβάνεται η χρήση του συστήματος ηλεκτρονικής προέγκρισης φαρμάκων, το οποίο παρέχει ad hoc κάλυψη για αντικαρκινικά φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται ακόμη στον κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων. Επί του παρόντος εφαρμόζονται ή συζητούνται πρόσθετα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων σχεδίων για την αναδιάρθρωση της διαδικασίας αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας (βλ. ενότητα 5.3) και για τη θέσπιση ταμείου καινοτομίας με στόχο την επιτάχυνση της πρόσβασης σε προϊόντα με δυνητικά οφέλη για τους ασθενείς. Εάν σχεδιαστούν προσεκτικά, τα μέτρα αυτά θα μπορούσαν να βελτιώσουν την πρόσβαση σε ογκολογικά φάρμακα, διασφαλίζοντας παράλληλα την αποδοτική κατανομή των πόρων και την οικονομική βιωσιμότητα.



**Διάγραμμα 13. Η πρόσβαση σε βιοομοειδή για τον καρκίνο στην Ελλάδα είναι πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ**



Σημειώσεις: Η ανάλυση περιλαμβάνει δείγμα 13 ενδείξεων 10 νέων αντικαρκινικών φαρμάκων για τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του πνεύμονα με υψηλό κλινικό όφελος και δεκαεννέα βιοομοειδών τριών αντικαρκινικών φαρμάκων (μπεβασιζουμάμπη, ριτουξιμάμπη, τραστουζουμάμπη), με ισχύουσα άδεια κυκλοφορίας από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων από τις 26 Μαρτίου 2023. Τα δεδομένα αντιπροσωπεύουν το ποσοστό των ενδείξεων ή των βιοομοειδών που περιλαμβάνονταν στον κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων την 1 Απριλίου 2023. Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου ορίζονται ως ομάδες τριτημορίου με βάση το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του 2022 σε όρους μονάδας αγοραστικής δύναμης. Οι χώρες αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου για την Ελλάδα είναι οι BG, EST, HR, HU, LV, PL και PT. Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος.

Πηγή: Hofmarcher, Berchet and Dedet (2024), «Access to oncology medicines in EU and OECD countries» (Πρόσβαση σε ογκολογικά φάρμακα στις χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ), Έγγραφο εργασίας του ΟΟΣΑ για την υγεία, αριθ. 170, OECD Publishing, Παρίσι, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

## 5.2 Ποιότητα

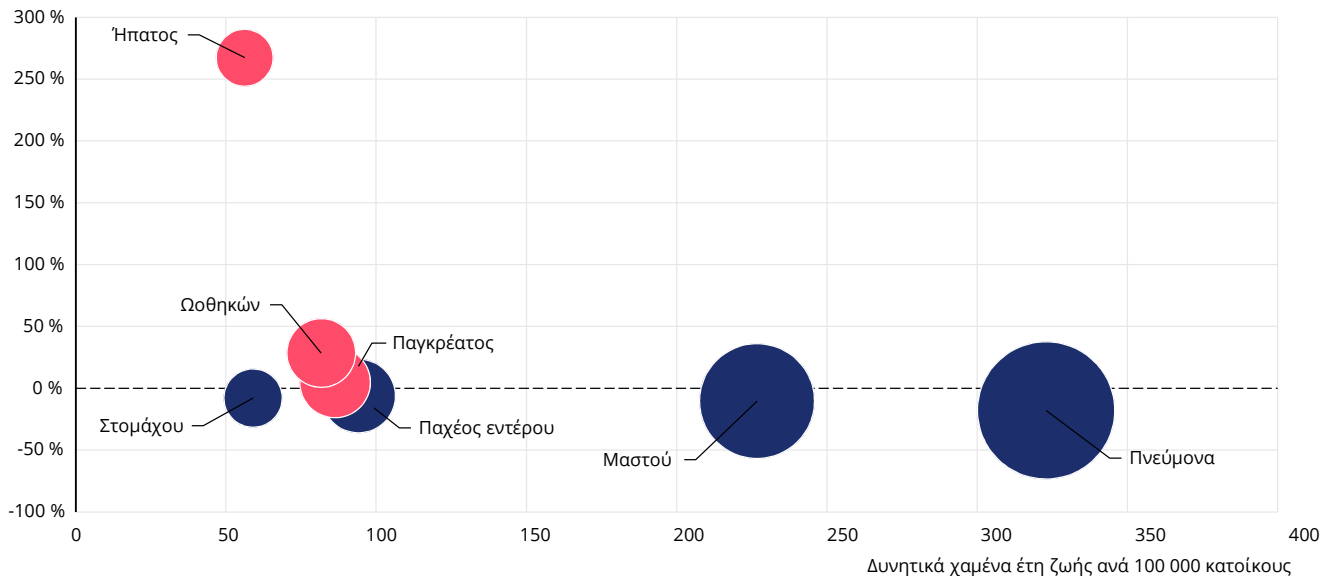
### Η πρόωρη θνησιμότητα μειώθηκε με αργούς ρυθμούς στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις χώρες της ΕΕ

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

ζωής από όλες τις περιοχές εκδήλωσης καρκίνου ήταν 1 361 ανά 100 000 άτομα το 2020 (διάγραμμα 14), ποσοστό παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (1 355 ανά 100 000). Από το 2012 έως το 2020, ο αριθμός των δυνητικών χαμένων ετών ζωής μειώθηκε κατά 9 % στην Ελλάδα, σε σύγκριση με μέση μείωση κατά 19 % σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι διαφορές αυτές αντικατοπτρίζουν τη δυσκολία της Ελλάδας να βελτιώσει την έγκαιρη πρόσβαση σε περίθαλψη του καρκίνου και την ποιότητά της. Παρά το γεγονός ότι συνέβαλαν σημαντικά στην πρόωρη θνησιμότητα, τα δυνητικά χαμένα έτη ζωής από καρκίνο του πνεύμονα μειώθηκαν κατά 18 % από το 2012 έως το 2020. Αντιθέτως, τα ποσοστά αυξήθηκαν για τον καρκίνο του ήπατος, τον καρκίνο του παγκρέατος και τον καρκίνο των ωθηκών κατά την ίδια περίοδο.

