

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ORIGINAL PAPER

**Περιφερική προσέγγιση των δομών  
για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών  
στην Ελλάδα**

ΣΚΟΠΟΣ Η παρούσα μελέτη καταγράφει και αξιολογεί τη γεωγραφική κατανομή των διαθέσιμων σε εθνικό επίπεδο υποδομών, δημόσιων και ιδιωτικών, για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο στην Ελλάδα, προκειμένου να εντοπιστούν ανισότητες στη διαθεσιμότητα των υποδομών μεταξύ των περιφερειών, οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν την ισότητα στην πρόσβαση των ασθενών σε αποτελεσματική φροντίδα για τον καρκίνο. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η έρευνα διεξήχθη στη βάση δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο απευθυνόταν στα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα προκειμένου να καταγραφεί η δυναμική τους στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Μεταξύ άλλων παραμέτρων, το ερωτηματολόγιο εστιαζόταν και στη διαθεσιμότητα ογκολογικών κλινών και κλινών ημερήσιας νοσηλείας. Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε μικρό δείγμα δομών. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν και επεξεργάστηκαν στη βάση των γεωγραφικών περιφερειών της χώρας και συγκρίθηκαν με το ποσοστό του πληθυσμού που διαβίωσε σε κάθε γεωγραφική περιφέρεια στην απογραφή του πληθυσμού το 2001. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η περιφέρεια Αττικής –και συγκεκριμένα οι πόλεις των Αθηνών και του Πειραιά– παρουσιάζει υπερβολική συγκέντρωση ογκολογικών κλινών, ακολουθούμενη από την περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, η οποία περιλαμβάνει και τη Θεσσαλονίκη. Τρεις περιφέρειες, κυρίως αγροτικές, στις οποίες διαβίει το 16,3% του συνόλου του ελληνικού πληθυσμού, δεν διαθέτουν κάποιο ογκολογικό κρεβάτι. Αντίστοιχη τάση κατανομής εμφανίζουν και οι κλίνες ημερήσιας νοσηλείας που είναι συγκεντρωμένες σε μεγάλο βαθμό στην Αττική και την Κεντρική Μακεδονία. Στο υπόλοιπο Στερεάς Ελλάδας (εξαιρουμένης της Αττικής), τη Δυτική Μακεδονία και τα νησιά του Ιονίου δεν καταγράφηκαν διαθέσιμες κλίνες ημερήσιας νοσηλείας. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η συγκέντρωση των διαθέσιμων ογκολογικών υποδομών υπερβαίνει τη χωροταξική συγκέντρωση που παρατηρείται συνολικά για τις δομές υγείας στην Ελλάδα. Μεγάλες αποκλίσεις παρατηρούνται στην κατανομή των υποδομών υπέρ των μεγάλων αστικών κέντρων. Επίσης, φαίνεται ότι ογκολογικές υποδομές διαθέτουν μόνο οι περιφέρειες στις οποίες εδρεύουν ιατρικές σχολές και αντίστοιχα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η γεωγραφική ανισοκατανομή των διαθέσιμων υποδομών έχει αναγνωριστεί ως βασικός παράγοντας ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Μια ισορροπημένη και πιο δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων, θα μπορούσε να συνεισφέρει στην έγκαιρη πρόσβαση σε αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, μειώνοντας έτσι την επιβάρυνση από τη νόσο, περιορίζοντας το κόστος της κατάλληλης φροντίδας για τα νοικοκυριά και, τελικά, διασφαλίζοντας ισότητα στην πρόσβαση.

Ο καρκίνος αποτελεί μια σοβαρή απειλή για το επίπεδο υγείας και την ευημερία του συνόλου σχεδόν των πολιτών των αναπτυσσόμενων οικονομικά χωρών διεθνώς. Παγκοσμίως, ο καρκίνος είναι η τρίτη συχνότερη αιτία θνησιμότητας<sup>1</sup>

και μια από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας,<sup>2</sup> ξεπερνώντας κατά πολύ ευρέως διαδεδομένα νοσήματα, όπως το AIDS, η φυματίωση, η ελονοσία κ.ά. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 25 κρατών-μελών, το έτος 2000 οι θάνατοι από

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2009, 26(6):808–817  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2009, 26(6):808–817

Κ. Σουλιώτης,<sup>1,2</sup>  
Κ. Αθανασάκης,<sup>2</sup>  
Χ. Γκόλνα,<sup>2,3</sup>  
Χ. Παπαδοπούλου,<sup>2</sup>  
Γ. Κυριόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Κόρινθος  
<sup>2</sup>Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα  
<sup>3</sup>Roche Hellas AE, Μαρούσι

Regional distribution of oncology specific infrastructure for the care of cancer patients in Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Καρκίνος  
Περιφερειακή κατανομή  
Υποδομή για τη φροντίδα καρκινοπαθών  
Υποδομές συστήματος υγείας  
Φροντίδα καρκινοπαθών

Υποβλήθηκε 18.11.2008  
Εγκρίθηκε 12.1.2009

καρκίνο όλων των τύπων ανήλθαν σε 1.122.000.<sup>3,4</sup> Ακόμη και αν οι κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας παραμείνουν σταθεροί στα επίπεδα του 2000, το έτος 2015, οπότε και αναμένεται περαιτέρω αύξηση των δεικτών γήρανσης, οι θάνατοι από καρκίνο υπολογίζεται ότι θα προσεγγίζουν τους 1.405.000.<sup>3</sup>

Στην Ελλάδα, η εικόνα δεν είναι διαφορετική σε σύγκριση με την τάση στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο καρκίνος ευθύνεται για το 25% των θανάτων στη χώρα, ενώ η συνδυασμένη επίπτωση της νόσου από την πλευρά της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, εκφρασμένη σε έτη ζωής σταθμισμένα με βάση την ανικανότητα (disability adjusted life years, DALYs), αντιστοιχεί στο 14–17% του συνόλου της νοσηρότητας στον πληθυσμό.<sup>5</sup> Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι δείκτες αυτοί υποδεικνύουν ότι η επιβάρυνση του ελληνικού πληθυσμού λόγω του καρκίνου οφείλεται περισσότερο στη θνησιμότητα παρά στη χρόνια νόσηση.<sup>6</sup> Νεότερα δεδομένα βασισμένα σε συγκριτικούς υπολογισμούς της θνησιμότητας και της επίπτωσης του καρκίνου σε ευρωπαϊκό επίπεδο αναφέρουν ότι η προτυποποιημένη με βάση την ηλικία θνησιμότητα για άνδρες και γυναίκες στην Ελλάδα και για όλες τις μορφές καρκίνου ανέρχεται σε 219,4 και 111,8 ανά 100.000 πληθυσμού, αντίστοιχα. Συχνότερες αιτίες θνησιμότητας από νεοπλασμάτα είναι οι καρκίνοι του πνεύμονα, του προστάτη και του ορθού στους άνδρες (21,7, 18,8 και 15,5 ανά 100.000 πληθυσμού) και οι καρκίνοι του μαστού, του πνεύμονα και του ορθού στις γυναίκες (21,7, 11,4 και 10,8 ανά 100.000 πληθυσμού).<sup>7</sup> Δυστυχώς, όμως, τα στοιχεία αυτά αποτελούν υπολογισμούς βασισμένους στην επίπτωση της νόσου σε γειτονικές χώρες,<sup>7</sup> λόγω του γεγονότος ότι στην Ελλάδα απουσιάζει ένα εθνικό αρχείο καταγραφής των νεοπλασμάτων, ένα εργαλείο κείρας σημασίας για την παρακολούθηση των τάσεων σε βάθος χρόνου και τη συνακόλουθη λήψη πρωτοβουλιών πολιτικής υγείας για παρεμβάσεις σε ένα τόσο σημαντικό νόσημα.<sup>8,9</sup>

