



## Η ΕΥΡΩΠΗ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

### ΕΝΑ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

### ΚΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Εκ μέρους της Ομάδας Εργασίας της Ευρώπης των Ανισοτήτων στον Καρκίνο (Πρόεδρος: Lawler M<sup>1,2</sup>, Μέλη: Αποστολίδου Κ<sup>3</sup>, Banks Ι<sup>2</sup>, Florindi F<sup>3</sup>, Militaru M<sup>3</sup>, Price R<sup>4</sup>, Sullivan R<sup>5</sup>, De Lorenzo F<sup>3</sup>)

<sup>1</sup> Queen's University, Belfast Η.Β., <sup>2</sup>European Cancer Concord, <sup>3</sup> European Cancer Patient Coalition, <sup>4</sup> European Association of Hospital Pharmacists <sup>5</sup> King's College, Λονδίνο, Η.Β..

28 Σεπτεμβρίου 2015



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>1. Εισαγωγή.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Η Ευρώπη των ανισοτήτων στον καρκίνο – Η τεκμηρίωση .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Ο ρολος των ανισοτήτων στην ογκολογική περίθαλψη στην Ευρώπη των διαφορών...5</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Ο ρόλος της ενημέρωσης για την υγεία και τον καρκίνο .....</b>	<b>6</b>
3.1.1 Η ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση για την υγεία και τον καρκίνο .....	6
3.1.2 Η ανάγκη για καλύτερη ενημερωση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενούς και υποστήριξη .....	6
<b>3.2 Πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος και έγκαιρη διάγνωση.....</b>	<b>8</b>
3.2.1 Η ανάγκη βελτιωσης της πρόσβασης στον πληθυσμιακό προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο και στην έγκαιρη διάγνωση .....	8
<b>3.3 Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην παροχή ογκολογικής περίθαλψης: πρόσβαση στη βέλτιστη περίθαλψη.....</b>	<b>9</b>
3.3.1 Η πρόσβαση στην ακτινοθεραπεία .....	9
3.3.2 Η πρόσβαση στη χειρουργική αντιμετώπιση .....	10
3.3.3 Η πρόσβαση σε κυτταροτοξικά φάρμακα .....	11
3.3.4 Ελλείψεις σε αντινεοπλασματικά φάρμακα .....	12
3.3.5 Η πρόσβαση σε καινοτόμες προσεγγίσεις θεραπείας .....	13
3.3.6 Καθυστερήσεις στην έγκριση φαρμάκων.....	13
3.3.7 Η αξιολόγηση ιατρικής τεχνολογίας (HTA).....	14
<b>3.4 Η ζωή μετά τον καρκίνο και η αποκατάσταση των ασθενών.....</b>	<b>14</b>
<b>3.5. Ο έλεγχος του καρκίνου σε επίπεδο χωρών μελών της ΕΕ .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6 Το κόστος του καρκίνου .....</b>	<b>16</b>
4. Συστάσεις πολιτικής υγείας για τον καρκίνο.....	18
5. Συμπεράσματα.....	19
<b>Πίνακες και Διαγράμματα .....</b>	<b>4</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>23</b>



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ευρωπαϊκή Διακήρυξη Δικαιωμάτων των Ασθενών με Καρκίνο παρουσιάστηκε στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο κατά την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου το 2014 και δημοσιεύτηκε ταυτόχρονα στις επιθεωρήσεις *Lancet Oncology*<sup>1</sup> και *The Oncologist*<sup>2</sup>. Η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων, η οποία αναπτύχθηκε από την European Cancer Concord (ECC)-Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για τον Καρκίνο, σε ισότιμη συνεργασία μεταξύ ασθενών, των περιθαλπόντων τους και των επαγγελματιών υγείας στον χώρο της ογκολογίας, αποτελεί έναν καταλύτη αλλαγής που εκφράζει το δικαίωμα κάθε Ευρωπαίου πολίτη:

- να λαμβάνει τις πιο ακριβείς πληροφορίες και να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του,
- να λαμβάνει την καλύτερη δυνατή, έγκαιρη και κατάλληλη εξειδικευμένη περίθαλψη, η οποία θα υποστηρίζεται από την έρευνα και τη καινοτομία, και
- να του παρέχεται υγειονομική περίθαλψη εντός συστημάτων υγείας που διασφαλίζουν βελτιωμένες εκβάσεις, αποκατάσταση του ασθενή, βελτιωμένη ποιότητα ζωής και οικονομικά προσιτή περίθαλψη<sup>1,2</sup>.

Η European Cancer Patient Coalition –(ECPC), η Ευρωπαϊκή Συμμαχία Ασθενών με Καρκίνο<sup>3</sup> αποτελεί βασικό μέλος της ECC-European Cancer Concord, και συνεργάστηκε στενά με την ECC για τη σύνταξη της Ευρωπαϊκής Διακήρυξης Δικαιωμάτων των Ασθενών με Καρκίνο. Για να ενισχυθεί η προσπάθεια για τη βέλτιστη και ισότιμη περίθαλψη των ασθενών, η ECPC παρουσίασε την πρωτοβουλία «**Η Ευρώπη των Ανισοτήτων στον Καρκίνο**» στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, τον Ιανουάριο, 2015. Το παρόν κείμενο θέσεων αποτελεί τον πρώτο καρπό αυτής της πρωτοβουλίας. Μέσω της πρωτοβουλίας «Η Ευρώπη των Ανισοτήτων στον Καρκίνο», οι Ευρωπαίοι ασθενείς με καρκίνο αποδεικνύουν άλλη μία φορά ότι δεν είναι παθητικά θύματα των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά συμμετέχουν ενεργά στην εξεύρεση λύσεων.