**Διάγραμμα 14. Η πρόωρη θνησιμότητα στην Ελλάδα έχει αυξηθεί για τον καρκίνο του ήπατος, τον καρκίνο του παγκρέατος και τον καρκίνο των ωθηκών**

Ποσοστιαία μεταβολή των δυνητικών χαμένων ετών ζωής την περίοδο 2012-22 (ή το πλησιέστερο διαθέσιμο έτος) (%)



Σημειώσεις: Το ποσοστό PYLL από καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και των ωθηκών υπολογίζεται μόνο στις γυναίκες, ενώ το ποσοστό PYLL από καρκίνο του προστάτη αναφέρεται στους άνδρες. Με τους κυκλικούς δίσκους ροζ χρώματος επισημαίνεται η αύξηση του ποσοστού μεταβολής PYLL κατά την περίοδο 2012-2022 (ή το τελευταίο διαθέσιμο έτος)· με τους κυκλικούς δίσκους μπλε χρώματος επισημαίνεται η μείωση. Το μέγεθος των κυκλικών δίσκων είναι ανάλογο των ποσοστών PYLL το 2022.

Πηγή: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2024.

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

Παρά τα αναγνωρισμένα οφέλη της συγκέντρωσης της περίθαλψης για τις κλινικές εκβάσεις, η περίθαλψη του καρκίνου στην Ελλάδα παραμένει κατακερματισμένη. Από τις αρχές της δεκαετίας του 2010 έχει διατυπωθεί σύσταση για τη δημιουργία δικτύων περίθαλψης του καρκίνου, με δυνατότητα ενίσχυσης του συντονισμού μεταξύ των εγκαταστάσεων περίθαλψης και διευκόλυνσης της διάδοσης γνώσεων και κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής μεταξύ των οργανισμών και των επαγγελματιών υγείας. Παρότι τα στοιχεία δείχνουν ότι οι πρωτοβουλίες αυτές συνήθως βελτιώνουν τις κλινικές εκβάσεις και ενδεχομένως μειώνουν το κόστος, δεν έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος. Ωστόσο, είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι η Ελλάδα κάνει σημαντικές προσπάθειες για την ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων στον τομέα της περίθαλψης του καρκίνου, τα οποία συνιστώνται για την εξασφάλιση πιο ομοιόμορφης και ολοκληρωμένης χρήσης στην κλινική πρακτική.

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

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

Οι μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας στην περίθαλψη του καρκίνου είναι επί του παρόντος ανεπαρκώς ανεπτυγμένοι στην Ελλάδα. Οι πάροχοι περίθαλψης του καρκίνου, όπως τα εργαστήρια και τα διαγνωστικά κέντρα, δεν λαμβάνουν διαπίστευση ή πιστοποίηση με συνεπή τρόπο. Για παράδειγμα, οι επιδόσεις της Ελλάδας είναι σημαντικά χειρότερες από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες όσον αφορά τη συμμετοχή σε εξωτερική αξιολόγηση της ποιότητας και τη διαπίστευση των εργαστηρίων για εξετάσεις βιοδεικτών (Normanno et al., 2022). Επιπλέον, οι πάροχοι μπορούν να αποζημιώνονται από τον εθνικό ασφαλιστικό φορέα, ακόμη και αν δεν είναι επίσημα διαπιστευμένοι ή πιστοποιημένοι για την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν. Συνολικά, η απουσία σαφούς πλαισίου για τη διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, καθώς ενδέχεται να θέσει σε κίνδυνο την ποιότητα της περίθαλψης και τις εκβάσεις των ασθενών.

### Έχει εξαγγελθεί η δημιουργία εθνικού μητρώου καρκίνου, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά ζητήματα σε επίπεδο δεδομένων

Αρκετά σημαντικά μέτρα πολιτικής που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης του καρκίνου δεν έχουν εγκριθεί ακόμη πλήρως. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των λίγων χωρών της ΕΕ που δεν έχουν ακόμη εφαρμόσει εθνικό μητρώο καρκίνου, παρά το γεγονός ότι η πρωτοβουλία αυτή συζητείται συστηματικά στη χώρα από τις

αρχές της δεκαετίας του 2000. Παρότι η δημιουργία εθνικού μητρώου εξαγγέλθηκε στις αρχές του 2024, με τη συμμετοχή επιστημονικών εταιρειών και οργανώσεων ασθενών, το μητρώο δεν είχε συσταθεί έως τον Ιούλιο του 2024. Ένα τέτοιο μητρώο θα συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της συνέχειας και της ποιότητας της περίθαλψης, ενώ παράλληλα θα παράγει χρήσιμα κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα για την υποστήριξη του τεκμηριωμένου σχεδιασμού πολιτικής. Ωστόσο, η προσέγγιση σύμφωνα με την οποία θα διαρθρωθεί και η σχετική υποστήριξη (π.χ. ιδίως η διαθεσιμότητα διοικητικού προσωπικού και η εκπαίδευση των γιατρών) είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εφαρμογή του. Εκτός από τα δεδομένα από τα μητρώα καρκίνου, ο προσφάτως συσταθείς Εθνικός Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία αναμένεται να παράγει συστηματικά υψηλής ποιότητας και προσβάσιμα δεδομένα για την περίθαλψη του καρκίνου.

