

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Πρόταση οργάνωσης ογκολογικής περίθαλψης στην Ελλάδα του 2016

Χάρη στην πρόοδο της Ογκολογίας και την εισαγωγή νέων φαρμάκων τα τελευταία έτη έχει αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης των καρκινοπαθών. Παράλληλα, η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα αναμένεται να αυξήσει τη συνολική επίπτωση. Οι δύο αυτοί λόγοι θα αυξήσουν τον επιπολασμό των καρκινοπαθών ασθενών. Το σύστημα υγείας πρέπει να υπερκεράσει τις ακαμψίες του και να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα όσο γίνεται πιο γρήγορα και αποτελεσματικά. Ακόμη, το αυξημένο κόστος των νέων φαρμάκων επιβάλλει την αύξηση της διαπραγματευτικής ισχύος οργανισμών, όπως ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ώστε να μπορεί να καλύψει με ορθολογισμό τους ασφαλισμένους του. Η αναδιάρθρωση των ογκολογικών νοσοκομείων, η συγχώνευση των πολλαπλών ομοειδών κλινικών, η εξειδίκευση ανά σύστημα, η σύνδεση των κεντρικών ογκολογικών νοσοκομείων με τα περιφερειακά για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και η σύμπραξη υπό προϋποθέσεις αλλά χωρίς προκαταλήψεις με τον ιδιωτικό τομέα προβάλλουν πιο αναγκαία από ποτέ. Επί πλέον, η σύσταση, η οργάνωση και η αποκέντρωση υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας κατ'οίκον είναι αναγκαία για την προστασία της ποιότητας ζωής των ασθενών και την αποφυγή άσκοπων νοσηλείων. Η κλινική έρευνα πρέπει να υποστηριχθεί κατά προτεραιότητα. Η οικονομική κρίση είναι μια ευκαιρία για μια συνολική αναθεώρηση της οργάνωσης της ογκολογικής νοσηλείας στην Ελλάδα, με έμφαση στην αποδοτικότητα και με τη συμμετοχή της κοινωνίας προς τελικό όφελος των ασθενών.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος πλέον αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου παγκόσμια. Αυτό οφείλεται σε πολλούς παράγοντες ανάλογα με την επιδημιολογία της κάθε περιοχής. Στην Ελλάδα οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού, καθ'ότι ο καρκίνος είναι πιο συχνός στην τρίτη ηλικία, καθώς και στην επιδείνωση του τρόπου ζωής κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Η αύξηση της επίπτωσης δεν είναι το μόνο επιδημιολογικό και σε τελευταία ανάλυση δημοσιονομικό πρόβλημα. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει επιμηκυνθεί σημαντικά, με αποτέλεσμα να έχει αυξηθεί ο επιπολασμός της νόσου, η μακροχρόνια νοσηρότητα και κατά συνέπεια η οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας.

Επί πλέον, η εισαγωγή στην κλινική πολλών νέων αλλά πανάκριβων φαρμάκων έχει εκτινάξει εκθετικά το φαρμακευτικό κόστος, γεγονός που εδώ και καιρό έχει απασχολήσει προηγμένες κοινωνίες. Για παράδειγμα, ένα νέο φάρμακο για το μελάνωμα (ιπιλιμουμάμπη – ipilimumab) στοιχίζει για την ολοκλήρωση των τεσσάρων δόσεων >70.000 €. Το

αναμενόμενο να εγκριθεί στην Ελλάδα “pembrolizumab” για ποικιλία κακοήθων νόσων κοστίζει στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) 7.500 \$ το μήνα και πρέπει να χορηγείται επί σειρά μηνών, ενώ ακολουθούν και άλλα παρόμοια. Δεν είναι γενικά ασύνηθες τα φάρμακα για κάποιον ασθενή να κοστίζουν >3.000 το μήνα.^{1,2} Στο αυξημένο κόστος περίθαλψης πρέπει να προστεθεί και το αυξανόμενο κόστος διαγνωστικών εξετάσεων, π.χ. μοριακών αναλύσεων, απεικονιστικών μεθόδων, καθώς και των ακτινοθεραπευτικών μεθόδων ακριβείας.³

Στην Ελλάδα, η επίπτωση του καρκίνου από 37.000 νέα περιστατικά το 1998 ανήλθε σε 41.000 το 2012, με 28.500 θανάτους.⁴ Δυστυχώς, στους άνδρες η πιο συχνή νεοπλασία είναι ο δυσθεράπευτος καρκίνος του πνεύμονα (24% των περιπτώσεων), σε αντίθεση με την Ευρωπαϊκή Ένωση όπου συχνότερος είναι ο καρκίνος του προστάτη.⁴ Η δημόσια δαπάνη για την υγεία το 2012 ανήλθε στο 6,2% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ: 193,7 δις), ενώ ένα επιπρόσθετο 2,9% αποτελεί ιδιωτική δαπάνη. Πρόχειρα

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2016, 33(4):542-549
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2016, 33(4):542-549

Χ. Εμμανουηλίδης

Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο,
Θεσσαλονίκη

Reorganization of oncological
care in Greece: A proposal

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ογκολογία
Οργάνωση υπηρεσιών υγείας

Υποβλήθηκε 23.10.2015
Εγκρίθηκε 10.11.2015

στοιχεία, με βάση το σύστημα κωδικοποίησης νόσων (ICD coding), φανερώνουν ότι το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη που αφορούσε σε νεοπλασίες ανερχόταν περίπου στο 13%, δηλαδή το 0,86% του ΑΕΠ, ή 1,66 δισεκατομμύρια. Η δαπάνη αυτή αναμένεται να αυξηθεί για τους προαναφερθέντες λόγους.⁵ Με τα εν λόγω μεγέθη υπολογίζεται ότι ο μέσος όρος δημοσίων εξόδων ανά ασθενή με καρκινική διάγνωση ανέρχεται στα 40.500 €. Σε αυτό το τεράστιο για την ελληνική πραγματικότητα ποσό δεν περιλαμβάνονται φυσικά οι πάγιες δαπάνες για έξοδα υποδομής και προσωπικού ούτε οι απώλειες στην οικονομία από τη μείωση της παραγωγικότητας και την απώλεια εργατωρών των παθόντων και των συγγενών.