## 2. Η ΕΥΡΩΠΗ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ – Η ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Ο καρκίνος είναι μία σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε χώρες υψηλού, μέσου και χαμηλού εισοδήματος στον κόσμο<sup>4</sup>. Σε 17 από τις 28 χώρες της ΕΕ, ο καρκίνος υπερβαίνει τις καρδιαγγειακές νόσους ως η κύρια αιτία πρόωρου θανάτου.<sup>5</sup> Το 2012, στην Ευρώπη, διαγνώσθηκαν 3,75 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου, με 1,75 εκατ. θανάτους<sup>6</sup>, γεγονός που σημαίνει ότι **κάθε λεπτό τρεις Ευρωπαίοι ασθενείς πεθαίνουν από αυτή την κοινή ασθένεια**. Αν και πρόκειται για ένα ιδιαίτερα θλιβερό στατιστικό στοιχείο, ακόμα πιο αποκαλυπτικές είναι οι προφανείς διαφορές μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών.

Η EUROCARE<sup>5</sup> (η πιο πρόσφατη ανάλυση δεδομένων για την επιβίωση από τον καρκίνο στην Ευρώπη) παρέχει αδιάψευστα στοιχεία ότι τα ποσοστά επιβίωσης από τον καρκίνο διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών (Διάγραμμα 1).<sup>7</sup> Συνεπώς, για κάθε Elsa στη Σουηδία που έχει 86% πιθανότητες επιβίωσης μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού, υπάρχει μία Ilsa ή Elze ακριβώς απέναντι στη Θάλασσα της Βαλτικής, στη Λετονία ή στη Λιθουανία, όπου οι πιθανότητες επιβίωσης μειώνονται στο 69% και στο 66% αντίστοιχα.<sup>7</sup> Για κάθε Luca στην Ιταλία, ο οποίος έχει 90% πιθανότητες να ζει ακόμη πέντε χρόνια μετά από διάγνωση καρκίνου στον προστάτη, υπάρχει ένας Luka μερικά χιλιόμετρα πιο μακριά, στην Κροατία, του οποίου οι πιθανότητες επιβίωσης στα 5 χρόνια είναι μειωμένες στο 71%.<sup>7</sup> Είτε μπορεί να προληφθεί (π.χ. καρκίνος του τραχήλου της μήτρας) ή να θεραπευτεί (π.χ. ορισμένες μορφές καρκίνου του μαστού, παιδική λευχαιμία), είτε έχει κακή πρόγνωση (π.χ. καρκίνος στις ωοθήκες ή στο πάγκρεας), οι διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών της Ευρώπης στα ποσοστά επιβίωσης από τον καρκίνο είναι σημαντικές.<sup>7-14</sup>

Η κατάσταση στην Ανατολική Ευρώπη είναι ιδιαίτερα δύσκολη, με ποσοστά θνησιμότητας για πολλούς καρκίνους υψηλότερα από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Για παράδειγμα, στην Πολωνία η θνησιμότητα του καρκίνου των πνευμόνων είναι 83% (μέσος όρος στην ΕΕ: 56,4%),<sup>7,15</sup> ενώ στη Ρουμανία, το ποσοστό θνησιμότητας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι 14,2% σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο του 3,7%.<sup>7,16</sup> Ωστόσο, υπάρχουν προκλήσεις και για τις χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης. Διάφορες μελέτες, όπως η International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP), αποκάλυψαν ότι το Ηνωμένο Βασίλειο (ΗΒ) και η Δανία έχουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης, ιδιαίτερα για τους καρκίνους των πνευμόνων, τον καρκίνο του ορθού και τον καρκίνο των ωοθηκών, όταν συγκρίθηκαν με την Αυστραλία, τον Καναδά, τη Νορβηγία και τη Σουηδία.<sup>17</sup> Επί πλέον, στις σημαντικές διαφορές μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, είναι εμφανείς οι διαφορές μεταξύ διαφόρων περιφερειών μιας χώρας, οι οποίες οδηγούν σε διαφορετικά ποσοστά επιβίωσης εντός των ίδιων χωρών.<sup>18-20</sup>



### 3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Οι ανισότητες βρίσκονται στο επίκεντρο πολλών από αυτές τις σημαντικές διαφορές που βιώνουν οι Ευρωπαίοι πολίτες. Οι βασικές ανάγκες των ασθενών που πρέπει να αντιμετωπισθούν στην Ευρώπη περιλαμβάνουν έλλειψη αξιόπιστης, επικαιροποιημένης πληροφόρησης εύκολα προσβάσιμης από τους ασθενείς,<sup>21</sup> εξαιρετική ανομοιογένεια στις υπηρεσίες πληθυσμιακού προ-συμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο,<sup>22,23</sup> άνιση πρόσβαση σε θεραπείες για τον καρκίνο (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή),<sup>24-26</sup> αποσπασματικές υπηρεσίες αποκατάστασης για τον καρκίνο,<sup>27</sup> κακή διακυβέρνηση, σημαντικές οργανωτικές και δομικές ελλείψεις καθώς και δημοσιονομικά ελλείμματα στον σχεδιασμό του τομέα υγείας<sup>28-30</sup> και έλλειψη εστιασμένου στους πολίτες Ευρωπαϊκού Σχεδίου για την Επιβίωση από τον Καρκίνο.<sup>31</sup>