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

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

Η Ελλάδα επίσης δεν διαθέτει ολοκληρωμένα κέντρα καρκίνου σε ολόκληρη τη χώρα. Ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατες ανακοινώσεις, το Νοσοκομείο Αγίου Σάββα θα καταστεί το πρώτο ολοκληρωμένο κέντρο για τον καρκίνο στην Ελλάδα, ενώ αναμένεται να ακολουθήσουν και άλλα νοσοκομεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Τα ολοκληρωμένα κέντρα είναι καθοριστικής σημασίας για την προώθηση της αριστείας στην κλινική πρακτική και τη διάδοση νέων γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της περίθαλψης του καρκίνου. Τέλος, παρότι στην Ελλάδα έχουν συσταθεί πολυτομεακά ογκολογικά συμβούλια εδώ και πάνω από μια δεκαετία, ο ρόλος τους είναι περιορισμένος λόγω ελλείψεων προσωπικού, σημαντικού διοικητικού φόρτου και γραφειοκρατικών εμποδίων. Η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος έχει δηλώσει ότι τα συμβούλια θα πρέπει να υποστηριχθούν ενεργά.

## 5.3 Κόστος και σχέση κόστους-οφέλους

### Η Ελλάδα προβλέπεται να έχει χαμηλότερη επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία από τον καρκίνο σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ

Σύμφωνα με το μοντέλο SPHeP του ΟΟΣΑ, μεταξύ του 2023 και του 2050, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία εκτιμάται ότι θα είναι κατά 3 % υψηλότερες στην Ελλάδα λόγω της επιβάρυνσης του καρκίνου. Αυτό ισοδυναμεί με μέσο όρο 78 EUR (ΙΑΔ) ανά άτομο ετησίως (διάγραμμα 15). Το ποσό αυτό είναι πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ-19 (242 EUR).

Συνολικά, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας για την περίθαλψη του καρκίνου αναμένεται να αυξηθούν κατά 68 % στην Ελλάδα μεταξύ του 2023 και του 2050, σε σύγκριση με την αύξηση κατά 59 % στην ΕΕ των 27.

Όσον αφορά το υπόλοιπο κόστος για την οικονομία, εκτιμάται ότι ο καρκίνος θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στο εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα. Μεταξύ του 2023 και του 2050, κατά μέσο όρο, ο καρκίνος αναμένεται να οδηγήσει σε απώλεια 126 εργαζομένων ισοδύναμου πλήρους απασχόλησης (ΙΠΑ) ανά 100 000 άτομα λόγω της ανάγκης μείωσης της απασχόλησης εξαιτίας του καρκίνου, καθώς και σε απώλεια 26 ΙΠΑ ανά

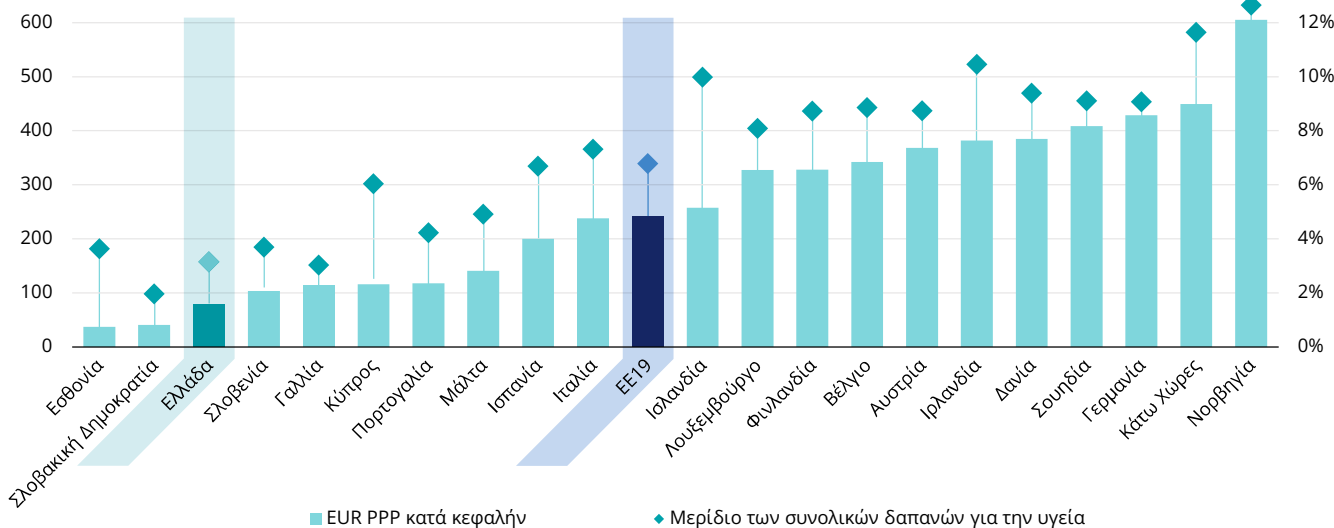
100 000 άτομα λόγω απουσιασμού και σε απώλεια 29 ΙΠΑ ανά 100 000 άτομα λόγω παρουσιασμού<sup>7</sup>.