Σε γενικές γραμμές, τα νεοπλασμάτα αποτελούν «ακριβές» νόσους, από την πλευρά της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με εντατική χρησιμοποίηση των πόρων υγείας από τους ασθενείς και σημαντικές απαιτήσεις για χρήση υψηλής διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας.<sup>10</sup> Παράλληλα όμως συνεπάγονται και υψηλό έμμεσο κόστος, το οποίο επιβαρύνει σοβαρά τον προϋπολογισμό οικογενειών με πάσχοντες από καρκίνο, υπό τη μορφή της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης όλων των εμπλεκόμενων και, κυρίως, του υψηλού κόστους χρόνου για την αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας.<sup>11–13</sup> Κατ'επέκταση, ο συνδυασμός μιας άμεσα απειλητικής κατάστασης για τη ζωή του ασθενούς, με το ψυχοσωματικό φορτίο του ιδίου και των συγγενών του,

οδηγεί σε ανελαστική ζήτηση για κατάλληλη φροντίδα, ανεξαρτήτως –στο μέτρο του δυνατού– των γεωγραφικών και των οικονομικών εμποδίων, τα οποία παρεμβάλλονται μεταξύ των ασθενών και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η χωροθέτηση των κατάλληλων υπηρεσιών και η εγγύτητα του τόπου διαμονής του ασθενούς και του τόπου θεραπείας είναι εξόχως σημαντική παράμετρος για την αντιμετώπιση της νόσου, η οποία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το συνεπαγόμενο οικονομικό και ψυχοσωματικό κόστος των καρκινοπαθών και των οικείων τους.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της διαθεσιμότητας και της κατανομής, σε πανελλαδικό επίπεδο, υποδομών προορισμένων για τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών με νεοπλασματικές παθήσεις, από την πλευρά τόσο του δημοσίου (Εθνικό Σύστημα Υγείας) όσο και του ιδιωτικού τομέα. Δεδομένου ότι η διασπορά των υπηρεσιών υγείας (πρέπει να) ακολουθεί πρωτίστως πληθυσμιακά κριτήρια, κρίθηκε σκόπιμη η διερεύνηση της γεωγραφικής κατανομής σε αντιπαραβολή με την πυκνότητα του πληθυσμού, όπως αυτή καταγράφεται από την περιοδική απογραφή της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας στις 11 γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα για την αποτύπωση των διαθέσιμων δομών όσον αφορά στην περίθαλψη των ασθενών με νεοπλασματικές παθήσεις στην Ελλάδα διεξήχθη με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων στη βάση προκαθορισμένου ερωτηματολογίου κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε ειδικά για τους σκοπούς της μελέτης και στην ανάπτυξη του συνέβαλαν εμπειρογνώμονες ιατροί στο πεδίο της Ογκολογίας καθώς και ομάδα ειδικών στις υπηρεσίες υγείας. Προκειμένου να αποτυπωθεί με τη μέγιστη δυνατή πληρότητα η διαθεσιμότητα και η γεωγραφική κατανομή των σχετικών δομών και υποδομών, οι θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου επικεντρώθηκαν:<sup>\*</sup>

- Στον αριθμό και το είδος των κλινών για τη θεραπεία των ογκολογικών ασθενών
- Στη στελέχωση των δομών που αντιμετωπίζουν ογκολογικά περιστατικά (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό)
- Στο διαθέσιμο ιατρικό τεχνολογικό εξοπλισμό, ο οποίος χρησιμοποιείται για τη διάγνωση ή τη θεραπεία ασθενών με νεοπλασμάτα. Για το σκοπό αυτόν, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε κατάλογο με τις υπάρχουσες –σύγχρονες και προγενέστερες– απεικονιστικές, διαγνωστικές και ακτινοθερα-

\* Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των υπ' αριθμ. 1, 4 και 6 θεματικών ενότητων που κάλυψε το ερωτηματολόγιο. Τα ευρήματα που προέκυψαν από τις ενότητες 2 (στελέχωση), 3 (εξοπλισμός) και 5 (κατηγορία νεοπλασμάτων) βρίσκονται στο στάδιο της επεξεργασίας και θα παρουσιαστούν μετά από την ολοκλήρωσή της.

πυτικές τεχνολογίες που χρησιμοποιούνται στην Ογκολογική Παθολογία

- Στη διερεύνηση τυχόν ύπαρξης συμπληρωματικών μορφών περίθαλψης στην Ογκολογική Παθολογία. Ως τέτοιες θεωρούνται, μεταξύ άλλων, για τις ανάγκες της μελέτης η ύπαρξη ιατρικών συμβουλευτικής υποστήριξης των ασθενών ή των συγγενών, η διεξαγωγή προγραμμάτων πρόληψης υπό την ευθύνη της μελετώμενης δομής, η διαθεσιμότητα κατ' οίκον ή ημερήσιας νοσηλείας, η λειτουργία ιατρείου διάγνωσης ή και σταδιοποίησης και η ύπαρξη υπηρεσίας ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ασθενών και συγγενών τους
- Στην εκτίμηση του είδους των νεοπλασμάτων που αντιμετωπίζονται στην υπό μελέτη δομή –κλινική ή νοσοκομείο– καθώς και στην αδρή εκτίμηση του όγκου των περιστατικών ανά τύπο νεοπλασματος, τα οποία αντιμετωπίζονται στην κλινική ή το νοσοκομείο σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (1 μήνας). Η απεικόνιση του εύρους των περιπτώσεων έγινε με τη μορφή κλειστών απαντήσεων στο συνολικό κατάλογο των διαφορετικών διαγνώσεων, όπως αυτές κατατάσσονται στο σύστημα ταξινόμησης ICD10
- Στη διερεύνηση άλλων δραστηριοτήτων της υπό μελέτης δομής που σχετίζονται με την Ογκολογική Παθολογία. Σε αυτές συμπεριελήφθησαν για τις ανάγκες της μελέτης η διεξαγωγή κλινικών ή επιδημιολογικών ερευνητικών δραστηριοτήτων, η εκπαίδευση και η κατάρτιση επαγγελματιών υγείας στο πεδίο της Ογκολογίας και η υποστήριξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Μετά τον καθορισμό των κύριων αξόνων, το προσχέδιο του ερωτηματολογίου υποβλήθηκε για αναθεώρηση σε εμπειρογνώμονες εκτός της ερευνητικής ομάδας και, κατόπιν αυτού, δόθηκε σε 10μελές δείγμα ιατρών προς αξιολόγηση και διασφάλιση της εγκυρότητας (validation).