Επίσης, σε πολλά Κράτη Μέλη, δεν υπάρχουν Εθνικά Σχέδια Ελέγχου του Καρκίνου ή στερούνται πόρων,<sup>32,33</sup> υπογραμμίζοντας τις διαφορές τόσο εντός των ιδίων των χωρών όσο και από χώρα σε χώρα, όσον αφορά τα ποσοστά επιβίωσης, την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και την αποκατάσταση των ασθενών. Οι κοινωνικές και οι οικονομικές στερήσεις<sup>34-36</sup> καθώς και η επίδραση των πρόσφατων μέτρων λιτότητας<sup>26,37</sup> επιδεινώνουν ακόμα περισσότερο πολλές από αυτές τις ανισότητες. Για να μπορέσουν οι ασθενείς με καρκίνο να λάβουν τη θεραπεία που χρειάζονται και δικαιούνται, θα πρέπει να υιοθετηθεί μία στρατηγική ιατρικής διεπιστημονικής ομάδας προσέγγισης (MDT) από όλες τις χώρες μέλη,<sup>38</sup> η οποία θα παρέχει ασθενο-κεντρική προσέγγιση και θα αντιμετωπίζει όλες τις πτυχές της θεραπείας και της ζωής με τον καρκίνο, με αυξημένη έμφαση στα θέματα επιβίωσης, συμπεριλαμβανομένης της παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής, που θα υλοποιείται εντός πλαισίου που θα προστατεύει και θα λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματα και τις απόψεις των ασθενών.

Μία σημαντική πτυχή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση προσεγγίσεων που αντιμετωπίζουν τις διαφορές που ενισχύουν την Ευρώπη των Ανισοτήτων στον Καρκίνο είναι η ανάγκη για ακριβή και αναλυτικά δεδομένα για τις επιπτώσεις του καρκίνου και την επιβίωση. Η καταγραφή αυτών των δεδομένων σε επίπεδο πληθυσμού είναι απαραίτητη. Η κάλυψη των δεδομένων στην Ευρώπη απέχει πολύ από το βέλτιστο επίπεδο, καθώς κυμαίνεται από 17% έως 100% (με μέσο όρο 50%),<sup>39</sup> και θα πρέπει να βελτιωθεί και να γίνει ομοιογενής, ώστε να τροφοδοτεί με στοιχεία το μελλοντικό σχεδιασμό πολιτικής για τον καρκίνο.



### **3.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

#### **3.1.1 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση για θέματα που αφορούν τον καρκίνο θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε κάθε σύγχρονο πρόγραμμα πρόληψης / υγειονομικής περίθαλψης του καρκίνου. Για παράδειγμα, ο καρκίνος στο πάγκρεας είναι η 4<sup>η</sup> πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στην Ευρώπη,<sup>14</sup> ωστόσο η ευαισθητοποίηση για αυτόν είναι τόσο χαμηλή που συχνά αποκαλείται «ο ξεχασμένος καρκίνος».<sup>40</sup> Η ευαισθητοποίηση του κοινού για τα πιθανά πλεονεκτήματα του προ-συμπτωματικού ελέγχου είναι χαμηλή. Πάνω από το 90% των ανδρών και των γυναικών είτε υπερεκτιμούν είτε δεν γνωρίζουν τα οφέλη της εξέτασης του Προστατικού Ειδικού Αντιγόνου (PSA) ή της μαστογραφίας.<sup>41</sup> Πολλοί επαγγελματίες υγείας έχουν αντίστοιχες επιδόσεις, επιδεικνύοντας περιορισμένη εκτίμηση για τα οφέλη του προσυμπτωματικού ελέγχου.<sup>42</sup> Για να βελτιωθεί η ευαισθητοποίηση του κοινού, οι πληροφορίες για τον προ-συμπτωματικό έλεγχο θα πρέπει να παρέχονται με ένα διάφανο τρόπο που βασίζεται σε τεκμηρίωση. Η Γερμανία πρόσφατα προχώρησε προς ένα μοντέλο «συμμετοχικής λήψης αποφάσεων κατόπιν ενημέρωσης»<sup>43</sup>. Τα αποτελέσματα από αυτή την προσέγγιση που εστιάζει στους πολίτες αναμένονται με ενδιαφέρον.

#### **3.1.2 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Η παροχή κατάλληλων πληροφοριών είναι κρίσιμης σημασίας για να μπορέσουν οι ασθενείς να αντιμετωπίσουν όλη την πορεία των θεραπειών του καρκίνου<sup>44</sup> και αποκτά μεγαλύτερη σημασία μετα-θεραπευτικά, καθώς όσοι επιβιώνουν από τον καρκίνο στην Ευρώπη<sup>7</sup> αγωνίζονται για να ζήσουν με την ασθένειά τους και να την ξεπεράσουν. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η ποιότητα της ενημέρωσης που παρέχεται στους ασθενείς είναι εξαιρετικά περίπλοκη και μη προσβάσιμη για τον μέσο αναγνώστη,<sup>45</sup> οδηγώντας σε αύξηση των ανισοτήτων.<sup>46</sup> Ενημέρωση σε απλή γλώσσα, και δημιουργία ενημερωτικού υλικού στο διαδίκτυο με τη συμμετοχή των ασθενών, καθώς και βιβλιογραφία πρέπει να δημιουργηθούν, ώστε να διασφαλιστούν υψηλά επίπεδα κατανόησης και προσβασιμότητας.

Η πορεία των ασθενών και η διαχείριση των γραφειοκρατικών απαιτήσεων των συχνά περίπλοκων συστημάτων υγείας που παρέχουν ογκολογική περίθαλψη μπορεί να αποδειχθούν μία δύσκολη εμπειρία για τον ασθενή, ιδιαίτερα για όσους προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά / εκπαιδευτικά περιβάλλοντα,<sup>47</sup> γεγονός που οδηγεί σε



περαιτέρω ανισότητες. Το μοντέλο καθοδήγησης του ασθενούς με καρκίνο εντός του συστήματος υγείας, το οποίο ολοένα και περισσότερο ενσωματώνεται στην ογκολογική περίθαλψη στις ΗΠΑ<sup>48,49</sup> αποτελεί μία ελπιδοφόρα παρέμβαση για την αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων, παρέχοντας αξιόπιστη και αποτελεσματική υποστήριξη σε ασθενείς, ώστε να μπορέσουν να χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες υπηρεσίες καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας τους.