Ο προβληματισμός για τις αυξανόμενες ογκολογικές δαπάνες των συστημάτων υγείας αφορά σε όλες τις δυτικές κοινωνίες. Στις ΗΠΑ, το ιατρικό κόστος γενικά ανήλθε από 5% του ΑΕΠ το 1965 σε 20% το 2014.⁶ Το 2005 υπολογίστηκε ότι το συνολικό ογκολογικό κόστος ανήλθε σε 210 δισεκατομμύρια δολάρια (1,5% του ΑΕΠ). Υπολογίζεται ότι το κόστος θα διπλασιαστεί έως το 2030. Το άμεσο κόστος (νοσήλια και φάρμακα) αναμένεται να αυξηθεί από 124 δισεκατομμύρια το 2010 σε 204 δισεκατομμύρια το 2020.⁷

Στα ευρωπαϊκά κράτη που έχουν κυρίως δημόσια συστήματα υγείας, οι προβληματισμοί για τη διατήρηση του υφιστάμενου καθεστώτος ελεύθερης πρόσβασης είναι περισσότερο. Γενικά, στα ευρωπαϊκά κράτη οι δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 9–10% του ΑΕΠ (στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι 6,5%), από τις οποίες 2–3% αφορούν σε ιδιωτικά έξοδα. Την προηγούμενη δεκαετία οι ογκολογικές δαπάνες γενικά αποτελούσαν το 6–10% αυτού του εξόδου.⁸ Η εισαγωγή των νέων ακριβών φαρμακευτικών προϊόντων έχει δημιουργήσει αυστηρά συστήματα ελέγχου της χορήγησής τους, με περιορισμούς που ποικίλλουν ανά χώρα. Το αυστηρότερο σύστημα στην Ευρώπη, το αγγλικό σύστημα NICE (National Institute for Health and Care Excellence), εφαρμόζει εγχώρια συστήματα αξιολόγησης της σχέσης κόστους-οφέλους των νέων φαρμάκων, με αποτέλεσμα Άγγλοι ασθενείς να μην έχουν πρόσβαση σε φάρμακα τα οποία είναι διαθέσιμα σε λοιπούς Ευρωπαίους. Παρά τους περιορισμούς, η συνολική ογκολογική δαπάνη ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 42.400 £ για τους 150.000 νεοδιαγνωσθέντες καρκινοπαθείς ετήσια.

Ακόμη όμως και στο Ηνωμένο Βασίλειο προτείνεται αναθεώρηση του καθεστώτος ελεύθερης πρόσβασης σε νοσηλεία και φάρμακα, που ήταν το βασικό ζητούμενο του συστήματος.⁹ Η αναγκαία επιπρόσθετη χρηματοδότηση των διογκούμενων αναγκών του συστήματος υγείας προβλέπεται με οικονομική συμμετοχή του ασθενούς ως προτιμώμενη μέθοδος έναντι της αύξησης της φορολογίας.⁹ Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι λόγω της ανελαστικότητας της

ανάγκης ογκολογικής περίθαλψης οι ασθενείς θα δέχονταν να συμμετέχουν στο κόστος μιας σημαντικής και ακριβής θεραπείας.^{10,11} Το γαλλικό σύστημα υγείας, που προσομοιάζει περισσότερο με το ελληνικό γιατί, ενώ βασίζεται κυρίως στον δημόσιο τομέα, ενσωματώνει μεγάλη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, προβλέπει σημαντική συμμετοχή του ασφαλισμένου σχεδόν για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά ποικίλο ποσοστό, ακόμη και στη φαρμακευτική δαπάνη, ενώ έχει επιβάλει ποσοτικούς περιορισμούς στις προσφερόμενες υπηρεσίες για την αποφυγή σπαταλών.¹² Όπως εξελίσσεται η κατάσταση, η συμμετοχή του ασθενούς στις δαπάνες υγείας εντός του δημόσιου συστήματος είναι μια αναγκαιότητα για την επιβίωση του ίδιου του συστήματος. Φυσικά, το κράτος πρέπει να μεριμνά για τις ασθενείς κοινωνικές ομάδες.

Ίσως όλοι οι παραπάνω υπολογισμοί να είναι μετριοπαθείς, γιατί η ανακάλυψη των νέων φαρμάκων αυξάνει τη διάμεση επιβίωση των καρκινοπαθών με τεράστιο και καινοφανές κόστος. Για παράδειγμα, πριν από 20 έτη ένας ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορούσε να λάβει θεραπεία μόνο με φθοριουρακίλη, με διάμεση επιβίωση 6–7 μήνες και συνολικό φαρμακευτικό κόστος <100 \$. Στη σημερινή εποχή, σε παρόμοιο ασθενή αντιστοιχεί μια διάμεση επιβίωση περίπου 2 ετών, με φαρμακευτικό κόστος 250.000 \$ κατ' έτος.⁶ Οι εξελίξεις αυτές δεν ήταν δυνατόν να προβλεφθούν από οικονομολόγους υγείας ούτε και πριν από ένα έτος.

Στο εξωτερικό έχουν αναπτυχθεί συστήματα για την αντιμετώπιση του υψηλού φαρμακευτικού κόστους. Στις ΗΠΑ, οι ασθενείς έχουν συμμετοχή περίπου 25% στο κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η πρόσβαση στα ακριβά φάρμακα. Ταυτόχρονα, έχουν αυξηθεί οι χρεωκοπίες για λόγους υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα νέα φάρμακα υψηλού κόστους καλύπτονται μόνο όταν δεν κοστίζουν >50.000 ανά "QALY" (quality of life-year). Αναπόφευκτα έχει αναπτυχθεί ένας ολόκληρος κλάδος οικονομίας του φαρμακευτικού κόστους, όπου το όφελος και η αξία ενός φαρμακευτικού προϊόντος κρίνονται με βάση τη σχέση οφέλους προς κόστος έναντι προηγούμενων θεραπειών (incremental cost efficacy ratio, ICER).

Επομένως, όλοι οι σχετικοί παράγοντες, σε συνδυασμό με τη δικαιολογημένη απαίτηση του πληθυσμού ενός ευνομούμενου κράτους για εξασφαλισμένη αλλά ορθολογική περίθαλψη, επιβάλλουν και στην Ελλάδα τη λειτουργία ενός μοντέρνου, ευφυούς και ευέλικτου ογκολογικού συστήματος υγείας. Ενός συστήματος που βελτιστοποιεί την απόδοση και την παροχή υπηρεσιών υγείας, σεβόμενο την απαίτηση των καιρών για αποφυγή άχρηστων δαπανών και με προσαρμοστικότητα στη συνεχώς μεταβαλλόμενη

πραγματικότητα στον χώρο της Ογκολογίας. Επί πλέον, το συγκεκριμένο σύστημα πρέπει να προφυλάσσει τους ασθενείς και –γεγονός που είναι πολύ σημαντικό– τους συγγενείς από άσκοπες ταλαιπωρίες και απώλεια εργατωρών.¹³

2. ΘΕΣΠΙΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Ένα κεντρικό όργανο σχεδιασμού της ογκολογικής πολιτικής πρέπει να έχει σημαντικό λόγο στη λήψη αποφάσεων, με δυνατότητα πρότασης ρυθμίσεων, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη από την πολιτεία και με δυνατότητα βέτο σε κάθε κρατική ρύθμιση που αφορά στα ογκολογικά θέματα. Έτσι, θα αποφεύγεται η αυθαιρεσία της κεντρικής κυβέρνησης και θα ελέγχονται καλύτερα τυχόν άσκοπες παρορμητικές ρυθμίσεις εκ μέρους του κράτους.