Τη συγγραφή του ερωτηματολογίου ακολούθησε η αποστολή του στις διαθέσιμες υποδομές (νοσοκομεία και κλινικές νοσοκομείων). Για τον καθορισμό των παραληπτών και με δεδομένο ότι στη χώρα μας δεν υπάρχει αξιόπιστο και επικαιροποιημένο αρχείο των διαθέσιμων δομών για τη νοσηλεία των ασθενών με νεοπλασματικές παθήσεις, κρίθηκε αναγκαία η επικοινωνία με τις διοικήσεις των νοσοκομείων της χώρας, με στόχο τη διερεύνηση της διαθεσιμότητας αντικαρκινικών υποδομών σε επίπεδο νοσοκομείου.

Ως κατάλληλες υποδομές θεωρήθηκαν τα τμήματα ή οι κλινικές εκείνες που διαθέτουν τη δυνατότητα διενέργειας των απαραίτητων εξετάσεων διάγνωσης και των κατάλληλων ιατρικών παρεμβάσεων και περίθαλψης των ασθενών με καρκίνο. Υπό το πρίσμα αυτό, οι δομές που συμπεριελήφθησαν περιλαμβάνουν τα αμιγώς αντικαρκινικά νοσοκομεία της χώρας, καθώς και ογκολογικές κλινικές και παθολογικές κλινικές που αντιμετωπίζουν ασθενείς με νεοπλάσματα και εντάσσονται σε γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές.

Ως παραλήπτες και υπεύθυνοι για τη συμπλήρωση του ερω-

τηματολογίου και, κατ' επέκταση, αρμόδιοι για τη διάθεση της σχετικής πληροφορίας κρίθηκαν:

A. Στις περιπτώσεις όπου η υπό μελέτη υποδομή ήταν αντικαρκινικό νοσοκομείο:

- Διοικητές νοσοκομείων
- Αναπληρωτές διοικητές
- Διευθυντές της ιατρικής υπηρεσίας.

B. Στις περιπτώσεις όπου η υπό μελέτη υποδομή ήταν κλινική, η οποία αντιμετωπίζει και ογκολογικά περιστατικά (οι περιπτώσεις αυτές αποτελούν την πλειονότητα των υποδομών):

- Διευθυντές κλινικών
- Αναπληρωτές διευθυντές κλινικών.

Η αποστολή των ερωτηματολογίων έγινε μέσω ταχυδρομείου, ενώ η συλλογή και η διασφάλιση της πληρότητας της πληροφορίας υποβοηθήθηκε και από τηλεφωνικές ή επιτόπιες συνεντεύξεις. Στις περιπτώσεις όπου ένα ερωτηματολόγιο επιστράφηκε με ελλιπή δεδομένα ή δεδομένα που κρίθηκε ότι χρήζουν διασταύρωσης, ακολούθησε τηλεφωνική ή προσωπική συνέντευξη.

Τη συλλογή και την ηλεκτρονική αρχειοθέτηση των δεδομένων ακολούθησε η περιγραφική στατιστική ανάλυση με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS v15. Για τους σκοπούς της μελέτης, η ανάλυση διεξήχθη και παρουσιάζεται κατά γεωγραφική περιφέρεια. Σε όσες περιπτώσεις χρησιμοποιείται η κατανομή του πληθυσμού για τις συγκρίσεις μεταξύ περιφερειών, τα δεδομένα αναφέρονται στην απογραφή του 2001, η οποία πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Υποδομές

Μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τις διοικήσεις του συνόλου των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας –εξαιρουμένων των μαιευτικών και των νευροψυχιατρικών– διαπιστώθηκε ότι 45 από αυτά διαθέτουν υποδομές για τη νοσηλεία ασθενών με νεοπλασματικές παθήσεις, αριθμός στον οποίο συμπεριλαμβάνονται τα 4 αμιγώς αντικαρκινικά νοσοκομεία της χώρας, 3 από τα οποία βρίσκονται στην Αττική (Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι») και 1 στη Θεσσαλονίκη (Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»). Κατά συνέπεια και σύμφωνα με τη μελέτη, το 31% των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων διαθέτει τη δυνατότητα περίθαλψης ασθενών με νεοπλάσματα.

Παράλληλα, σημαντική εμφανίζεται και η προσφορά αντίστοιχων υπηρεσιών από την πλευρά του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας. Σύμφωνα με τη μελέτη, από τα 170 ιδιωτικά θεραπευτήρια που λειτουργούν στην ελληνική

επικράτεια, τα 11 –ποσοστό 6% επί του συνόλου– ανέφεραν ότι διαθέτουν τη δυνατότητα φροντίδας ασθενών με νεοπλασματικές παθήσεις.

Ο αριθμός των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων τα οποία διαθέτουν υποδομές για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, ανά γεωγραφική περιφέρεια, η σχετική κατανομή τους και η αντίστοιχη κατανομή του πληθυσμού ανά περιφέρεια παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, η συγκέντρωση των δομών εμφανίζεται πυκνότερη του πληθυσμού στην περιφέρεια της Αττικής, σε μεγάλο βαθμό –51% του συνόλου των δομών εντοπίζονται σε μια περιοχή στην οποία διαμένει μόνιμα το 32,2% του συνολικού πληθυσμού– και σε μικρότερη κλίμακα στις περιφέρειες Πελοποννήσου, Κρήτης και Κεντρικής Μακεδονίας. Αντίθετα, σημαντικές σε έκταση και πληθυσμό περιοχές της χώρας, όπως η Στερεά Ελλάδα (εκτός της περιφέρειας Αττικής), η Δυτική Μακεδονία και τα νησιά του Ιονίου, είτε διαθέτουν δομές σε μικρότερη αναλογία από την αντίστοιχη του μόνιμου πληθυσμού είτε στερούνται τελείως τέτοιων υποδομών και υπηρεσιών.