### 3.2 ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

#### 3.2.1 ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΕΓΚΑΙΡΟ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ

Τα κατάλληλα προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο και οι μεθοδολογίες έγκαιρης διάγνωσης μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εργαλεία για την εξασφάλιση έγκαιρης και ακριβούς διάγνωσης του καρκίνου και να συμβάλλουν αποτελεσματικά στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.<sup>50</sup> Το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στη Ρουμανία<sup>16</sup> αποτελεί μία άμεση συνέπεια του ελλιπούς προγράμματος προ-συμπτωματικού ελέγχου.<sup>51</sup> Επίσης, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ατόμου ασκεί καταλυτική επίδραση στην ικανότητα και στην επιθυμία του να χρησιμοποιήσει τις κατάλληλες υπηρεσίες προ-συμπτωματικού ελέγχου,<sup>52</sup> αναδεικνύοντας ένα σημαντικό εμπόδιο για τη μείωση των ανισοτήτων στον καρκίνο.

Η πορεία προς τη διάγνωση του καρκίνου ασκεί επίσης σημαντική επίδραση στην έκβαση για τους ασθενείς – τα αυξημένα επίπεδα αρχικής προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων σχετίζονται με μεγαλύτερη βραχυπρόθεσμη θνησιμότητα,<sup>53</sup> γεγονός που δικαιολογεί, τουλάχιστον μερικώς, τα χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης που διαπιστώθηκαν από την ICBP στους ασθενείς του Η.Β. και της Δανίας.<sup>17</sup> Η προβολή της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης μέσω εκστρατειών ενημέρωσης του κοινού<sup>53</sup> και η εφαρμογή στρατηγικών που ενθαρρύνουν την έγκαιρη διάγνωση αποτελούν βασικές προσεγγίσεις, που μπορούν να βελτιώσουν το ποσοστό επιβίωσης, εφόσον είναι συνδεδεμένες με έγκαιρη, κατάλληλη και προσιτή θεραπεία, που επιτρέπουν στους ασθενείς να αρχίζουν την περίθαλψη του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο της νόσου, όταν ο καρκίνος τους μπορεί να ανταποκριθεί περισσότερο στη θεραπεία.<sup>55</sup>





### 3.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### 3.3.1 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί μία αποτελεσματική και συχνά χρησιμοποιούμενη προσέγγιση για τη διαχείριση του καρκίνου, τόσο σε συνθήκες θεραπευτικής προσέγγισης, είτε μόνη, είτε σε συνδυασμό με άλλες προσεγγίσεις (χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία), όσο και σε συνθήκες ανακουφιστικής φροντίδας, ώστε να βελτιωθούν τα συμπτώματα και η ποιότητα της ζωής των ασθενών με ανίατους καρκίνους.

Σε όλη την Ευρώπη, σχεδόν το μισό του συνόλου των ασθενών με καρκίνο θα πρέπει να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία σε κάποιο στάδιο της πορείας της νόσου.<sup>56,57</sup> Η χημειοθεραπεία διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου και την παράταση της ζωής, ακόμα και για μερικούς από τους πιο συνηθισμένους καρκίνους – δολοφόνους στην Ευρώπη (π.χ. καρκίνος των πνευμόνων, ορθο-κολικός καρκίνος, καρκίνος του μαστού και του προστάτη).<sup>6</sup> Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του οπλοστασίου μας κατά του καρκίνου, παρατηρείται μεγάλη διαφορά μεταξύ της πραγματικής και της βέλτιστης χρήσης της ακτινοθεραπείας στην Ευρώπη.<sup>56-58</sup>

Εστιάζοντας στο δυναμικό της ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας, οι αναλύσεις που διεξήχθησαν από την Ευρωπαϊκή Εταιρία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας με το πρόγραμμα HERO<sup>59</sup> (Υγεία και Οικονομία στην Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία) από τον Διεθνή Οργανισμό Ατομικής Ενέργειας, τον Διεθνή Οργανισμό για την Έρευνα κατά του Καρκίνου και το Διεθνές Ινστιτούτο Έρευνας για την Πρόληψη, αποκάλυψαν ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις στην Ευρώπη.<sup>60</sup> Μία αντίστοιχη εικόνα ενός εξαιρετικά ανομοιογενούς χάρτη της Ευρώπης προκύπτει όταν αξιολογούνται τα επίπεδα στελέχωσης ή πρόσβασης σε σύγχρονο εξοπλισμό ακτινοθεραπείας, γεγονός που μεταφράζεται σε άνιση πρόσβαση στην φροντίδα του καρκίνου για τους ευρωπαίους ασθενείς.

Συνεπώς, αν και ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες καλύπτονται με τελευταίας τεχνολογίας συστήματα ακτινοθεραπείας, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν ελλείψεις (Εικόνα 2). Τονίζοντας την πανευρωπαϊκή φύση του προβλήματος, αυτές οι ελλείψεις δεν διαπιστώνονται μόνο στις χώρες της Νότιας και της Ανατολικής Ευρώπης (ιδιαίτερα στη Βουλγαρία, στη ΠΓΔΜ και στη Ρουμανία), αλλά επίσης και σε ορισμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως η Πορτογαλία και το Η.Β.<sup>60</sup> Η έλλειψη επαρκούς, κατάλληλα πιστοποιημένου, ανθρώπινου δυναμικού για τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών ακτινοθεραπείας επιδεινώνει το πρόβλημα.<sup>61</sup>