Σύμφωνα με πρόσφατες προβλέψεις, το εκτιμώμενο οικονομικό κόστος του καρκίνου κατά την περίοδο 2020-2050 ανέρχεται σε 29 δισ. USD (σε διεθνή δολάρια), ποσό που αντιστοιχεί σε κόστος 0,37 % του ΑΕΠ ή σχεδόν 3 000 USD κατά κεφαλήν (Chen et al., 2023).

### Διάγραμμα 15. Η επιβάρυνση του καρκίνου στις δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αναμένεται να είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ

Προβλεπόμενη δαπάνη, σε κατά κεφαλή EUR PPP (ΙΑΔ), ανά έτος (μέσος όρος των ετών 2023-2050)

Προβλεπόμενο ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, ανά έτος (μέσος όρος των ετών 2023-2050)



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος.

Πηγή: ΟΟΣΑ (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

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

Τα κύρια μέτρα για τον έλεγχο του κόστους των ογκολογικών φαρμάκων είναι οι διαπραγματεύσεις για τις τιμές, οι εκπτώσεις και οι επιστροφές. Μέχρι σήμερα, έχουν θεσπιστεί λίγα μέτρα από την πλευρά της ζήτησης, όπως η αποτελεσματική παρακολούθηση της συνταγογράφησης και η σταδιακή έγκριση κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης (Athanasakis et al., 2022). Λόγω έλλειψης κατάλληλων υποδομών και δεδομένων, η εφαρμογή ρυθμίσεων πληρωμής με επιμερισμό του κινδύνου και άλλων συμφωνιών ελεγχόμενης εισόδου αποτελεί δύσκολο εγχείρημα στην Ελλάδα. Η αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας (ATY), η οποία θεσπίστηκε το 2018, διενεργείται για τα φαρμακευτικά προϊόντα αλλά όχι για άλλες τεχνολογίες υγείας. Η ATY επικεντρώνεται κυρίως στις κλινικές πτυχές και, σε μικρότερο βαθμό, στην οικονομική αξιολόγηση και την ευρύτερη κοινωνική αξία των αντικαρκινικών φαρμάκων. Αυτό οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη προσωπικού και σε διάφορα διοικητικά και γραφειοκρατικά εμπόδια, τα οποία περιορίζουν τη δυνατότητα αυστηρής αξιολόγησης της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των νέων τεχνολογιών. Για την αντιμετώπιση αυτών των ελλείψεων, εξαγγέλθηκε πρόσφατα και σχεδιάζεται μια υποσχόμενη πρωτοβουλία για την αναδιάρθρωση της διαδικασίας ATY και την εισαγωγή προσεγγίσεων με βάση την αξία.

Για άλλα είδη περίθαλψης, οι προσπάθειες για τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας της περίθαλψης του καρκίνου είναι ελάχιστες. Οι πάροχοι – συμπεριλαμβανομένων των εργαστηρίων, των διαγνωστικών κέντρων και των ιδιωτικών νοσοκομείων – μπορούν να συμβληθούν με τον ενιαίο ασφαλιστικό φορέα και να αποζημιώνονται από αυτόν χωρίς αυστηρές προϋποθέσεις ή απαιτήσεις. Ελλείψει μηχανισμών παρακολούθησης, η επιστροφή εξόδων δεν συνδέεται με την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τις επιδόσεις, ούτε με την παροχή της περίθαλψης βάσει αποδεικτικών στοιχείων. Παρά τις διάφορες προσπάθειες που έχουν γίνει, η αποζημίωση για τα δημόσια νοσοκομεία δεν συνδέεται με δραστηριότητα προσαρμοσμένη ανάλογα με το μείγμα περιπτώσεων ασθενών (case mix). Αντ' αυτού, τα νοσοκομεία αποζημιώνονται με υβριδικό σύστημα που περιλαμβάνει ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (diagnosis-related group – DRG) και αναδρομικές πληρωμές μέσω του κρατικού προϋπολογισμού χωρίς συγκεκριμένα κριτήρια. Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των DRG και του πραγματικού κόστους νοσηλείας για την περίθαλψη του καρκίνου, καθώς τα υπάρχοντα DRG δεν αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια τη χρήση των πόρων στην περίθαλψη του καρκίνου (Panagiotopoulos et al., 2020). Ένα επικαιροποιημένο σύστημα DRG βρίσκεται σε πιλοτική εφαρμογή και εφαρμόζεται σταδιακά στα δημόσια νοσοκομεία, με απώτερο στόχο την αντικατάσταση του υφιστάμενου συστήματος, το οποίο δεν διαθέτει κίνητρα για την προώθηση της αποδοτικότητας στην κατανομή των πόρων και τον περιορισμό του κόστους.

<sup>7</sup> Ο παρουσιασμός αναφέρεται στην απώλεια παραγωγικότητας που προκύπτει όταν οι εργαζόμενοι δεν είναι πλήρως λειτουργικοί στον χώρο εργασίας λόγω ασθένειας, τραυματισμού ή άλλης κατάστασης.