Περαιτέρω ανάλυση στη βάση διευθύνσεων-χωροταξικής κατανομής οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η κατανομή των διαθέσιμων υποδομών παρουσιάζεται ιδιαίτερα ανισοβαρής, όταν ως κριτήριο κατανομής χρησιμοποιηθεί η πληθυσμιακή κατανομή και, πολύ περισσότερο, η γεωγραφική ισοκατανομή. Η συγκέντρωση των ογκολογικών δομών παρουσιάζεται:

- Σαφώς πυκνότερη στα μεγάλα αστικά κέντρα κάθε διοικητικής περιφέρειας (Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο, Ιωάννινα, Λάρισα, Βόλος, Αλεξανδρούπολη), σε σύγκριση με τους υπόλοιπους νομούς, οι οποίοι απαρτίζουν το σώμα της περιφέρειας
- Σαφώς πυκνότερη στην Περιφέρεια Αττικής, όσον αφορά στα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας
- Αρκετά πυκνότερη στο πολεοδομικό συγκρότημα της πόλης της Αθήνας σε σχέση με την υπόλοιπη περιφέρεια Αττικής.

## Κλίνες

*Κλίνες ολοήμερης νοσηλείας.* Ο αριθμός των κλινών ολοήμερης νοσηλείας και η κατανομή τους ανά γεωγραφική περιφέρεια παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του πίνακα 2, στο 1/3 περίπου του πληθυσμού της χώρας (περιφέρεια πρωτεύουσας) αντιστοιχεί ποσοστό >60% των συνολικά διαθέσιμων κλινών ολοήμερης νοσηλείας, ενώ στο 15% του πληθυσμού (Κεντρική Μακεδονία) το 28% περίπου των διαθέσιμων κλινών. Κατ' αντιστοιχία, οι δύο αυτές περιφέρειες παρουσιάζουν και τον υψηλότερο δείκτη κλινών ανά 100.000 κατοίκους (44,7 και 42,4, αντίστοιχα), ο οποίος είναι περίπου διπλάσιος από τον αντίστοιχο δείκτη για το σύνολο της χώρας.

Επιπλέον, είναι εντυπωσιακό ότι σε τρεις περιφέρειες

**Πίνακας 1.** Συνολικός αριθμός νοσοκομείων τα οποία διαθέτουν υποδομές για τη φροντίδα ογκολογικών ασθενών και κατανομή τους ανά περιφέρεια.

Περιφέρεια	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού της χώρας (%)	Αριθμός νοσοκομείων (*) ανά περιφέρεια	Ποσοστό νοσοκομείων (*) επί του συνόλου της χώρας (%)
Αττική	3.523.407	32,20	23	51,11
Λοιπή Στερεά Ελλάδα	1.289.967	11,79	0	0
Κεντρική Μακεδονία	1.710.513	15,63	7	15,50
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	570.496	5,21	2	4,44
Δυτική Μακεδονία	293.015	2,67	0	0
Πελοπόννησος	607.428	5,55	5	11,11
Νήσοι Ιονίου	193.734	1,77	0	0
Θεσσαλία	734.846	6,71	3	6,66
Ήπειρος	339.728	3,10	1	2,22
Νήσοι Αιγαίου	456.712	4,17	1	2,22
Κρήτη	540.054	4,93	3	6,66
Σύνολο	10.939.771	100,00	45	100,00

\* Περιλαμβάνονται νοσοκομεία κάθε τύπου –γενικά, ειδικά, πανεπιστημιακά, ιδιωτικά– τα οποία διαθέτουν υποδομές για τη φροντίδα ασθενών με νεοπλασματικές παθήσεις

**Πίνακας 2.** Αριθμός κλινών ολόημερης νοσηλείας και κατανομή τους ανά γεωγραφική περιφέρεια.

Περιφέρεια	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού της χώρας (%)	Αριθμός κλινών ανά περιφέρεια	Ποσοστό κλινών επί του συνόλου (%)	Κλίνες ολόημερης νοσηλείας ανά 100.000 κατοίκους
Αττική	3.523.407	32,20	1.576	61,61	44,70
Λοιπή Στερεά Ελλάδα	1.289.967	11,79	0	0	0,00
Κεντρική Μακεδονία	1.710.513	15,63	725	28,34	42,40
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	570.496	5,21	39	1,52	6,80
Δυτική Μακεδονία	293.015	2,67	0	0	0,00
Πελοπόννησος	607.428	5,55	16	0,62	2,60
Νήσοι Ιονίου	193.734	1,77	0	0	0,00
Θεσσαλία	734.846	6,71	66	2,58	9,00
Ήπειρος	339.728	3,10	30	1,17	8,80
Νήσοι Αιγαίου	456.712	4,17	8	0,31	1,80
Κρήτη	540.054	4,93	98	3,83	18,10
Σύνολο	10.939.771	100,00	2.558	100,00	23,40

*Σημείωση:* Στις κλίνες της περιφέρειας Αττικής περιλαμβάνεται το σύνολο των κλινών –βάσει οργανογράμματος– του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», το οποίο μέχρι στιγμής δεν έχει ανακτήσει το βαθμό λειτουργικότητας που διέθετε πριν από το σεισμό του 1999 και τις επακόλουθες φθορές στην υποδομή του

της χώρας –Λοιπή Στερεά Ελλάδα, Δυτική Μακεδονία και Νήσοι Ιονίου), στις οποίες διαμένουν, συνολικά, >1,7 εκατομμύρια κάτοικοι, δεν εμφανίζονται λειτουργούσες αντίστοιχες δομές, με αποτέλεσμα να μην είναι σαφές το πλαίσιο διαχείρισης της νόσου σε ασθενείς αυτών των περιοχών, είτε αυτό αφορά στην πρόσβαση στη θεραπεία είτε στην υποστήριξη των ασθενών στο μεσοδιάστημα.

*Κλίνες ημερήσιας νοσηλείας.* Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται

το σύνολο και η κατανομή ανά γεωγραφική περιφέρεια των διαθέσιμων (επισήμως) κλινών ημερήσιας νοσηλείας για την περίθαλψη των καρκινοπαθών σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3, η κατανομή των κλινών ημερήσιας νοσηλείας ακολουθεί σε γενικές γραμμές το πρότυπο της γεωγραφικής κατανομής των νοσοκομείων που διαθέτουν δομές για τη φροντίδα των ογκολογικών

**Πίνακας 3.** Αριθμός κλινών ημερήσιας νοσηλείας και κατανομή τους ανά γεωγραφική περιφέρεια.

Περιφέρεια	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού της χώρας (%)	Αριθμός κλινών ημερήσιας νοσηλείας ανά περιφέρεια	Ποσοστό κλινών ημερήσιας νοσηλείας επί του συνόλου (%)	Κλίνες ημερήσιας νοσηλείας ανά 100.000 κατοίκους
Αττική	3.523.407	32,20	417,00	56,35	11,8
Λοιπή Στερεά Ελλάδα	1.289.967	11,79	0	0	0
Κεντρική Μακεδονία	1.710.513	15,63	135,00	18,24	7,9
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	570.496	5,21	41,00	5,50	7,2
Δυτική Μακεδονία	293.015	2,67	0	0	0
Πελοπόννησος	607.428	5,55	40,00	5,40	6,6
Νήσοι Ιονίου	193.734	1,77	0	0	0
Θεσσαλία	734.846	6,71	17,00	2,29	2,3
Ήπειρος	339.728	3,10	30,00	4,05	8,8
Νήσοι Αιγαίου	456.712	4,17	8,00	1,08	1,8
Κρήτη	540.054	4,93	60,00	8,10	11,1
Σύνολο	10.939.771	100,00	740,00	100,00	6,8