Προτεινόμενη σύσταση: Η επιτροπή πρέπει να απαρτίζεται από εκπροσώπους του κράτους, από εκπροσώπους των εμπλεκόμενων φορέων και από κοινωνικούς εταίρους, αφού η κοινωνία, σε τελευταία ανάλυση, είναι το άμεσα ενδιαφερόμενο μέρος. Πρέπει να υπάρχουν κατ' ελάχιστον εκπρόσωποι των παρακάτω φορέων (ενδεικτικά): Υπουργείου Υγείας, Υπουργείου Οικονομίας, Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εταιρείας Ογκολόγων-Παθολόγων Ελλάδας, Διευθυντών Ογκολογικών Νοσοκομείων, Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, Συλλόγου Φαρμακοποιών, Συλλόγου Ιδιωτικών Κλινικών, Καθηγητών Ογκολογίας, Καθηγητών Δημόσιας Υγείας, Ογκολογικής Επαγγελματικής Εταιρείας, Συλλόγου Καρκινοπαθών, Συλλόγου Καταναλωτών, Εμπορικού Επιμελητηρίου.

Όλες οι αποφάσεις της κυβέρνησης σχετικά με τα ογκολογικά θέματα πρέπει να εγκρίνονται από την παραπάνω επιτροπή κατά πλειοψηφία πριν δοθούν προς ψήφιση στη Βουλή ή κοινοποιηθούν ως εγκύκλιοι. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η κυβέρνηση μπορεί να επαναφέρει προς συζήτηση κάποια διάταξη που έχει απορριφθεί, αφού παραστεί ο ίδιος ο αρμόδιος υπουργός και αιτιολογήσει την απόφαση ώστε να επιτύχει την υπερψήφισή της. Αν δεν καταστεί δυνατό, τότε θα τεθεί το θέμα στον πρωθυπουργό για να αναλάβει το βάρος της απόφασης.

Μέλη της επιτροπής μπορεί να φέρουν προς συζήτηση όποιο θέμα θεωρείται σκόπιμο, με σκοπό τη διατύπωση προτεινόμενης πολιτικής και στρατηγικής επίλυσης. Οι προτάσεις της επιτροπής λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη από τους αρμόδιους φορείς που φέρουν προς ψήφιση στην επιτροπή το τελικό κείμενο. Η επιτροπή μπορεί να καλεί ή να αναθέτει ζητήματα σε εμπειρογνώμονες, όταν αυτό απαιτείται.

3. ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ

Ο πλήρης ογκολογικός χάρτης αποσκοπεί στην καταγραφή των ογκολογικών αναγκών ανά περιοχή (νομός ή περιφέρεια) και στην επακόλουθη κατανομή παρεχομένων ογκολογικών υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό λαμβάνεται υπ' όψη και η σχετική διαθεσιμότητα του ιδιωτικού τομέα προς κάλυψη των αναγκών. Οι ογκολογικές υπηρεσίες διακρίνονται σε απλές (π.χ. χορήγηση μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας) ή σύνθετες (π.χ. ακτινοθεραπείες, ταυτόχρονες θεραπείες, χειρήσεις εντέρου) ή εξειδικευμένες (π.χ. στερεοτακτική ακτινοθεραπεία, επεμβατική ογκολογία, εξειδικευμένες χειρήσεις, όπως ορθού, παγκρέατος, εγκεφάλου, πνεύμονα).

Στο πλαίσιο αυτό συστήνονται κέντρα εξειδίκευσης (κέντρα αριστείας, center of excellence) για εξειδικευμένες αγωγές, π.χ. καρκίνος του ορθού, του στομάχου, του παγκρέατος, του πνεύμονα, σαρκώματα, γλοιοβλαστώματα. Ο λόγος για τη δημιουργία των συγκεκριμένων κέντρων είναι ότι τα αποτελέσματα των επεμβάσεων βρίσκονται σε ευθεία συνάρτηση με την εμπειρία και τον αριθμό των διενεργουμένων επεμβάσεων, καθώς και με τη λειτουργία επαρκών διατομεακών ογκολογικών συμβουλίων. Τα εν λόγω κέντρα θα στελεχώνονται και από χειρουργούς ογκολόγους. Σε ένα ή σε περισσότερα από αυτά τα κέντρα ανά περιφέρεια θα προωθούνται οι ασθενείς με το ειδικό πρόβλημα ώστε να τυγχάνουν της καλύτερης αντιμετώπισης.

4. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Το δημόσιο σύστημα θα δομηθεί με βάση Ογκολογικά Κέντρα Αναφοράς από τα οποία θα εξαρτώνται περιφερικές ογκολογικές λειτουργίες. Θα βασίζεται στην αποκέντρωση απλών ογκολογικών δραστηριοτήτων και στη βελτιστοποίηση της λειτουργίας των αποσυμφορημένων ογκολογικών κέντρων.

Με βάση τον ογκολογικό χάρτη, είναι δυνατή και επιθυμητή η ίδρυση θέσεων ογκολόγων παθολόγων σε μη ογκολογικά νοσοκομεία. Ιδιαίτερα επιθυμητή είναι η ίδρυση τέτοιων θέσεων στα επαρχιακά νοσοκομεία για να αντιμετωπιστεί η άνιση κατανομή ογκολόγων σε βάρος της περιφέρειας, καθώς και σε μεγάλα αστικά νοσοκομεία.¹⁴ Οι συγκεκριμένοι ογκολόγοι θα συμμετέχουν στις δραστηριότητες του νοσοκομείου τους ως σύμβουλοι σε περίπτωση ογκολογικής διάγνωσης πριν από το χειρουργείο, αλλά και με δυνατότητα παροχής απλών ογκολογικών νοσηλειών-θεραπειών. Οι ιατροί αυτοί θα είναι σε άμεση σχέση και συνεργασία με το κεντρικό ογκολογικό νοσοκομείο της περιφέρειάς τους είτε με την πανεπιστημιακή ογκολογική

κλινική (Ογκολογικό Κέντρο Αναφοράς). Θα συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες του κέντρου αναφοράς, καθώς και σε ογκολογικά συμβούλια μέσω τηλεδιάσκεψης. Θα είναι υποχρεωμένοι να αναλαμβάνουν τη συνέχιση της αγωγής ασθενών που διαγιγνώσκονται ή αρχίζουν τη θεραπεία τους σε ογκολογικά κέντρα, πάντα σε στενή συνεργασία. Θα συμμετέχουν στις ερευνητικές δραστηριότητες του Ογκολογικού Κέντρου Αναφοράς τους κατά το δυνατόν.