Η κατάτμηση των υπηρεσιών ακτινοθεραπείας στην Ευρώπη οδηγεί σε ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση σε αυτές τις κοινές μορφές περίθαλψης του καρκίνου.<sup>25</sup> Πέραν της παρατηρούμενης ανισότητας στους πόρους ακτινοθεραπείας (προσωπικό, εξοπλισμός τελευταίας τεχνολογίας και σχετική υποδομή), πρόσθετα εμπόδια για τη βέλτιστη πρόσβαση και χρήση της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνουν την ανεπαρκή γνώση και ενσωμάτωση της ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας στις στρατηγικές αντιμετώπισης του καρκίνου και τα ανεπαρκή μοντέλα χρηματοδότησης. Για να διευκολυνθεί η πρόσβαση στην ακτινοθεραπευτική ογκολογία τελευταίας τεχνολογίας για όλους τους Ευρωπαίους πολίτες και για να διασφαλιστεί ασθενο-κεντρική προσέγγιση, απαιτείται η ενσωμάτωση της ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας στα Εθνικά Σχέδια Ελέγχου του Καρκίνου (NCP).<sup>62</sup>

### 3.3.2 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι βασικό στοιχείο της διεπιστημονικής προσέγγισης και συνεισφέρει σημαντικά στη βελτίωση της επιβίωσης.<sup>24</sup> Ωστόσο, οι διαφορές στην ποιότητα των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται και η άνιση πρόσβαση σε κατάλληλες χειρουργικές παρεμβάσεις σε όλη την Ευρώπη μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές διαφορές στην έκβαση του καρκίνου.<sup>63</sup> Για τον καρκίνο του μαστού, μία μελέτη του EUROCORE<sup>4</sup> αποκάλυψε ότι η διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων ως καθιερωμένος τρόπος αντιμετώπισης κυμαινόταν από 78% (Γαλλία) έως 9% (Εσθονία), ενώ υπήρχαν εμφανείς διαφορές ακόμα και μεταξύ των χωρών με μέτριες έως υψηλές δαπάνες για την υγεία.<sup>64</sup>

Παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ηλικία των ασθενών – οι πλέον ηλικιωμένοι έτυχαν της καθιερωμένης χειρουργικής αντιμετώπισης σε πολύ μικρότερη συχνότητα σε σχέση με νεότερους ασθενείς.<sup>64</sup> Αν και οι εισαγωγές των Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Οδηγιών έχει βελτιώσει την χειρουργική αντιμετώπιση, οι διαφορές συνεχίζουν να υφίστανται.<sup>63</sup> Για τον ορθο-κολικό καρκίνο, όπου το χειρουργείο αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του σχεδίου περίθαλψης, υπάρχουν επίσης εμφανείς και σημαντικές διαφορές στην χειρουργική παρέμβαση μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες έχουν συσχετιστεί με διαφορές στην επιβίωση.<sup>65</sup> Οι διαφορές εντός των χωρών ως προς τη διαθεσιμότητα χειρουργικής επέμβασης συμβάλλουν σε περιφερειακές διαφορές αναφορικά με τη συνολική επιβίωση.<sup>66,67</sup>

Η χειρουργική παρέμβαση σε ογκολογικά κέντρα, όπου εξειδικευμένοι χειρουργοί – ογκολόγοι πραγματοποιούν ικανοποιητικό αριθμό επεμβάσεων με διαφορετικό βαθμό δυσκολίας,<sup>68</sup> σε ένα περιβάλλον που παρέχει πρόσβαση στις υπόλοιπες παρεμβάσεις



(ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) και σε επαρκή υποστηρικτική φροντίδα, παρέχει τη βέλτιστη δυνατότητα διασφάλισης βελτιωμένων εκβάσεων.<sup>69</sup>

Η καθιέρωση βέλτιστων προτύπων σύγκρισης για τη χειρουργική ογκολογία σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, μέσω διαφόρων πρωτοβουλιών, όπως το EURECCA (Ευρωπαϊκό Μητρώο Ογκολογικής Περίθαλψης),<sup>70</sup> θα βοηθήσει στη μείωση των υφιστάμενων διαφορών που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο, ενώ οι πηγές ενημέρωσης, όπως η Ιταλική Oncoguida<sup>71</sup>, παρέχουν στους ασθενείς ακριβή δεδομένα για να τους βοηθήσουν στην επιλογή του χειρουργικού κέντρου και θα πρέπει να αποτελούν οδηγό αναφοράς για τις υπόλοιπες χώρες μέλη.

### 3.3.3 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Αν και πολλά κυτταρο-τοξικά φάρμακα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία του καρκίνου, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην πρόσβαση σε αυτά στην Ευρώπη.<sup>26,72</sup> Πολλά φάρμακα που σώζουν ζωές και βελτιώνουν τη ζωή των ασθενών είναι σχετικά οικονομικά, αλλά οι ασθενείς σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες στερούνται το δικαίωμα της πρόσβασης στα ευεργετικά τους οφέλη.<sup>72</sup> Αυτό αποτελεί ένα στοιχείο ιδιαίτερης ειρωνείας, λόγω της σημαντικής συνεισφοράς πολλών Ευρωπαίων επιστημόνων και κλινικών ιατρών στην ανάπτυξη πολλών από αυτά τα φάρμακα και ένα ακόμα μεγαλύτερο παράδοξο, αν αναλογιστούμε ότι οι Ευρωπαίοι ασθενείς έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην επιβεβαίωση των θετικών τους αποτελεσμάτων, μέσω της συμμετοχής τους σε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες.