ασθενών. Κατά συνέπεια, υψηλή συγκέντρωση κλινών ημερήσιας νοσηλείας παρατηρείται στα μεγάλα αστικά κέντρα, με πρώτο το πολεοδομικό συγκρότημα της Αττικής, όπου εντοπίζεται το 56% περίπου των κλινών, και την περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, όπου συγκεντρώνεται το 18% των κλινών ημερήσιας νοσηλείας, κυρίως στην πόλη της Θεσσαλονίκης. Συγκέντρωση μεγαλύτερη της πληθυσμιακής αναλογίας παρατηρείται και στην περιφέρεια της Κρήτης, ενώ και στην περίπτωση των κλινών ημερήσιας νοσηλείας, σε αντιστοιχία με τις κλίνες ολόημερης νοσηλείας, τρεις περιφέρειες της χώρας –Λοιπή Στερεά, Δυτική Μακεδονία, Νήσοι Ιονίου– δεν διαθέτουν αναπτυγμένες κλίνες τέτοιου είδους.

Η διακύμανση του σχετικού δείκτη (ανά 100.000 κατοίκους) στην περίπτωση των κλινών ημερήσιας νοσηλείας είναι από 1,8 για την περιφέρεια των Νήσων Αιγαίου έως 11,8 για την Αττική, ενώ ο δείκτης για το σύνολο της χώρας ανέρχεται σε 6,8 κλίνες ημερήσιας νοσηλείας ανά 100.000 κατοίκους.

#### Εναλλακτικές δομές

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή των εναλλακτικών δομών που είναι διαθέσιμες σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, παράλληλα με την παροχή κλινικής φροντίδας σε ασθενείς με νεοπλασματικές παθήσεις. Για κάθε περιφέρεια παρουσιάζεται το ποσοστό των νοσοκομείων της μελέτης τα οποία διαθέτουν εναλλακτικές δομές.

Σύμφωνα με τον πίνακα 4, η ευρύτερα διαθέσιμη εναλλακτική δομή είναι η ημερήσια νοσηλεία/κλινική ημέρας.

Η διαθεσιμότητα της σχετικής δομής, η οποία εξετάζεται ως συμπληρωματική της υποδομής των αντικαρκινικών και των γενικών νοσοκομείων και γενικών κλινικών, δεν αλλάζει σημαντικά ανάλογα με τη διοικητική περιφέρεια (από 66,6–100%), γεγονός που υποδεικνύει ότι η ύπαρξη τέτοιων κλινικών είναι κεντρικής σημασίας στην κλινική πρακτική της Ογκολογίας στη χώρα μας.

Εξίσου συχνή είναι και η ύπαρξη ιατρείων διάγνωσης και σταδιοποίησης, τόσο στις δημόσιες όσο και στις ιδιωτικές ογκολογικές δομές στην Ελλάδα (διακύμανση από 73,91–100%). Το γεγονός αυτό έχει πολύ μεγάλη σημασία δεδομένης της τεράστιας αξίας που, κατά γενική ομολογία, έχει η ταχεία, ακριβής και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου στην πρόγνωση και την πορεία της θεραπείας των ασθενών με νεοπλάσματα.

Παράλληλα, η μελέτη αποδεικνύει ότι –εκτός της διάγνωσης, της θεραπείας και της αποκατάστασης– και η πρόληψη αρχίζει να κερδίζει έδαφος στη χώρα μας. Σύμφωνα με τους πίνακες, οι περισσότερες τριτοβάθμιες δομές για τη νοσηλεία των καρκινοπαθών πλαισιώνονται και από εξωτερικά ιατρεία συμβουλευτικής και προληπτικής Ογκολογίας, μια υποδομή που μπορεί να επιτελέσει σημαντικότερο έργο στην ενημέρωση του πληθυσμού για τον καρκίνο και τη δυνατότητα αναγνώρισης συμπτωμάτων σε πολύ πρώιμο στάδιο εμφάνισης της νόσου.

Παρόλα αυτά, στις διαθέσιμες ογκολογικές δομές στη χώρα μας παρατηρούνται και ουσιαστικές ελλείψεις, σχετιζόμενες κυρίως με τη σύγχρονη αντίληψη της ολιστικής προσέγγισης του καρκινοπαθούς. Στο πλαίσιο αυτό, παρατηρείται μια σχετικά περιορισμένη ανάπτυξη των ιατρείων

**Πίνακας 4.** Εναλλακτικές δομές φροντίδας ασθενών με νεοπλάσματα ως ποσοστό του συνόλου των δομών για τη φροντίδα των ασθενών με νεοπλάσματα.

Περιφέρεια	Εξωτερικά ιατρεία συμβουλευτικής και προληπτικής Ογκολογίας	Ημερήσια νοσηλεία (ή κλινική ημέρας)	Ιατρείο διάγνωσης και σταδιοποίησης	Ιατρείο πόνου και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης	Κατ' οίκον νοσηλεία
Αττική (23)	65,21	86,95	73,91	56,52	13,04
Λοιπή Στερεά Ελλάδα (0)	–	–	–	–	–
Κεντρική Μακεδονία (7)	57,14	85,71	85,71	28,57	14,28
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη (2)	50	100	100	100	0
Δυτική Μακεδονία (0)	–	–	–	–	–
Πελοπόννησος (5)	80	80	80	40	40
Νήσοι Ιονίου (0)	–	–	–	0	–
Θεσσαλία (3)	66,66	66,66	100	100	33,33
Ήπειρος (1)	100	100	100	100	0
Νήσοι Αιγαίου (1)	0	100	0	0	0
Κρήτη (3)	33,33	100	100	66,66	33,33

πόνου και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε σύγκριση με τις υπόλοιπες εναλλακτικές δομές και, ακόμα εντονότερα, η σχεδόν ανυπαρξία της κατ'οίκον νοσηλείας. Οι παραπάνω περιορισμοί είναι πολύ σημαντικοί, δεδομένου ότι η συμβολή των ιατρείων πόνου είναι ευρύτατα παραδεκτή και αναγνωρισμένη στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αξιοπρεπή διαβίωση του καρκινοπαθούς, ενώ η κατ'οίκον νοσηλεία, εκτός από απαραίτητη για τους συνήθως ζώντες με περιορισμούς μετακίνησης ογκολογικούς ασθενείς, παρουσιάζει στη διεθνή βιβλιογραφία σαφείς ενδείξεις κόστους-αποτελεσματικότητας.<sup>14–19</sup>