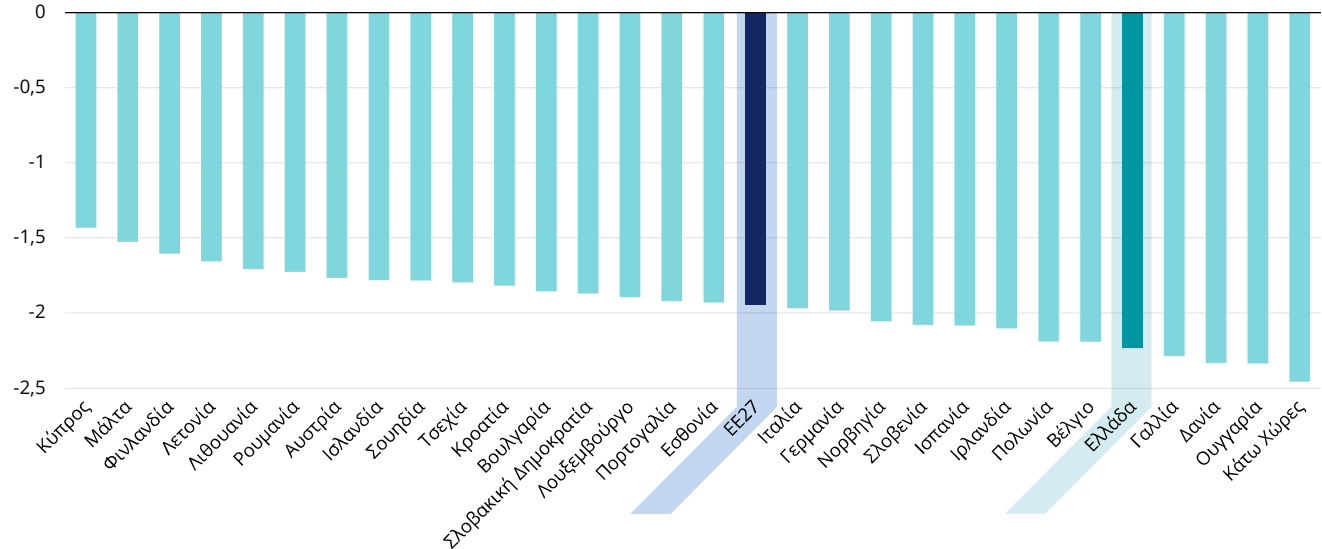
## 5.4 Ευημερία και ποιότητα ζωής

### Ο καρκίνος προβλέπεται να έχει μεγάλο αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής και την ψυχική υγεία στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το μοντέλο SPHeP του ΟΟΣΑ, μεταξύ του 2023 και του 2050, ο καρκίνος προβλέπεται ότι θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής του ελληνικού πληθυσμού κατά 2,2 έτη σε σύγκριση με σενάριο όπου δεν υφίσταται καρκίνος. Ο αριθμός αυτός υπερβαίνει τη μέση μείωση των 1,9 ετών στην ΕΕ (διάγραμμα 16).

### Διάγραμμα 16. Η Ελλάδα προβλέπεται να αντιμετωπίσει την πέμπτη μεγαλύτερη μείωση του προσδόκιμου ζωής μεταξύ των χωρών της ΕΕ+2

Προβλεπόμενη μείωση του προσδόκιμου ζωής λόγω καρκίνου σε έτη (μέσος όρος 2023-50)



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος.

Πηγή: ΟΟΣΑ (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### Ο καρκίνος επηρεάζει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, την κατάσταση της ψυχικής υγείας και την ευημερία των ασθενών στην Ελλάδα

Η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών στην Ελλάδα είναι σημαντικά χαμηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού. Οι ασθενείς αναφέρουν ότι η εμφάνιση του καρκίνου έχει αλλάξει σημαντικά την οικογενειακή τους ζωή, καθώς και τις ευκαιρίες συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας και σε κοινωνικές δραστηριότητες (Yfantopoulos et al., 2024). Για παράδειγμα, πάνω από το 60 % των καρκινοπαθών στην Ελλάδα ανέφεραν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και τη συναναστροφή με τον κοινωνικό τους περίγυρο, καθώς και αλλαγές στην οικογενειακή τους ζωή. Υπάρχουν επίσης σημαντικές κοινωνικοδημογραφικές διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των καρκινοπαθών, με τις γυναίκες και τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό και εισοδηματικό επίπεδο να αναφέρουν γενικά υψηλότερες βαθμολογίες σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής. Πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο επιπολασμό χαμηλής ποιότητας ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων επιζώντων καρκίνου από όλες τις χώρες της ΕΕ (Li & Myrskylä, 2023).

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

Επιπλέον, ο καρκίνος έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού εξαιτίας των σχετικών συμπτωμάτων που προκαλεί και των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, και έχει αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή, τους κοινωνικούς ρόλους και την εργασία. Σύμφωνα με το μοντέλο SPHeP του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα αναμένεται να έχει πολύ υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης λόγω καρκίνου, με επιπλέον προτυπωμένο κατά ηλικία ποσοστό 22 περιστατικών ανά 100 000 κατοίκους ετησίως. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ανέρχεται σε 17 περιστατικά ανά 100 000 κατοίκους.

καταθλιπτικά συμπτώματα (Papadopoulou et al., 2022).

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

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

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

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

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

Υπάρχει επίσης έλλειψη ολοκληρωμένων στρατηγικών για τη στήριξη των καρκινοπαθών και των επιζώντων καρκίνου όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους. Αξιοσημείωτη εξαίρεση αποτελεί η Κλινική Επιζώντων Καρκίνου που δημιουργήθηκε στο Νοσοκομείο «Αττικών», η οποία έγινε η πρώτη του είδους της το 2023. Ενώ τα προγράμματα για την έκθεση στη θεραπεία, τον έλεγχο του πόνου, τη διαχείριση του άγχους και τις πιθανές όψιμες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης φροντίδας του καρκίνου, δεν έχουν δρομολογηθεί δράσεις υγειονομικής εκπαίδευσης σε εθνικό επίπεδο στην Ελλάδα. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη συντονισμού και επικοινωνίας μεταξύ των ειδικών και των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας, γεγονός που εμποδίζει τη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας και υποβαθμίζει την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών. Η απουσία ηλεκτρονικών μητρώων υγείας και η περιορισμένη διαθεσιμότητα εκπαιδευμένων επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας για τη διαχείριση της περίθαλψης του καρκίνου περιορίζουν τις ευκαιρίες για την καθιέρωση ολοκληρωμένης και ανθρωποκεντρικής περίθαλψης του καρκίνου.