Αν και η εφαρμογή της Ευρωπαϊκής Οδηγίας για τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη<sup>73</sup> μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση ενός ασθενή τόσο σε φαρμακευτική αγωγή όσο και σε άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της ακτινοθεραπείας και της χειρουργικής παρέμβασης, οι μακροπρόθεσμες λύσεις θα πρέπει να εξασφαλίζουν ένα βέλτιστο επίπεδο διαγνωστικών και θεραπευτικών παροχών σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Αντίστοιχα, οι πρόσφατες αποφάσεις της Ρουμανίας και της Βουλγαρίας (και ξεχωριστά ενδεχομένως από το Βέλγιο και την Ολλανδία, τη Ρουμανία και τη Βουλγαρία, την Πορτογαλία και την Ελλάδα) για την ανάληψη κοινών συμφωνιών προμηθειών για την εξασφάλιση της πρόσβασης σε αντινεοπλασματικά φάρμακα<sup>74</sup> αποτελούν μία ενθαρρυντική εξέλιξη, αλλά κατά πάσα πιθανότητα δεν αποτελούν μακροπρόθεσμες βιώσιμες λύσεις.



### 3.3.4 ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΤΑ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Μία πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι πάνω από το 50% των Ευρωπαϊκών νοσοκομειακών φαρμακείων έχει αντιμετωπίσει σημαντικές ελλείψεις, όσον αφορά την πρόσβαση σε κυτταρο-τοξικά θεραπευτικά και παρηγορητικά σχήματα (από 33% (Βόρεια Ευρώπη) έως 59% (Δυτική και Νότια Ευρώπη) και 65% (Ανατολική Ευρώπη)).<sup>75</sup> Οι φαρμακοποιοί από επιμέρους χώρες, όπως η Ολλανδία (81%), επίσης ανέφεραν σημαντικές ελλείψεις.

Οι λόγοι για αυτές τις ελλείψεις είναι πολλοί.<sup>76,77</sup> Μπορούν να περιλαμβάνουν το παράλληλο εμπόριο, κατά το οποίο τα φάρμακα εισάγονται σε ένα κράτος μέλος όπου η συμφωνημένη τιμή είναι χαμηλότερη, π.χ. στη Ρουμανία,<sup>78</sup> και μεταπωλούνται σε μειωμένη τιμή σε ένα κράτος μέλος όπου η συμφωνημένη τιμή είναι ψηλότερη. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν τις διακοπές στην παραγωγή (συχνά σχετίζονται με θέματα ποιότητας), απότομες αυξήσεις στη ζήτηση, παγκοσμιοποίηση της παραγωγής και μη σκόπιμες επιδράσεις από πολιτικές τιμολόγησης (π.χ. μείωση των διαθέσιμων προμηθευτών). Ωστόσο, οι πληροφορίες για τις αιτίες για τις ελλείψεις φαρμάκων δυστυχώς δεν συγκεντρώνονται και δεν αναφέρονται με συνέπεια σε όλη την Ευρώπη, καθιστώντας δύσκολο το σχηματισμό ακριβούς εικόνας για το σύνολο των αιτιών. Η έλλειψη δεδομένων θα πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσω συντονισμού και βελτίωσης των εθνικών ενημερωτικών πυλών για τις ελλείψεις, όπου θα παρέχονται πληροφορίες για το προϊόν που βρίσκεται σε έλλειψη, την αναμενόμενη διάρκεια της έλλειψης, τους λόγους για την έλλειψη και τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις.

Πολλές από τις ελλείψεις που εμφανίζονται αφορούν φθηνά, ενέσιμα φάρμακα. Στη Ρουμανία, κατά τη διάρκεια της πενταετούς περιόδου 2008 - 2013, πάνω από 25 αντineοπλασματικά φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των Vinblastine, Bleomycin, Dacarbazine) από τον προτεινόμενο κατάλογο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τα βασικά αντineοπλασματικά φάρμακα, είτε δεν ήταν διαθέσιμα είτε βρίσκονταν σε περιορισμένη διαθεσιμότητα. Αυτές οι ελλείψεις είχαν ως αποτέλεσμα χιλιάδες Ρουμάνοι ασθενείς είτε να μην λάβουν θεραπεία, είτε να λάβουν ατελή θεραπεία, είτε να αναγκαστούν να φροντίσουν (και να πληρώσουν) οι ίδιοι για την αγορά των απαραίτητων φαρμάκων από χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Αυτό κατέστη δυνατό μέσω ενός δικτύου με περισσότερους από 400 εθελοντές που ζούσαν ή ταξίδευαν στη Δυτική Ευρώπη, οι οποίοι αγόραζαν και μετέφεραν τα φάρμακα στη Ρουμανία.<sup>78</sup> Αν και ο αλτρουισμός που επέδειξαν αυτοί οι εθελοντές είναι αξιομνημόνευτος, είναι απαράδεκτο να πρέπει να εφευρίσκονται τέτοιες λύσεις από τους ασθενείς, τις οικογένειες ή τους φίλους τους, ώστε να αντισταθμισθούν οι ελλείψεις που προκλήθηκαν από επιχειρηματικές αποφάσεις ή αποφάσεις των ρυθμιστικών αρχών και από την απουσία διοικητικής ικανότητας των εθνικών αρχών, οι οποίες θα έπρεπε να έχουν επιλύσει αυτό το ζήτημα.



### 3.3.5 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η αυξημένη κατανόηση της βιολογίας της νόσου τροφοδοτεί μία επανάσταση προς την κατεύθυνση των «εξατομικευμένων αντineοπλασματικών φαρμάκων». <sup>79</sup> Για παράδειγμα, το εύρημα ότι το γονίδιο *erbB2* είναι μεταλλαγμένο σε πάνω από 20% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, οδήγησε στην ανάπτυξη στοχευμένων φαρμάκων κατά του *erb2* που βελτίωσαν δραστικά την επιβίωση. <sup>80</sup> Ωστόσο, η έγκαιρη παροχή αυτών των θεραπειών στους Ευρωπαίους ασθενείς εμποδίζεται από το τρόπο προσέγγισης της τιμολόγησης και της αποζημίωσης, που διαφέρει σημαντικά μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, εντείνοντας, έτσι, τις διαφορές στην πρόσβαση στη βέλτιστη αντικαρκινική περίθαλψη. <sup>81</sup> Οι καινοτόμες λύσεις που αφορούν την ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική προσέγγιση πρέπει επίσης να τύχουν υποστήριξης, ιδιαίτερα εάν ληφθεί υπόψη η δυνατότητά τους να ωφελήσουν σημαντικά τους ασθενείς. <sup>82, 83</sup>