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από σοβαρές ποιοτικές και ποσοτικές ανισότητες στην κατανομή των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι στην περιφέρεια της πρωτεύουσας είναι συγκεντρωμένα 43 από τα 147 δημόσια νοσοκομεία της χώρας, το 46% των ιδιωτικών κλινών και το 43% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών.<sup>20</sup> Στην περιοχή αυτή, επίσης, δραστηριοποιείται δυσανάλογα μεγάλο τμήμα των επαγγελματιών υγείας, με χαρακτηριστικό παράδειγμα οι μισοί περίπου –το 45% του συνόλου– των γιατρών της χώρας να εργάζονται στην Αττική.<sup>21</sup> Επιπλέον, στην Αττική λειτουργεί η μεγαλύτερη Ιατρική Σχολή της χώρας, με 2 πανεπιστημιακά νοσοκομεία και σημαντικό αριθμό διασκορπισμένων πανεπιστημιακών κλινικών.

Παρόλα αυτά, οι διαφορές δεν περιορίζονται στο ποσοτικό σκέλος αλλά επεκτείνονται και στο ποιοτικό, δηλαδή στην τεχνολογία υγείας. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και τα αποτελέσματα της απογραφής συσκευών υψηλής ιατρικής τεχνολογίας,<sup>22</sup> από το σύνολο των διαθέσιμων –δημόσιων και ιδιωτικών– συσκευών, το 38% των ακτινοδιαγνωστικών εργαστηρίων, το 42% των αξονικών τομογράφων, το 55% των γ-καμερών, το 47% των μαγνητικών τομογράφων και το 47% των ακτινοθεραπευτικών μηχανημάτων βρίσκεται στην περιφέρεια της Αττικής, όπου, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο σημείο, διαμένει το 32% της χώρας. Συνεπώς, το πρότυπο της ανισοκατανομής και στο ζήτημα της τεχνολογίας είναι σε βάρος της περιφερειακής ανάπτυξης των υπηρεσιών.

Το υφιστάμενο πρότυπο δεν θα μπορούσε να μην επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και την κατάσταση στις προσφερόμενες υπηρεσίες φροντίδας σε ογκολογικούς ασθενείς. Όπως αποδεικνύεται από τα αποτελέσματα της μελέτης, οι αντικαρκινικές δομές στην Ελλάδα παρουσιάζουν υψηλή ποσοτική και ποιοτική ανισοκατανομή και συνιστούν ένα σύστημα υπηρεσιών, το οποίο υστερεί σε ανάπτυξη και

οργάνωση, εύρημα που έχει αναφερθεί και σε αντίστοιχες ερευνητικές προσπάθειες του παρελθόντος.<sup>23,24</sup> Παράλληλα, όμως, η διασπορά και η κατανομή των επενδύσεων σε υποδομές και προσωπικό δεν ακολουθεί τα ενδεικνυόμενα πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια,<sup>25,26</sup> σύμφωνα με τα οποία θα προέκυπτε ένα αντιπροσωπευτικότερο και δικαιότερο σύστημα.<sup>27,28</sup>

Υπογραμμίζεται ότι η φύση των νεοπλασιών, η αλλαγή που επιφέρουν στον τρόπο ζωής των ασθενών και ο τρόπος αντιμετώπισής τους (απαιτήση για τακτική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας) προσδίδουν στο πρόβλημα της ανισοκατανομής των δομών μεγαλύτερη σημασία σε σύγκριση με άλλες νόσους. Συχνά, η δυσχερής πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες έχει ως αποτέλεσμα την «παραίτηση» του ασθενούς από τη συνέχιση της θεραπείας, κάτω και από το βάρος του κόστους-χρόνου του συγγενικού ή άλλου υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Επιπλέον, σημαντικές επιπτώσεις έχει η ανισοκατανομή των δομών και σε ό,τι αφορά στην υποστήριξη (follow up) των ασθενών στο μεσοδιάστημα των θεραπειών τους (διαχείριση επιπλοκών, υποστηρικτική αγωγή, αντιμετώπιση πόνου κ.ά.).

Συγκεκριμένα, όπως φάνηκε από τη μελέτη, το πρότυπο της ανισοκατανομής/συγκέντρωσης αφορά σε όλο το φάσμα των παρεχομένων υπηρεσιών για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, με κυρίαρχη τάση τη συσσώρευση των πόρων στα μεγάλα αστικά κέντρα (Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο, Πάτρα, Λάρισα) και, σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, στην Αττική. Χαρακτηριστικά, η Αττική διαθέτει 3 από τα 4 αντικαρκινικά νοσοκομεία της χώρας, τις περισσότερες δημόσιες ογκολογικές κλινικές, καθώς και 7 από τα 11, συνολικά, ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας που παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε καρκινοπαθείς. Επιπλέον, η περιφέρεια της πρωτεύουσας συγκεντρώνει περισσότερο από τις μισές διαθέσιμες κλίνες ημερήσιας και ολοήμερης νοσηλείας, αλλά και το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικά διαθέσιμης ογκολογικής διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας.

Εκτός από τα παραπάνω, εντυπωσιακή είναι και η παρατήρηση ότι ογκολογικές δομές διαθέτουν μόνο οι περιφέρειες στις οποίες λειτουργούν πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η διαπίστωση μάλιστα αυτή δεν αφορά μόνο στα νεοπλάσματα αλλά και σε άλλες κατηγορίες παθήσεων, γεγονός το οποίο πιθανόν υποδηλώνει-προτρέπει σε μια άλλη περιφερειακή διάρθρωση του συστήματος υγείας της χώρας μας, με επίκεντρο τις κατά τόπους ιατρικές σχολές.

Πάντως, η συγκέντρωση των ογκολογικών υπηρεσιών, πρωτίτως στην Αττική και δευτερευόντως στα υπόλοιπα μεγάλα αστικά κέντρα, όπως είναι φυσικό, υποκρύπτει



πολλαπλές συνέπειες για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αλλά και τη γενικότερη κατάσταση υγείας, κυρίως των πληθυσμών οι οποίοι κατοικούν σε μικρές αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Η ανελαστική ζήτηση φροντίδας στην περίπτωση μιας τόσο σοβαρής νόσου και η εσωτερική ανάγκη των ασθενών και των οικείων τους για την εξασφάλιση όσο το δυνατόν καλύτερης περίθαλψης στο πλαίσιο άρτια εξοπλισμένων και «φημισμένων», κατά την κρατούσα άποψη, νοσοκομείων οδηγεί νομοτελειακά σε μετακινήσεις ολόκληρων οικογενειών από τον τόπο μόνιμης διαμονής στον τόπο θεραπείας.