Τα ογκολογικά νοσοκομεία και οι πανεπιστημιακές κλινικές, όπου αυτά ελλείπουν, έχουν θεμελιώδη σημασία για τη στήριξη της ελληνικής Ογκολογίας και πρέπει να αναβαθμιστούν για να αναλάβουν τον ρόλο τους. Είναι λάθος στο ίδιο νοσοκομείο να υπάρχουν πολλές παθολογικές ογκολογικές κλινικές ή πολλές χειρουργικές κλινικές, όπου η κάθε μια είναι γενική και ανεξάρτητη έως ανταγωνιστική με την άλλη. Απαιτείται η ένωση όλων των κλινικών μιας ειδικότητας, με ενιαία διοίκηση και ενιαίο συντονισμό για τη δημιουργία μιας μεγάλης υπερκλινικής-τομέα. Έτσι, θα δοθεί η δυνατότητα να ιδρυθούν τμήματα εντός του τομέα, κατά σύστημα, π.χ. τμήμα αναπνευστικού, πεπτικού, γυναικολογικού, ουροποιητικού, και λοιπών, ώστε η μια μεγάλη ενιαία κλινική-τομέας να αποκτήσει εξειδικευμένους ογκολόγους ή χειρουργούς ανά σύστημα. Τα τμήματα αυτά θα συνεργάζονται στενά με τις αντίστοιχες χειρουργικές και λοιπές ειδικότητες και συχνά θα συλλειτουργούν σε κλινικές ή επιστημονικές δραστηριότητες. Όλη η χημειοθεραπευτική αγωγή θα εκτελείται από παθολόγους-ογκολόγους. Οι λοιπές ειδικότητες θα συνεργάζονται σε θέματα διαγνώσεων, θεραπειών και επεμβάσεων αλλά θα παύσουν να χορηγούν φαρμακευτική αντινεοπλασματική αγωγή.

Τα ογκολογικά νοσοκομεία, όπως συζητήθηκε παραπάνω, θα συνεργάζονται με ογκολόγους άλλων νοσοκομείων, π.χ. στην περιφέρεια, οι οποίοι θα αναλαμβάνουν προαιρετικά τη συνέχιση των νοσηλείων και των αγωγών που ενδείκνυνται μετά τον καθορισμό της στρατηγικής από το ογκολογικό νοσοκομείο. Η συνέχιση των θεραπειών δεν αποκλείεται να πραγματοποιείται και σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα. Η απαλλαγή των ογκολογικών νοσοκομείων από το βάρος των απλών θεραπειών (π.χ. θεραπεία συντήρησης με ένα αβλαβές μονοκλωνικό αντίσωμα ανά 21 ημέρες για ένα χρόνο) θα επιτρέψει την αποσυμφόρησή τους και την πλέον παραγωγική ενασχόλησή τους με σοβαρά ογκολογικά προβλήματα, ή με την έρευνα.

Η ριζική αναθεώρηση του τρόπου λειτουργίας των ογκολογικών νοσοκομείων θα τα καταστήσει περισσότερο λειτουργικά, πιο αποτελεσματικά και πραγματικά κέντρα αριστείας που θα προάγουν την ενδεδειγμένη θεραπεία, τη σωστή εκπαίδευση και την έρευνα. Θα αποτελέσουν έτσι ένα σύγχρονο πεδίο για προσέλκυση ασθενών και μελετών νέων φαρμάκων.

5. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Η ιδιωτική Ιατρική στην Ελλάδα είναι μια πραγματικότητα που δεν μπορεί να παραβλεφθεί. Ένα έξυπνο δημόσιο σύστημα υγείας οφείλει να εκμεταλλευτεί την ύπαρξή της και όχι να την αντιστρατεύει. Το δημόσιο σύστημα υγείας θα είχε ουσιαστικά εξοικονόμηση, αν παραχωρούσε απλές ογκολογικές θεραπείες στον ιδιωτικό τομέα (outsourcing), κυρίως λόγω εξοικονόμησης δαπανών προσωπικού. Θα μπορούσε λοιπόν να συμβληθεί με κλινικές ή ιατρούς, όπου οι ασθενείς του δημοσίου θα είχαν πλήρη κάλυψη νοσηλίων και φαρμάκων στον ιδιωτικό χώρο, έστω και σε συμπιεσμένες τιμές. Αυτό απαιτεί βέβαια έναν αξιόπιστο ΕΟΠΥΥ που θα απέδιδε σταθερά τα οφειλόμενα. Οι ασθενείς του δημοσίου που θα επέλεγαν αυτόν τον τρόπο θα ωφελούνταν από ένα σχετικά λιγότερο φορτισμένο χώρο θεραπείας, τύπου ημερήσιας νοσηλείας, χωρίς συγχρωτισμό με βαριά πάσχοντες και πιθανότατα θα είχαν μια περισσότερο ευχάριστη γενικά θεραπεία.

Ακόμη περισσότερο, απλές ογκολογικές θεραπείες θα μπορούσαν να διενεργούνται και σε καλά εξοπλισμένα πολυπρόσωπα ιδιωτικά ή δημόσια ιατρεία με ύπαρξη κατάλληλων υποδομών και προσωπικού, χωρίς να χρειάζεται καθόλου νοσηλεία σε νοσοκομείο ή κλινική, όπως εφαρμόζεται σε χώρες του εξωτερικού. Ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να συμβληθεί και με τέτοιου είδους κέντρα «πρωτοβάθμιας» Ογκολογίας για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του και την ακόμα μεγαλύτερη εξοικονόμηση πόρων και προσωπικού.

6. ΤΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

6.1. Ο ρόλος του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Το ογκολογικό φάρμακο, ο τρόπος διακίνησής του και τα σχετικά κόστη ήδη είναι και θα εξελίσσεται όλο και περισσότερο σε ένα μείζον φαρμακοοικονομικό πρόβλημα.