### 3.3.6 ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ

Αν και η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει υιοθετήσει μία κοινή διαδικασία για την έκδοση άδειας κυκλοφορίας για τα αντineοπλασματικά φάρμακα, μέσω του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA), οι αποφάσεις τιμολόγησης και αποζημίωσης παραμένουν αρμοδιότητα των εθνικών κυβερνήσεων/υπηρεσιών. <sup>84</sup> Σε αντίθεση με Οδηγία της ΕΕ για την τιμολόγηση και την αποζημίωση που θέτει όριο 180 ημερών μετά την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας από τον EMA για εθνική τιμολόγηση, <sup>85</sup> η τήρηση αυτής της προθεσμίας παρουσιάζει εξαιρετικές διακυμάνσεις.

Συνεπώς, για ένα φάρμακο όπως η τραστοζουμάμπη, που στοχεύει τον υποδοχέα ERB2 και έχει οδηγήσει σε ένα νέο πρότυπο αντιμετώπισης για τον επιθετικό καρκίνο του μαστού, <sup>86,87</sup> παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στον χρόνο μέχρι την έγκριση/αποζημίωση στις χώρες μέλη της ΕΕ (Διάγραμμα 3). <sup>88</sup> Για παράδειγμα, στην περίπτωση μεταστατικής νόσου, οι διακυμάνσεις σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης ήταν σημαντικές: αν και χώρες όπως η Γερμανία, η Ολλανδία και η Ισπανία παρέχουν εγκρίσεις γρήγορα, στο Η.Β. (+564 ημέρες), στο Βέλγιο (+1160 ημέρες) και στη Δανία (+1891 ημέρες), οι καθυστερήσεις ήταν σημαντικές. Οι διαφορές ήταν ακόμα πιο μεγάλες στην Ανατολική Ευρώπη, όπου όλες οι χώρες, πέραν της Δημοκρατίας της Τσεχίας, υπερβαίνουν το όριο των 180 ημερών, ενώ σε ορισμένες χώρες (π.χ. στην Ουγγαρία (+2713 ημέρες), στη Ρουμανία (+2878 ημέρες), στη Σλοβακία (+3686 ημέρες) και στη Λετονία (+4660 ημέρες), οι καθυστερήσεις ήταν ακόμα πιο μεγάλες και σχετιζόνταν με παράλληλες μειώσεις στα ποσοστά επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού. <sup>88</sup>



### 3.3.7 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΗΤΑ)

Η διαδικασία δύο σταδίων για την έγκριση νέων θεραπευτικών παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένης της έγκρισης από τον EMA και, σε πολλές χώρες, διαδικασίας ΗΤΑ, σε συνδυασμό με τα θέματα τιμολόγησης/αποζημίωσης που συνοψίζονται παραπάνω, μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές διαφορές στον χρόνο μέχρι την πρόσβαση στις νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις.<sup>26</sup> Η εναρμόνιση των προσεγγίσεων ΗΤΑ σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, μέσω δικτύων συνεργασίας όπως το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Αξιολόγηση της Τεχνολογίας της Υγείας (EUnetHTA),<sup>89,90</sup> είναι απαραίτητη για να μειωθεί η απόκλιση στην πρόσβαση σε νέες διαγνωστικές / θεραπευτικές λύσεις. Μία εναρμονισμένη Αξιολόγηση της Σχετικής Αποτελεσματικότητας της Τεχνολογίας της Υγείας διαθέτει τη δυνατότητα για μείωση του φόρτου εργασίας, αύξηση της απόδοσης και υποστήριξη της ταχύτερης πρόσβασης των ασθενών σε θεραπείες παράτασης της ζωής.<sup>91</sup>

### 3.4 ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ιατρική πρόοδος έχει συνεισφέρει στη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης σε πολλούς καρκίνους. Πάνω από δέκα εκατομμύρια Ευρωπαίοι ασθενείς με καρκίνο πλέον ζουν με τη νόσο ή την έχουν ξεπεράσει,<sup>7</sup> αποδεικνύοντας ότι η επιστροφή στη φυσιολογική ζωή είναι εφικτή. Ωστόσο, έχει προκύψει μία νέα πρόκληση: ο προσδιορισμός και η αντιμετώπιση των αναγκών αποκατάστασης των καρκινοπαθών.<sup>27</sup>

Το τέλος της θεραπείας του καρκίνου δεν σηματοδοτεί και το τέλος της φροντίδας για τον καρκίνο. Σε αυτή τη φάση της επιβίωσης, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όλες οι πτυχές της ευημερίας του ατόμου: όχι μόνο οι μακροπρόθεσμες σωματικές επιδράσεις της θεραπείας, αλλά και οι ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες. Η μακροπρόθεσμη επίδραση του καρκίνου θα πρέπει να αντιμετωπιστεί, μέσω της παροχής ολοκληρωμένων σχεδίων φροντίδας μετά την επιβίωση από τον καρκίνο.<sup>92</sup>

Υπογραμμίζοντας αυτή την πρόκληση, μία έρευνα από την Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) έδειξε σημαντικά οργανωτικά, επικοινωνιακά και πρακτικά κενά, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης των διεπιστημονικών κοινών δομών και της μη τακτικής επικοινωνίας μεταξύ των ογκολόγων και των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ λιγότερο από το 10% των ογκολόγων υλοποίησε σχέδιο φροντίδας για την επιβίωση έπειτα από την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.<sup>93</sup> Η ανάπτυξη μίας πανευρωπαϊκής πολιτικής για την επιβίωση από τον καρκίνο<sup>31</sup> θα αποτελούσε ένα σημαντικό βήμα προς τα εμπρός για τον ευρωπαϊκό καρκινοπαθή.