Κατά συνέπεια, το κόστος της φροντίδας αυξάνεται κατακόρυφα, αφού στις περιπτώσεις των ασθενών από την περιφέρεια, εκτός από τις συμπληρωματικές πληρωμές για τη θεραπεία, πρέπει να προστεθεί το δυσβάσταχτο κόστος της μετακίνησης και της παραμονής στον τόπο θεραπείας, αλλά και των απωλειών του ασθενούς και των συνοδών του σε όρους παραγωγικότητας για το διάστημα αυτό. Ταυτόχρονα, με το κόστος της μετακίνησης θα πρέπει να συνυπολογιστεί και η δυσκολία του ίδιου του ταξιδιού, η οποία, για το γεωγραφικό ανάγλυφο της Ελλάδας, δεν είναι ευθέως ανάλογη των χιλιομέτρων που διανύονται αλλά σαφώς μεγαλύτερη, συμβάλλοντας στην αύξηση (και) της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης των ήδη καταπονημένων ασθενών και συγγενών.

Συνεπώς, από τη διάρθρωση του δημόσιου συστήματος φροντίδας καθώς και των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας προκύπτουν ισχυρές ανισότητες πρόσβασης έναντι των πληθυσμών της περιφέρειας, οι οποίες νομοτελειακά ακολουθούνται από σοβαρές κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές συνέπειες για τους ασθενείς-πολίτες.<sup>28,29</sup>

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διεξαγωγή της μελέτης η ερευνητική ομάδα ήρθε αντιμέτωπη με σημαντικούς περιορισμούς. Η χώρα μας, αν και διαθέτει άριστα εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό, εντούτοις φαίνεται να υστερεί στον τομέα της αντιμετώπισης των νεοπλασιών, τουλάχιστον στο επίπεδο μιας οργανωμένης προσπάθειας σε εθνική βάση. Όπως προαναφέρθηκε, η Ελλάδα στερείται ενός κεντρικού συστήματος καταγραφής των νεοπλασιών σε ενιαίο αρχείο (cancer registry), τη στιγμή που το σύνολο σχεδόν των ευρωπαϊκών χωρών διαθέτει εδώ και δεκαετίες την εν λόγω υποδομή. Επιπλέον, χαρακτηριστική είναι η απουσία ενός εθνικού φορέα που θα συντονίζει τις πολιτικές κατά των νεοπλασιών καθώς και η αδυναμία υλοποίησης ενός εθνικού πλάνου αντιμετώπισης του καρκίνου (cancer plan, cancer control plan), στο πρότυπο που έχει ήδη περιγραφεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι να μην υφίσταται

στη χώρα μας κάποιου είδους λειτουργική συνεργασία των φορέων που ειδικεύονται στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Κυρίως, όμως, δεν υπάρχει διαθέσιμη για τον ασθενή, την οικογένειά του αλλά και τους φορείς που επιθυμούν να συμμετάσχουν και να συνδράμουν μια ολοκληρωμένη καταγραφή των διαθέσιμων δομών τόσο σε επίπεδο πρόληψης και διάγνωσης όσο και σε επίπεδο θεραπείας και αποκατάστασης. Μια καταγραφή, η οποία θα μπορούσε να ενισχύσει σημαντικά τη διαθεσιμότητα της πληροφορίας για τους ασθενείς, τις οικογένειες, τους φορείς, αλλά και το ευρύ κοινό κατά τις ανάγκες της κάθε ομάδας και θα μπορούσε να λειτουργήσει ως πρώτο βήμα μιας ευρύτερης προσπάθειας καταγραφής, κωδικοποίησης και συνεχιζόμενης επικαιροποίησης της πληροφορίας για τον καρκίνο στη χώρα.

Ως αποτέλεσμα, υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί στη διαθεσιμότητα, την πληρότητα αλλά και την επικαιροποίηση της πληροφορίας. Το γεγονός αυτό απαντάται τόσο στα δεδομένα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας όσο και στις εκθέσεις των διεθνών οργανισμών (WHO, IARC κ.ά.) για τη χώρα μας.

Κατ' αντιστοιχία με τα παραπάνω, στους μεθοδολογικούς περιορισμούς της παρούσας μελέτης θα πρέπει να συμπεριληφθούν οι περιορισμοί στο βαθμό ακρίβειας των δεδομένων, οι οποίοι προκύπτουν ως αποτέλεσμα της διαδικασίας ανάκλησης της πληροφορίας από τους υπεύθυνους των δομών. Η χρησιμοποιούμενη διαδικασία ανάκλησης κρίθηκε επιβεβλημένη ως η βέλτιστη λύση στην απουσία των ολοκληρωμένων ηλεκτρονικών καταγραφών (βάσεων δεδομένων), οι οποίες θα έδιναν το μέγιστο βαθμό ακρίβειας στα δεδομένα της μελέτης. Η απουσία ηλεκτρονικών καταγραφών αποτέλεσε ένα μεγάλο εμπόδιο, το οποίο σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας των επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τις αντικαρκινικές δομές στη χώρα μας, σε ορισμένες περιπτώσεις, δυστυχώς, δεν επέτρεψε τη συλλογή και τη λήψη της απαραίτητης πληροφορίας.

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα ερευνητική προσπάθεια δεν αποσκοπεί στην εξαντλητική καταγραφή του συνόλου της πληροφορίας γύρω από τη φροντίδα και τους επιμέρους δείκτες του Εθνικού Συστήματος Υγείας που αφορούν στους ογκολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα. Αντίθετα, αποτελεί το αρχικό υπόβαθρο για μια ολοκληρωμένη μελλοντική προσπάθεια, η οποία θα έχει ως στόχο την αποτύπωση του συνόλου των εθνικών πόρων που διατίθενται για τη φροντίδα του καρκίνου, τόσο σε επίπεδο γεωγραφικής κατανομής, όσο και σε επίπεδο εξειδικευμένων δεικτών, στο πρότυπο αντίστοιχων διεθνών μελετών.