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

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

Παρά τις προηγούμενες προσπάθειες, το σύστημα παρηγορητικής φροντίδας της Ελλάδας παραμένει κατακερματισμένο και περιορισμένο. Η παροχή υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής, είναι κατά κύριο λόγο εθελοντική. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε μικρό αριθμό δημόσιων νοσοκομείων ή από νοσηλευτές ή μη εκπαιδευμένους φροντιστές που αποζημιώνονται από την οικογένεια του ασθενούς, μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), φιλανθρωπικούς οργανισμούς ή ιδιωτικούς παρόχους. Το ζήτημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο πλαίσιο της περίθαλψης του καρκίνου, καθώς εκτιμάται ότι οι καρκινοπαθείς αντιπροσωπεύουν το 37 % των συνολικών αναγκών παρηγορητικής φροντίδας στην Ελλάδα (Υπουργείο Υγείας, 2019). Ωστόσο, η τρέχουσα δυναμική του συστήματος παρηγορητικής φροντίδας είναι ανεπαρκής, καθώς καλύπτει λιγότερο από το 1 % των ασθενών που θα μπορούσαν δυννητικά να επωφεληθούν από την εν λόγω φροντίδα. Αυτή η ανεπάρκεια έχει σοβαρές επιπτώσεις για τα νοικοκυριά, καθώς τα μέλη της οικογένειας είτε αναλαμβάνουν τον ρόλο του άτυπου φροντιστή είτε επωμίζονται το κόστος για την παροχή υπηρεσιών από άλλους φροντιστές.

Το 2022 η Βουλή των Ελλήνων θέσπισε νομοθεσία για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος παρηγορητικής φροντίδας. Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις για τη σύσταση εθνικής επιτροπής παρηγορητικής φροντίδας, την κατάρτιση εθνικού σχεδίου δράσης, τη σύσταση εθνικού μητρώου ασθενών παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και για την επιστροφή των εξόδων και την εκπαίδευση των παρόχων παρηγορητικής φροντίδας. Παρότι υπάρχουν σχέδια για προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας κατ' οίκον και σε επίπεδο κοινότητας, δεν έχουν υλοποιηθεί ακόμη. Η πρόοδος ήταν ελάχιστη σε άλλους κρίσιμους τομείς, όπως η ανάπτυξη μηχανισμών ψυχολογικής υποστήριξης για τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής και η παροχή οικονομικών κινήτρων για τους παρόχους περίθαλψης.

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

Το 2021 εγκαινιάστηκε μια ελπιδοφόρα πρωτοβουλία στο Ογκολογικό Νοσοκομείο Αγίου Σάββα, στο πλαίσιο της οποίας προσφέρονται θεραπείες για την αντιμετώπιση του καρκίνου στα σπίτια των ασθενών. Τα πρώτα ποιοτικά στοιχεία δείχνουν ότι η πρωτοβουλία αυτή μπορεί να έχει βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών, διευκολύνοντας την πρόσβαση στην περίθαλψη και παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να εκτελούν καθημερινά καθήκοντα, αποφεύγοντας τους μεγάλους χρόνους αναμονής. Προβλέπεται η επέκταση του προγράμματος σε δύο επιπλέον ογκολογικά νοσοκομεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη το 2024, το οποίο χρηματοδοτείται από το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της ΕΕ.

## 6. Ο παιδιατρικός καρκίνος στο επίκεντρο

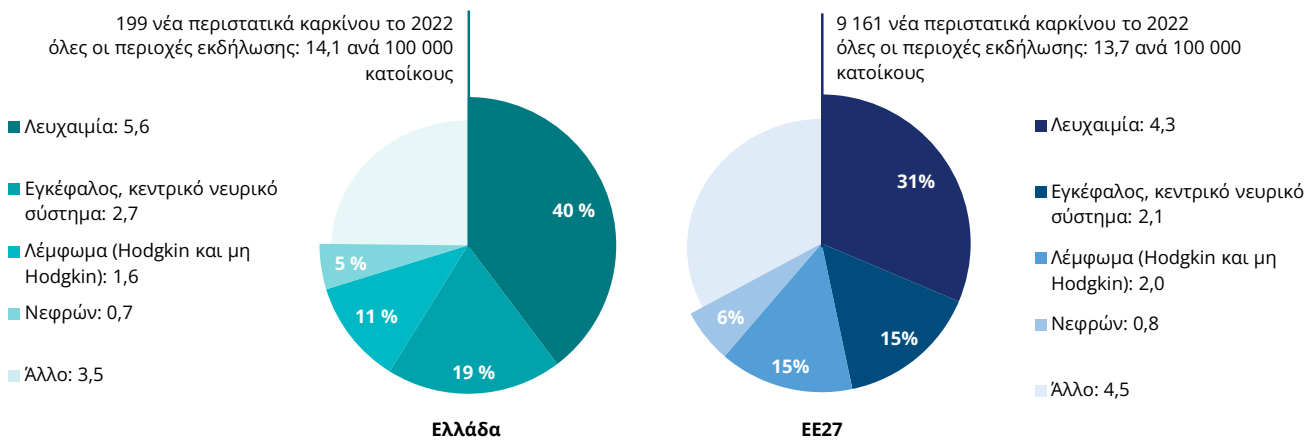
Σύμφωνα με το ECIS, εκτιμάται ότι στην Ελλάδα 199 παιδιά και έφηβοι ηλικίας έως 15 ετών διαγνώστηκαν με καρκίνο το 2022. Το 2022 η Ελλάδα είχε συχνότητα εμφάνισης καρκίνου 14,1 ανά 100 000 παιδιά ηλικίας 0-14 ετών, υψηλότερο από τον μέσο όρο του 13,7 της ΕΕ των 27. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης στα αγόρια είναι υψηλότερα απ' ό,τι στα κορίτσια, τάση παρόμοια με αυτήν που παρατηρείται σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου είναι η λευχαιμία με 5,6 περιστατικά ανά 100 000 παιδιά (40 %), ο καρκίνος του εγκεφάλου και ο καρκίνος του κεντρικού