Η κρατούσα κατάσταση διαχωρίζει τα ογκολογικά φάρμακα σε δύο κατηγορίες, στα διακινούμενα μέσω των φαρμακείων και στα νοσοκομειακά, στα οποία περιλαμβάνονται, γενικά, τα ακριβότερα φάρμακα. Τα πρώτα διατίθενται από τα ιδιωτικά φαρμακεία ή πιο συχνά από τα νοσοκομεία των κλινικών ή των νοσοκομείων. Τα δεύτερα διατίθενται σε λίγες περιπτώσεις εσωτερικά από τα φαρμακεία των νοσοκομείων, αλλά συνήθως από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ (συνήθως ένα φαρμακείο σε κάθε πόλη). Το εν λόγω σύστημα διευκολύνει το κράτος, που μπορεί να διαπραγματεύεται με τις φαρμακευτικές εταιρείες καλύτερες τιμές για τα «ακριβά» φάρμακα, των οποίων έχει λήξει η

πατέντα, λόγω ανταγωνισμού. Όμως, ο ΕΟΠΥΥ δεν έχει κατορθώσει να μειώσει την τιμή αγοράς των φαρμάκων υψηλού κόστους, η πατέντα των οποίων είναι σε ισχύ.

Ο ασθενής που πρέπει να λάβει το νοσοκομειακό φάρμακο (στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα περισσότερα ογκολογικά φάρμακα) πρέπει πρώτα να εισαχθεί σε νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική, κατόπιν να εκδοθεί μια νοσοκομειακή συνταγή και την ίδια ημέρα ο ίδιος ή (το συνηθέστερο) κάποιος συγγενής να μεταβεί στο φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ (μπορεί να απέχει αρκετά χιλιόμετρα), να εκτελέσει τη συνταγή και να προσκομίσει το φάρμακο για να του χορηγηθεί. Έτσι, χάνονται εργατοώρες, οι ασθενείς και οι συγγενείς υφίστανται ταλαιπωρία και, παρά τις προσπάθειες του προσωπικού του ΕΟΠΥΥ, καθυστερήσεις. Να σημειωθεί ότι ο λόγος για τον οποίο οι μεγάλες ιδιωτικές κλινικές δεν χορηγούν οι ίδιες τα νοσοκομειακά φάρμακα είναι γιατί δεν εμπιστεύονται ότι θα αποπληρωθούν από τον ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα να υφίστανται ζημία, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία, κατά παράλογο τρόπο, επιθυμούν να αποφύγουν τη δαπάνη και να τη μεταφέρουν στον εξίσου δημόσιο ΕΟΠΥΥ.

Η ικανότητα του ΕΟΠΥΥ να προμηθεύεται μέσω διαγωνισμών φθηνότερα φάρμακα είναι δεδομένη και δεν μπορεί να ξεπεραστεί, τουλάχιστον όσον αφορά σε ακριβά φάρμακα υπό τον ανταγωνισμό γενοσήμων. Μπορεί όμως το σύστημα να εξορθολογιστεί για να αποφευχθεί η ταλαιπωρία των ασθενών. Θα μπορούσε να καταργηθεί η προϋπόθεση νοσηλείας για την εκτέλεση της συνταγής. Εξ άλλου, η χορήγηση του φαρμακευτικού προϊόντος μπορεί να διαρκεί 1–2 ώρες μόνο και δεν υπάρχει πραγματική ανάγκη νοσηλείας. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να γίνει αποδεκτή από το φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ η ηλεκτρονική συνταγή του λεγόμενου νοσοκομειακού φαρμάκου χωρίς την προϋπόθεση εισαγωγής, αλλά με τον όρο χορήγησης εντός π.χ. εβδομάδας, σε εξωτερική βάση. Έτσι τουλάχιστον θα μπορούσε ο ασθενής να έχει αμέσως διαθέσιμο το φάρμακο. Η ύπαρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι επαρκές μέσο για να αποφεύγεται κακοήθης συνταγογράφηση. Επί πλέον, θα πρέπει να αναζητηθεί ένας έξυπνος τρόπος για τη διασπορά των σημείων προμηθειών των κρατικά διακινουμένων φαρμάκων, ώστε να μην ταλαιπωρείται με μακρινά δρομολόγια ο ασθενής ή οι συνοδοί του. Πρέπει να θεωρηθεί μη αποδεκτή η εξάρτηση του παρόντος συστήματος από τη διαθεσιμότητα του συγγενούς ή του συνοδού για την παραλαβή του φαρμάκου από το φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ, που μπορεί να βρίσκεται δεκάδες χιλιόμετρα μακριά.

Επί πλέον, πολλά νοσοκομειακά φαρμακευτικά προϊόντα είναι πλέον αρκετά οικονομικά (δοξορουβικίνη, πακλιταξέλη,

δοσεταξέλη, ιρινοτεκάνη, οξαλιπλατίνη, ζολεδρονικό οξύ) και θα μπορούσε να απελευθερωθεί η συνταγογράφησή τους με διατιμημένη τιμή, ενώ η χορήγησή τους πρέπει να επιτρέπεται χωρίς να γίνεται αναγκαστικά εισαγωγή, π.χ. σε κλινική ημέρας.¹⁵ Αποτέλεσμα αυτού θα ήταν σημαντική μείωση γραφειοκρατίας και απασχόλησης προσωπικού, άρα εξοικονόμηση πόρων.

Με τα παραπάνω θα εξοικονομείται πολύς χρόνος. Με το υφιστάμενο σύστημα, ένας ασθενής που λαμβάνει ένα αντίσωμα χορηγούμενο σε 30 min, ακολουθώντας την τρέχουσα διαδικασία περί νοσοκομειακών φαρμάκων, θα αναλώσει αυτός και ο συνοδός του ένα ολόκληρο πρωινό και θα καλύψει μία θέση στο νοσοκομείο για τον ίδιο χρόνο.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα είναι η μη χορήγηση απολύτως ενδεδειγμένων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων λόγω έλλειψης της τυπικής ένδειξης από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η παραγωγός εταιρεία του φαρμακευτικού προϊόντος αρκέστηκε στο να αποκτήσει την έγκριση των ρυθμιστικών αρχών μόνο σε κοινούς τύπους καρκίνων ώστε να εξασφαλίσει την κυκλοφορία του φαρμάκου. Έτσι, οι τυπικές εγκρίσεις ενός φαρμάκου είναι υποσύνολο των τύπων καρκίνου όπου είναι δραστικό. Για παράδειγμα, δεν υπάρχει κάποιο φαρμακευτικό προϊόν εγκεκριμένο για τον καρκίνο των χολαγγείων, για τον καρκίνο του ρινοφάρυγγα, για τον μικροκυτταρικό καρκίνο εκτός πνεύμονα κ.λπ. Προτείνεται η πλήρης απελευθέρωση συνταγογράφησης των οικονομικών φαρμάκων (π.χ. <100 € η δόση) και η άμεση ενσωμάτωση των ήδη υφιστάμενων κατευθυντήριων οδηγιών της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος στον κατάλογο των φαρμακευτικών προϊόντων που εγκρίνονται από τον ΕΟΠΥΥ.