## ABSTRACT

### Regional distribution of oncology specific infrastructure for the care of cancer patients in Greece

K. SOULIOTIS,<sup>1,2</sup> K. ATHANASAKIS,<sup>2</sup> C. GOLNA,<sup>2,3</sup> C. PAPADOPOULOU,<sup>2</sup> J. KYRIOPOULOS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Peloponnese, Faculty of Social Sciences, Korinthos, <sup>2</sup>National School of Public Health, Department of Health Economics, Athens, <sup>3</sup>Roche Hellas SA, Maroussi, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2009, 26(6):808–817*

**OBJECTIVE** The objective of this study was to assess the geographical distribution of the nationally available resources (public and private) for the diagnosis and treatment of patients with cancer in Greece, in order to identify disparities in capacity between various geographic regions that might influence equality of access to effective cancer care. **METHOD** A questionnaire-based survey was conducted with public and private sector hospitals in Greece to record their capacity to diagnose and/or treat cancer. The questionnaire items, among other parameters, focused on the availability of oncology beds and day clinic beds. The survey questionnaire was piloted with a small sample. Data were clustered according to geographic region and compared with the percentage of the population in each region, as recorded in the 2001 census. **RESULTS** Excess clustering of oncology beds was recorded mainly in the region of Attica (namely the cities of Athens and Pireus), followed by Central Macedonia (an area that includes Thessaloniki). For three regions, mainly rural, accounting in total for 16.3% of the Greek population, no oncology beds were recorded. Day clinic beds were also clustered, mainly in Attica and Central Macedonia. For the rest of Central Greece, Western Macedonia and the Ionian Islands, no day clinic beds were recorded. **CONCLUSIONS** Clustering of oncology specific resources exceeds the spatial concentration pattern of healthcare services observed in Greece. Major discrepancies were observed in the distribution of resources in favor of large urban areas. Oncology specific resources are available only in the regions where medical schools maintain university hospitals. Geographical mis-distribution is a major contributor to inequalities of access to health care. Fairer allocation of resources according to population distribution could contribute to achieving earlier access to effective health care, thus reducing the burden of the disease, lowering the cost for seeking adequate treatment for the household and ensuring equality in access to oncology services.

**Key words:** Cancer, Cancer care, Health system infrastructure, Oncology specific resources, Regional distribution

## Βιβλιογραφία

1. WHO. The world health report 2001. WHO, Geneva, 2001
2. LOPEZ A, MATHERS C, EZZATI M, JAMISON D. In: Murray CJL (ed) *Global burden of disease and risk factors*. Co-publication Oxford University press and World Bank, Washington, USA, 2006:180–233
3. QUINN MJ, D'ONOFRIO A, MØLLER B, BLACK R, MARTINEZ-GARCIA C, MØLLER H ET AL. Cancer mortality trends in EU and acceding countries. *Ann Oncol* 2003, 14:1148–1152
4. FERLAY J, BRAY F, PISANI P, PARKIN DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence. Worldwide IARC Cancer Base No 5, version 2.0. IARC Press, Lyon, France, 2004
5. WHO. The world health report 2003 – Shaping the future. World Health Organization, Geneva, 2003
6. WHO. Highlights on health in Greece 2004. World Health Organization, Geneva, 2004
7. FERLAY J, AUTIER P, BONIOL M, HEANUE M, COLOMBET M, BOYLE P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007, 18:581–592
8. BLACK RJ, BRAY F, FERLAY J, PARKIN DM. Cancer incidence and mortality in the European Union: Cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer* 1997, 33:1075–1107
9. BRAY F, SANKILA R, FERLAY J, PARKIN DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *Eur J Cancer* 2002, 38:99–166
10. WARREN JL, YABROFF KR, MEEKINS A, TOPOR M, LAMONT EB, BROWN ML. Evaluation of trends in the cost of initial cancer treatment. *J Natl Cancer Inst* 2008, 100:888–897
11. YABROFF KR, DAVIS WW, LAMONT EB, FAHEY A, TOPOR M, BROWN ML ET AL. Patient time costs associated with cancer care. *J Natl Cancer Inst* 2007, 99:14–23
12. YABROFF KR, WARREN JL, KNOPF K, DAVIS WW, BROWN ML. Estimating patient time costs associated with colorectal cancer care. *Med Care* 2005, 43:640–648
13. KESSLER LG, RAMSEY SD. The forest and the trees: The human costs of cancer. *J Natl Cancer Inst* 2007, 99:2–3
14. SHARMA DS. WHO emphasis on cost-effective cancer-control strategies. *Lancet Oncol* 2003, 4:7
15. STEPHENS S. Hospital-based palliative care: Cost-effective care for patients with advanced disease. *J Nurs Adm* 2008,

- 38:143–145
16. DOUGLAS HR, HALLIDAY D, NORMAND C, CORNER J, BATH P, BE-  
ECH N ET AL. Economic evaluation of specialist cancer and  
palliative nursing: Macmillan evaluation study findings. *Int  
J Palliat Nurs* 2003, 9:429–438
  17. BRUMLEY RD, ENGUIDANOS S, CHERIN DA. Effectiveness of a  
home-based palliative care program for end-of-life. *J Palliat  
Med* 2003, 6:715–724
  18. O'MAHONY S, BLANK AE, ZALLMAN L, SELWYN PA. The benefits of  
a hospital-based inpatient palliative care consultation service:  
Preliminary outcome data. *J Palliat Med* 2005, 8:1033–1039
  19. CIEMINS EL, BLUM L, NUNLEY M, LASHER A, NEWMAN JM. The  
economic and clinical impact of an inpatient palliative care  
consultation service: A multifaceted approach. *J Palliat Med*  
2007, 10:1347–1355
  20. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΔΗΜΗΤΡΑΚΑΚΗ Χ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ν, ΠΑΛΗΚΑΡΩΝΑ Γ,  
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Γ. *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996–2006*.  
Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 2008
  21. ΕΣΥΕ. Ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι κατά γεωγραφική  
περιφέρεια και νομό. 2006
  22. ΕΣΥΕ. Ειδικά ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας κατά  
νομική μορφή θεραπευτηρίου, γεωγραφικό διαμέρισμα και  
νομό. 2006
  23. GIOKAS D. Greek hospitals: How well their resources are used.  
*Omega* 2001, 29:73–83
  24. EFSTATHIOU N, AMEEN J, COLL AM. Healthcare providers' pri-  
orities for cancer care: A Delphi study in Greece. *Eur J Oncol  
Nurs* 2007, 11:141–151
  25. OECD. Geographical imbalances of HRHC: Size, determinants  
and policy responses. Paris: Working Party on Social Policy,  
Human Resources for Health Care Systems, 2002
  26. DUSSAULT G, FRANCESCINI MC. Not enough there, too many  
here: Understanding geographical imbalances in the distri-  
bution of the health workforce. *Human Resources for Health*  
2006, 4:12
  27. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας*.  
Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2007
  28. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών  
ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα*. Τόπος 2001, 17
  29. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΧΡΥΣΑΚΗΣ Μ. Οικονομικές και κοινωνικές  
ανισότητες στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας. Στο: Σουλιώτης  
Κ (Επιμ.) *Πολιτική και οικονομία της υγείας: Στρατηγικός  
σχεδιασμός – οργάνωση και διοίκηση – οικονομική λειτουργία  
– τομεακές πολιτικές*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2007
- Corresponding author:*
- K. Souliotis, University of Peloponnese, Faculty of Social Sci-  
ences, 36–38 Amarysias Artemidos street, GR-151 24 Marousi,  
Greece  
e-mail: soulioti@hol.gr