νευρικού συστήματος με 2,7 περιστατικά ανά 100 000 παιδιά (19 %), το λέμφωμα με 1,6 περιστατικά ανά 100 000 παιδιά (11 %) και ο καρκίνος των νεφρών, με 0,7 περιστατικά ανά 100 000 παιδιά (5 %) (Διάγραμμα 17).

Ενώ τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου στις ηλικίες 0-14 ετών είναι υψηλότερα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την ΕΕ, σύμφωνα με την Eurostat, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι παρόμοια, με μέσο ποσοστό θνησιμότητας 3ετίας 2,1 ανά 100 000 παιδιά.

### Διάγραμμα 17. Τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου στα παιδιά στην Ελλάδα είναι ελαφρώς υψηλότερα απ' ό,τι στην ΕΕ

Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης συχνότητας εμφάνισης ανά 100 000 κατοίκους (ηλικίας 0-14 ετών), εκτιμήσεις, 2022



Σημειώσεις: Οι εκτιμήσεις του 2022 βασίζονται στις τάσεις συχνότητας εμφάνισης κατά τα προηγούμενα έτη, και ενδέχεται να διαφέρουν από τα ποσοστά που παρατηρήθηκαν κατά τα πιο πρόσφατα έτη. Ο όρος «όλες οι περιοχές εκδήλωσης» περιλαμβάνει όλες τις περιοχές εκδήλωσης καρκίνου εκτός από τον μη μελανωματικό καρκίνο του δέρματος.

Πηγές: Ευρωπαϊκό σύστημα ενημέρωσης για τον καρκίνο (ECIS) για τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου. Από τον ιστότοπο <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, προσπελάστηκε στις 10 Μαρτίου 2024. © Ευρωπαϊκή Ένωση, 2024.

Όσον αφορά την οργάνωση της περίθαλψης, οκτώ νοσοκομεία στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν τον παιδιατρικό καρκίνο: πέντε στην Αθήνα, δύο στη Θεσσαλονίκη και ένα στην Κρήτη. Κανένα από αυτά τα νοσοκομεία δεν είναι ειδικά αντικαρκινικά κέντρα (SIOPE, 2024). Επιπλέον, στην Ελλάδα διατίθενται 10 από τις 13 πτυχές υποδομών και θεραπευτικές επιλογές –συμπεριλαμβανομένης της χημειοθεραπείας, της χειρουργικής, της ακτινοθεραπείας με φωτόνια και των μεταμοσχεύσεων βλαστοκυττάρων. Ωστόσο, σύμφωνα με το πρόγραμμα «Οργάνωση της περίθαλψης και της έρευνας για τα παιδιά με καρκίνο στην Ευρώπη» (Organisation of Care & Research for Children with Cancer in Europe – OCEAN) της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδιατρικής Ογκολογίας

(SIOPE), η ακτινοθεραπεία με πρωτόνια, η βραχυθεραπεία και η παρηγορητική φροντίδα δεν είναι διαθέσιμες για τους παιδιατρικούς ασθενείς με καρκίνο στην Ελλάδα.

Από τις 436 κλινικές δοκιμές στις οποίες συμμετείχαν παιδιατρικοί και έφηβοι ασθενείς με καρκίνο στην Ευρώπη μεταξύ του 2010 και του 2022, μόνο οι 25 διεξήχθησαν στην Ελλάδα (5,7 %). Ωστόσο, το 80 % των 68 φαρμάκων που προσδιορίστηκαν ως απαραίτητα για τη θεραπεία του καρκίνου σε ασθενείς ηλικίας 0 έως 18 ετών ήταν διαθέσιμα στην Ελλάδα, σε σύγκριση με το 76 % στην ΕΕ κατά μέσο όρο (Vassal et al., 2021).



Alexopoulos EC, Messolora F, Tanagra D (2011), Comparative mortality ratios of cancer among men in Greece across broad occupational groups, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84: 943-949.

Athanasakis K et al. (2022), Sustainability and resilience in the Greek health system. *Λογδίο, Partnership for Health System Sustainability and Resilience*.

Chen S et al. (2023), Estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050, *JAMA Oncology*, 9(4):465-72. doi:10.1001/jamaoncol.2022.7826.

De Angelis R et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCORE-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2024), Πληθυσμός και Κοινωνικές Συνθήκες, <https://www.statistics.gr/el/statistics/pop>.