6.2. Φαρμακευτική κάλυψη

Το ζήτημα της οικονομικής κάλυψης των φαρμάκων είναι ακανθώδες σε κάθε κοινωνία. Σε διάφορες χώρες ισχύουν διαφορετικοί θεσμοί. Στις ΗΠΑ υπάρχει γενικά μια σημαντική συμμετοχή του ασφαλισμένου, της τάξης του 25%, γεγονός που καθιστά τα σύγχρονα φάρμακα δυσπρόσιτα, ενώ στην Αγγλία, όπου η πρόσβαση είναι δωρεάν, πολλά φάρμακα δεν χορηγούνται από το δημόσιο σύστημα υγείας για οικονομικούς λόγους, παρ' όλο που έχουν εγκριθεί. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες διατηρείται η δωρεάν πρόσβαση σε φάρμακα υψηλού κόστους, αλλά με πολλούς περιορισμούς και σε αρκετές περιπτώσεις με διαπραγμάτευση της τιμής τους ή πληρωμή μόνο αν υπάρξει κλινικό αποτέλεσμα.

Με την επερχόμενη λαίλαπα νέων και πανάκριβων φαρμάκων, το υπάρχον σύστημα της δωρεάν πρόσβασης στα

φαρμακευτικά προϊόντα δεν μπορεί να διατηρηθεί. Κάποια μορφή συμμετοχής ή και κάποιου είδους περιορισμός πρέπει να θεσμοθετηθεί για να καταστεί το σύστημα υγείας βιώσιμο. Ένα γενναιόδωρο σύστημα υγείας, το οποίο στο τέλος δεν μπορεί να πληρώσει, είναι χειρότερο από ένα νοικοκυρεμένο, φειδωλό ενδεχομένως, αλλά φερέγγυο σύστημα.

Ως γενικές αρχές προτείνονται τα παρακάτω:

Τα μη νοσοκομειακά φάρμακα, που είναι και τα πιο οικονομικά, μπορούν να παρέχονται με κάποια συμμετοχή (π.χ. 10%), καθώς και τα φάρμακα άλλων παθήσεων. Έτσι, θα εξοικονομούνται πόροι οι οποίοι θα διατίθενται για την κάλυψη των πολύ ακριβών φαρμάκων. Στην κατηγορία των μη νοσοκομειακών μπορούν να ενταχθούν και τα νοσοκομειακά για τα οποία υπάρχουν γενόσημα, και των οποίων η τιμή έχει μειωθεί σημαντικά, όπως προαναφέρθηκε παραπάνω.

Τα νοσοκομειακά και ακριβά φαρμακευτικά προϊόντα μπορούν να εξεταστούν κατά περίπτωση και σε συνάρτηση με τη σχέση κόστους/οφέλους. Η Εθνική Ογκολογική Επιτροπή μπορεί να επιμεληθεί της κατηγοριοποίησής τους σε (α) φάρμακα που αυξάνουν την ίαση (απολύτως αναγκαία), (β) φάρμακα τα οποία έχουν ευνοϊκή σχέση κόστους/οφέλους, και (γ) φάρμακα με υψηλή σχέση κόστους/οφέλους. Η πρώτη κατηγορία μπορεί να παρέχεται με μικρή επιβάρυνση στον ασθενή (π.χ. 5% ή 20 € η δόση), η δεύτερη με κάπως μεγαλύτερη (π.χ. 10% ή 40 €) και η τρίτη με ακόμη μεγαλύτερη (π.χ. 20% ή 80 €), ενώ θα μπορούσαν να υπάρχουν εξαιρέσεις για ανέργους κ.λπ. (οι αριθμοί είναι ενδεικτικοί). Τέλος, διατηρείται το δικαίωμα στον ΕΟΠΥΥ να εφαρμόζει κριτήρια περιορισμού χορήγησης πολύ ακριβών φαρμάκων, με δικαίωμα έφεσης σε ειδική επιτροπή. Ειδικές επιτροπές του ΕΟΠΥΥ κατά τόπους θα εξετάζουν εξειδικευμένα αιτήματα, π.χ. νοσηλείες στο εξωτερικό, θεραπείες με εισαγόμενα φάρμακα, ειδικές εξετάσεις κ.λπ.

Η εφαρμογή έστω και μικρής συμμετοχής θα περιορίσει την αλόγιστη χρήση φαρμάκων υψηλού κόστους και θα καταστήσει τον ασθενή μέτοχο στη λήψη αποφάσεων και συνυπεύθυνο. Θα εξορθολογήσει το σύστημα ανάλογα με άλλες χώρες του εξωτερικού, διαφυλάττοντας τη βιωσιμότητα και την αξιοπιστία του. Όλα τα σχετικά μέτρα θα εγκρίνονται από την Εθνική Ογκολογική Επιτροπή.

Επί πλέον, ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να αυξήσει την ικανότητά του να αποσπά χαμηλότερες τιμές από τις τρέχουσες για τα νέα φάρμακα. Ο μόνος τρόπος για να το επιτύχει αυτό είναι να δώσει το δικαίωμα στον εαυτό του να μη χορηγεί ένα φάρμακο ή να απειλεί να το εισάγει σε κατάλογο υψηλής συμμετοχής του ασθενούς, πιέζοντας έτσι τις φαρμακευτικές εταιρείες να παρέχουν τα φάρμακά τους πιο οικονομικά.