Kosti RI et al. (2021), Household food spending, parental and childhood's diet quality, in financial crisis: a cross-sectional study in Greece, *European Journal of Public Health*, 31(4):822-8. doi:10.1093/eurpub/ckab076.

Kyriopoulos I, Nikoloski Z, Mossialos E (2021), Financial protection in health among middle-aged and elderly: evidence from the Greek economic recession, *Health Policy*, 125(9):1256-66. doi:10.1016/j.healthpol.2021.05.010.

Li P, Myrskylä M (2023), Disparities in quality of life among European cancer survivors aged 50 and over, *European Journal of Public Health*, 33(Suppl 2):ckad160.1610. doi:10.1093/eurpub/ckad160.1610.

Υπουργείο Υγείας (2019), National Committee for the Development and Implementation of the Palliative Care Strategy in Greece: feasibility study for palliative care in Greece. Αθήνα, Υπουργείο Υγείας, [https://merimna.org.gr/wp-content/uploads/2023/05/Feasibility\\_Study\\_eng.pdf](https://merimna.org.gr/wp-content/uploads/2023/05/Feasibility_Study_eng.pdf).

Υπουργείο Υγείας (2024), Δελτίο τύπου: Εστάλησαν τα πρώτα SMS στις νέες ηλικιακές ομάδες δικαιούχων για δωρεάν μαστογραφία, <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/12416-estalhsan-ta-prwta-sms-stis-nees-hlikiakes-omades-dikaioywn-gia-dwrean-mastografia>.

Normanno N et al. (2022), Access and quality of biomarker testing for precision oncology in Europe, *European Journal of Cancer*, 176:70-7. doi:10.1016/j.ejca.2022.09.005.

Papadopoulou A et al. (2022), Quality of life, distress, anxiety and depression of ambulatory cancer patients receiving chemotherapy, *Medicine and Pharmacy Reports*, 95(4):418-29. doi:10.15386/mpr-2458.

Riza et al. (2017), Does socio-economic status in Greece affect participation in cancer screening programmes during the period of financial crisis?, *Journal of Public Health*, 25: 417-424.

SIOPE (2024), Childhood Cancer Country Profile: Greece. Βρυξέλλες, SIOP Europe, [ocean-projectgreece.pdf](https://ocean-projectgreece.pdf) (siope.eu)

Skroumpelos A et al. (2016), Private and catastrophic health expenditure of patients with early and locally advanced breast cancer in Greece, *Value in Health*, 19(7):PA724. doi:10.1016/j.jval.2016.09.2162.

Souliotis K, Agapidaki E, Papageorgiou M (2015), Health care access for cancer patients in the era of economic crisis: results from the HOPE III study, *Forum of Clinical Oncology*, 6(4):7-11. doi:10.1515/fco-2015-0020.

Vassal, G. et al. (2021), «Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe», *Annals of Oncology*, τόμος 32/4, σ. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

ΠΟΥ (2023), Health and environment scorecard: Greece. Γενεύη, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/environmental-health/environmental-health-grc-2023.pdf?sfvrsn=5972e02d\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/environmental-health/environmental-health-grc-2023.pdf?sfvrsn=5972e02d_5&download=true).

Υφαντόπουλος Γ (2024), Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών με τη χρήση του EQ-5D-5L και του EORTC-QLQ-C30. Βρυξέλλες, All. Can, <https://www.all-can.org/news/ni-news/all-can-greece-publication-of-research-quality-of-life-for-cancer-patients-in-greece/>.

## Συνομογραφίες χωρών

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

# ΠΡΟΦΙΛ ΧΩΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ 2025

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

Τα προφίλ χώρας για τον καρκίνο προσδιορίζουν πλεονεκτήματα, προκλήσεις και συγκεκριμένους τομείς δράσης για καθένα από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία και τη Νορβηγία, με σκοπό την καθοδήγηση των επενδύσεων και των παρεμβάσεων σε ενωσιακό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου. Το ευρωπαϊκό μητρώο ανισοτήτων όσον αφορά

τον καρκίνο στηρίζει επίσης την εμβληματική πρωτοβουλία 1 του σχεδίου δράσης για μηδενική ρύπανση.

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

Κάθε προφίλ χώρας για τον καρκίνο παραθέτει εν συντομία και με συνθετικό τρόπο τα εξής:

- την εθνική επιβάρυνση από τον καρκίνο
- τους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο, με έμφαση στους παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς και περιβάλλοντος
- τα προγράμματα έγκαιρης ανίχνευσης
- τις επιδόσεις της περίθαλψης του καρκίνου, με έμφαση στην προσβασιμότητα, την ποιότητα της περίθαλψης, το κόστος και την ποιότητα ζωής

Αναφέρετε την παρούσα δημοσίευση ως εξής:

OECD/European Commission (2025), Προφίλ των χωρών της ΕΕ για τον καρκίνο: Ελλάδα 2025, Προφίλ των χωρών της ΕΕ για τον καρκίνο, OECD Publishing, Παρίσι, <https://doi.org/10.1787/1d5df158-el>.

Αρχικά δημοσιεύτηκε στα Αγγλικά με τον τίτλο: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Greece 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/22087cfa-en>.

Σε περίπτωση οποιασδήποτε ασυμφωνίας, μόνο το κείμενο της αγγλικής έκδοσης πρέπει να θεωρείται έγκυρο.

© OECD/European Union 2025 για αυτήν την ελληνική έκδοση.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

**Attribution** – you must cite the work.

**Translations** – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

**Adaptations** – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

**Third-party material** – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.