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στη σημερινή εποχή, σε κάθε ανεπτυγμένη κοινωνία, η περίθαλψη των τερματικών ασθενών, κατά τους τελευταίους μήνες της ζωής, όταν η αντικαρκινική αγωγή παύει να έχει νόημα, αποτελεί αντικείμενο ενός οργανωμένου δικτύου παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών κατ' οίκον (hospice care). Η αντιμετώπιση αυτή εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής και παροχή υπηρεσιών περισσότερο ταιριαστή με τις αληθινές ανάγκες του ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα προσφέρει μεγάλη εξοικονόμηση πόρων, αποτρέποντας άχρηστες νοσηλείες. Το σύστημα τερματικής νοσηλείας στηρίζεται σε εξειδικευμένο παραϊατρικό προσωπικό υπό τη γενική καθοδήγηση ιατρών και καλύπτει εκτός από τις ιατρικές ανάγκες, τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές. Τέτοια συστήματα πρέπει να αναπτυχθούν οπωσδήποτε σε μεγάλες πόλεις και να συνεργάζονται με γενικότερα συστήματα κατ' οίκον νοσηλείας σε μικρότερες. Η δαπάνη πρέπει να προβλεφθεί στους προϋπολογισμούς του ΕΟΠΥΥ, γιατί ουσιαστικά προσφέρει εξοικονόμηση πόρων.

8. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

8.1. Ογκολογική εκπαίδευση

Η εκπαίδευση των ειδικευομένων στην Ογκολογία ιατρών πρέπει να αποτελεί μέλημα του συστήματος υγείας. Το ισχύον καθεστώς εγκλωβίζει τον ειδικευόμενο στα στενά πλαίσια μιας συγκεκριμένης ογκολογικής κλινικής, όπου ο ειδικευόμενος αφιερώνει τον περισσότερο χρόνο σε διαδικαστικές και γραφειοκρατικές ασχολίες με πολύ φόρτο εργασίας αντί να επικεντρώνεται στην εκπαίδευση.

Η εκπαίδευση των ειδικευομένων πρέπει να αντιμετωπιστεί με περισσότερη προσοχή. Ο ειδικευόμενος πρέπει να εκτίθεται σε ανόμοιες προσεγγίσεις και διαφορετικούς τρόπους του σκέπτεσθαι για να ολοκληρωθεί ως επαγγελματική προσωπικότητα. Ο λόγος ύπαρξής του δεν είναι να κάνει την εργασία του μεταφορέα ή του γραμματέα.

Στα ογκολογικά νοσοκομεία, κάθε ειδικευόμενος ανήκει σε μια κλινική. Με την προτεινόμενη αναδιάρθρωση των ογκολογικών νοσοκομείων όλοι οι ειδικευόμενοι πλέον θα ανήκουν στη μεγάλη ογκολογική κλινική, με υποχρεωτική εκ περιτροπής εκπαίδευση σε κάθε ογκολογικό τομέα. Επίσης, οι ειδικευόμενοι θα έχουν ένα προαιρετικό εξάμηνο εκπαίδευσης σε ογκολογική κλινική αυστηρά επιλεγμένου, συνεργαζόμενου και ελεγχόμενου ιδιωτικού κέντρου. Μεγάλα ιδιωτικά κέντρα διαθέτουν πολύ ανεπτυγμένη και σύγχρονη Ογκολογία, την οποία είναι κρίμα να μη γνωρίζουν οι ειδικευόμενοι. Έτσι, θα εκτεθούν και σε έναν

πιθανόν διαφορετικό τρόπο προσέγγισης του ασθενούς. Τα ιδιωτικά κέντρα που θα συμμετέχουν σε προγράμματα ειδικότητας πρέπει να παρέχουν τα εχέγγυα και να προσφέρουν σαφείς εκπαιδευτικές δραστηριότητες στους ειδικευόμενους και με βάση προαπαιτούμενα, τελικά, να εγκρίνονται ως κατάλληλα από την Ογκολογική Επιτροπή.

8.2. Ογκο-νοσηλευτές

Σε εξειδικευμένα ογκολογικά κέντρα, το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσει ιδιαίτερες δεξιότητες και συσσωρεύει μια τεράστια εμπειρία που δεν πρέπει να μένει ανεκμετάλλευτη. Ο θεσμός του ογκο-νοσηλευτή πρέπει να αναγνωριστεί και να προωθηθεί. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να αναβαθμιστεί θεσμικά πάνω από το επίπεδο του απλού νοσηλευτή, ώστε να γίνει βοηθός του ιατρού, ικανός να χειρίζεται αυτόνομα απλά ιατρικά προβλήματα σύννομα. Ειδικού τύπου εκπαίδευση, σεμινάρια και κτήση τίτλου κατόπιν εξετάσεων θα ήταν πράξεις που θα προωθούσαν τη φιλομάθεια, την αναγνώριση και το ηθικό του σκληρά εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού. Επί πλέον, η Ελλάδα είναι σχεδόν η χειρότερη χώρα του ΟΟΣΑ σε αριθμό νοσηλευτών, με 3,2 ανά 1.000 κατοίκους, ενώ ο μέσος όρος είναι 9,6 και στην Πορτογαλία 5,1 (ΟΟΣΑ 2013). Έχει αποδειχθεί ότι η επαρκής νοσηλευτική στελέχωση αυξάνει την ταχύτητα διεκπεραίωσης περιστατικών, με τελικό αποτέλεσμα τη βράχυνση της νοσηλείας και την εξοικονόμηση πόρων.

8.3. Απολαβές

Οποιοδήποτε σύστημα, για να είναι επιτυχημένο, πρέπει να στελεχώνεται από προσωπικό που είναι ικανοποιημένο από την εργασία του. Οι εργαζόμενοι στο σύστημα υγείας κοπιάζουν πολύ, ενώ συνήθως έχουν την αίσθηση ότι δεν αναγνωρίζονται οι προσπάθειές τους. Χρειάζεται χρηστή διοίκηση, ανοικτόμυαλα και φιλοπρόοδα στελέχη, χωρίς κομματικές εξαρτήσεις και με σχετικές σπουδές στη δημόσια διοίκηση. Επίσης, απαιτείται η άμεση καταβολή των δεδουλευμένων όλων των εφημεριών και η επαρκής στελέχωση. Η χρήση των απογευματινών ιατρείων εντός των νοσοκομείων πρέπει να γενικευτεί.

Το ενδιαφέρον της διοίκησης για όλο το προσωπικό πρέπει να είναι εμφανές και ουσιαστικό. Προγράμματα κατά της εργασιακής υπερκόπωσης και κάθε τύπου επιστημονικές,

καλλιτεχνικές ή κοινωνικές εκδηλώσεις που διασπούν τη ρουτίνα της καθημερινότητας και συσφίγγουν τις σχέσεις πρέπει να επιδιώκονται. Παιδικόι σταθμοί στον χώρο της εργασίας θα διευκόλυναν το προσωπικό. Ηθικές και, όπου είναι δυνατόν, υλικές ανταμοιβές πρέπει να προσφέρονται για επιβράβευση και δημιουργία κινήτρου. Το περιβάλλον του εργαζόμενου δίπλα στον ογκολογικό ασθενή πρέπει γενικά να ανακουφίζει το βαρύ φορτίο του θεραπευτή.

9. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Η κλινική έρευνα προσφέρει τουλάχιστον διττά. Κατ' αρχάς, παρέχει στους ασθενείς πρόσβαση σε νέα φάρμακα και στην εξ αυτών ωφέλεια πολύ πριν γίνουν εμπορικά διαθέσιμα. Έπειτα είναι μια σημαντική αιτία εισροής κεφαλαίων στη χώρα, καθ' ότι συνήθως χρηματοδοτείται από το εξωτερικό.

Η Ογκολογία ως ειδικότητα είναι κατ' εξοχήν βασισμένη στην κλινική έρευνα, καθ' ότι οι πρόοδοι σχεδόν πάντα αφορούν στην ανάδειξη νέων φαρμακευτικών προϊόντων. Συμμετοχή στην κλινική έρευνα σημαίνει συμμετοχή στο ογκολογικό γίγνεσθαι. Επομένως, η κλινική έρευνα πρέπει να επιδιώκεται με κάθε τρόπο. Η αναδιάρθρωση των ογκολογικών νοσοκομείων με τον χωρισμό σε τομείς ανά σύστημα θα τα καταστήσει ελκυστικά για κλινική έρευνα, αρκεί αυτό να υποστηρίζεται από τη διοικητική δομή τους. Ένα ευέλικτο σύστημα θα προέβλεπε θέσεις εργασίας, με κύριο καθήκον την υποστήριξη της κλινικής και της μεταφραστικής έρευνας, θέσεις οι οποίες, τελικά, θα πρόσφεραν περισσότερο εισόδημα στο νοσοκομείο. Συχνά, για έναν ασθενή ενταγμένο στη μελέτη ο φορέας πληρώνει για τα φάρμακα και τις εξετάσεις και έτσι προκαλείται μεγάλη εξοικονόμηση πόρων.

Ένα φιλοπρόοδο συνεργατικό πνεύμα, χωρίς αντιπαράθεσεις και εγωισμούς, θα επέτρεπε τη διακίνηση ασθενών μεταξύ ενός ευρύτερου γεωγραφικού χώρου του δημοσίου (αλλά και του ιδιωτικού) συστήματος υγείας, με σκοπό την ένταξη σε κλινικές μελέτες. Οι μελέτες αυτές πρέπει να δημοσιοποιούνται για την προσέλκυση ασθενών, όχι μόνο σε ιατρούς, αλλά και γενικότερα στην κοινότητα. Με την ανάπτυξη κουλτούρας μελετών ωφελούνται οι ασθενείς, τα νοσοκομεία, το δημόσιο, αλλά και οι ιατροί που αισθάνονται ότι μετέχουν ενεργά στην ευρύτερη επιστημονική κοινότητα.

ABSTRACT

Reorganization of oncological care in Greece: A proposal

C. EMMANOUILIDES

*Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2016, 33(4):542–549*

Oncological patients enjoy increasingly longer survival, mainly due to the introduction of innovative but costly therapeutic agents. In addition, the aging of the population in Greece is expected to increase the absolute incidence of cancer. The above two developments will strain the country's available health resources. The National Health System should adapt to the new challenges rapidly and efficiently. An overhaul of the organization of oncological care providers in Greece is long overdue. In order to realize cost savings, large scale operations must become the norm, with rational allocation of the available funds and efficient single payment facilities, so that affordable coverage remains feasible. Major changes are needed in the anchor oncology hospitals in order for them to play the role of regional leaders in oncological care, including the merging of similar divisions, subspecialization of services, promotion of clinical research and operational continuity of association with oncologists in lesser centers. In addition, joint operations in training and patient care should be pursued with major private centers, overcoming mutual mistrust and obsolete inflexibility. The current financial crisis represents an excellent opportunity for the revision and restructuring of oncological care in Greece, which should take into account societal needs and be based on flexibility and efficiency.

Key words: Health services, National Health System, Oncology

Βιβλιογραφία

- COLLIER R. Drug development cost estimates hard to swallow. *CMAJ* 2009, 180:279–280
- DI MASI JA, GRABOWSKI HG. Economics of new oncology drug development. *J Clin Oncol* 2007, 25:209–216
- ΚΑΡΑΜΠΛΗ Ε, ΧΑΤΖΑΚΗ Α, ΠΟΥΛΥΖΟΣ Ν, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:77–84
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Available at: <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=300>
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2011–2015. Διαθέσιμο στο: http://www.anticancer.gov.gr/catalogue/SxedioDrasis_24selido.pdf
- MEROPOL NJ, SCHULMAN KA. Cost of cancer care: Issues and implications. *J Clin Oncol* 2007, 25:180–186
- MARIOTTO AB, YABROFF KR, SHAO Y, FEUER EJ, BROWN ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010–2020. *J Natl Cancer Inst* 2011, 103:117–128
- SULLIVAN R, PEPPERCORN J, SIKORA K, ZALCBERG J, MEROPOL NJ, AMIR E ET AL. Delivering affordable cancer care in high-income countries. *Lancet Oncol* 2011, 12:933–980
- AGGARWAL A, SULLIVAN R. Affordability of cancer care in the United Kingdom – Is it time to introduce user changes? *J Cancer Policy* 2014, 2:31–39
- LANG HC. Willingness to pay for lung cancer treatment. *Value in Health* 2010, 13:743–749
- WONG YN, HAMILTON O, EGLESTON B, SALADOR K, MURPHY C, MEROPOL NJ. Understanding how out-of-pocket expenses, treatment value, and patient characteristics influence treatment choices. *Oncologist* 2010, 15:566–576
- CHEVREUL K, DURAND-ZALESKI I, BAHRAMI SB, HERNÁNDEZ-QUEVEDO C, MLADOVSKY P. France: Health system review. *Health Syst Transit* 2010, 12:1–291
- ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2006, 23:72–83
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Κ, ΓΚΟΛΝΑ Χ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Χ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Περιφερική προσέγγιση των δομών για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2009, 26:808–817
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Μια (επαναλαμβανόμενη) πρόταση για την αναμόρφωση της πολιτικής φαρμάκου στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2013, 30:519–521

Corresponding author:

C. Emmanouilides, 10 Asklipiou street, GR-570 01 Pylaia, Greece

e-mail: cemmanou@yahoo.gr