Μία δεύτερη ανισότητα που πρέπει να αντιπαρέλθουν οι επιβιώσαντες καρκινοπαθείς είναι οι διακρίσεις στην απασχόληση και σε άλλα κοινωνικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης, της έγκρισης εγγραφής υποθήκης και της κοινωνικής επανένταξης.<sup>94</sup> Οι δυσκολίες στην εργασία μπορεί να είναι σημαντικές. Σχεδόν το 50% των ασθενών με καρκίνο θα διαγνωστεί με καρκίνο, ενώ εξακολουθεί να εργάζεται.<sup>95</sup> Οι πρακτικές της εργοδοσίας για τους καρκινοπαθείς διαφέρουν σημαντικά ανά την Ευρώπη και συχνά δεν εφαρμόζονται προσεγγίσεις διατήρησης της απασχόλησης που αναγνωρίζουν την απομένουσα δυνατότητα εργασίας των ασθενών.<sup>96</sup> Πολλοί επιβιώσαντες καρκινοπαθείς κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά οικονομικά και κοινωνικά βάρη, όπως και σε μείωση της ποιότητας της ζωής τους. Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τον Καρκίνο και την Απασχόληση (CANWON) έφερε κοντά ενδιαφερόμενα μέρη και ερευνητές από 19 Ευρωπαϊκές χώρες για να αντιμετωπιστούν αυτά τα ζητήματα<sup>97</sup>, ενώ ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), μέσω της Ομάδας Εργασίας EORTC για την Επιβίωση<sup>98</sup> έχει, επίσης, θέσει ως προτεραιότητα την επιβίωση από τον καρκίνο και την απασχόληση.

### 3.5. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΡΑΤΩΝ ΜΕΛΩΝ

Αν και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ) έχει επιδείξει κάποιο βαθμό δέσμευσης για τη βελτίωση των εκβάσεων του καρκίνου μέσω της υποστήριξής της προς πρωτοβουλίες όπως η ΕΡΑΑΚ (Ευρωπαϊκή Συνεργασία για Δράση κατά του Καρκίνου),<sup>99</sup> και η CanCon (Ευρωπαϊκή Κοινή Δράση για τον Έλεγχο του Καρκίνου),<sup>100</sup> και το EUROCHIP (European Cancer Health Indicator Project),<sup>101</sup> απαιτείται μία πολύ πιο αποτελεσματική παρέμβαση. Αν και ορισμένες δραστηριότητες από τις παραπάνω πρωτοβουλίες έχουν οδηγήσει σε εξαιρετικά πολύτιμη για τα κράτη μέλη ενημέρωση, προσανατολισμένη στον ασθενή, η δράση που έχει αναληφθεί σε εθνικό επίπεδο αναφορικά με την οργάνωση της φροντίδας του καρκίνου είναι ελάχιστη, αν όχι ανύπαρκτη. Λαμβάνοντας υπόψη τις δυνατότητες της CanCon να βοηθήσει στην εναρμόνιση των Εθνικών Σχεδίων Δράσης κατά του Καρκίνου, η ECPC-European Cancer Patient Coalition (ως εταίρος στην CanCon), θα προσπαθήσει να εξασφαλίσει ότι οι αρχές και οι συστάσεις της Ευρώπης των Ανισοτήτων στον Καρκίνο θα ενσωματωθούν στα παραδοτέα της CanCon.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι συστάσεις πολιτικής από την ΕΡΑΑΚ ή την CanCon δεν είναι δεσμευτικές σε επίπεδο Ευρωπαϊκών κρατών μελών. Είναι επείγουσα ανάγκη να ενσωματωθούν αυτές οι συστάσεις πολιτικής στα εθνικά συστήματα υγείας.



Σε αντίθεση, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC),<sup>102</sup> το οποίο ιδρύθηκε το 2005, εντοπίζει, αξιολογεί και αναφέρει υφιστάμενες και αναδυόμενες απειλές για την ανθρώπινη υγεία, οι οποίες οφείλονται σε λοιμώδεις ασθένειες και ασκεί σημαντική επιρροή στην Ευρωπαϊκή πολιτική σ' αυτό τον τομέα. Χωρίς να υποτιμάται η θεμελιώδης σημασία του ECDC, οι μεταδιδόμενες νόσοι ευθύνονται για περίπου 1% όλων των θανάτων στην Ευρώπη. Ο καρκίνος, ως η κυρίαρχη αιτία πρώιμου θανάτου σε πάνω από τις μισές Ευρωπαϊκές χώρες,<sup>7</sup> αξίζει μία αποκλειστική Ευρωπαϊκή υπηρεσία, της οποίας η κεντρική αποστολή θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη αξιόπιστων επιστημονικών απόψεων και η σύσταση ξεκάθαρων εφικτών στόχων για τα κράτη μέλη, ώστε να μειωθούν οι ανισότητες στον καρκίνο, αποκρυσταλλώνοντας συνεπώς τις συνεργατικές δραστηριότητες των ΕΡΑΑC, CanCon, κ.α. σε μία πανευρωπαϊκή υπηρεσία. Η προσφάτως ιδρυθείσα Επιτροπή Εμπειρογνομόνων για τον Έλεγχο του Καρκίνου<sup>103</sup> της ΕΕ θα μπορούσε να εξυπηρετήσει ως το κατάλληλο μέσο για την συζήτηση σχετικά με την ίδρυση ενός Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο του Καρκίνου.

### 3.6 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το οικονομικό βάρος του καρκίνου στην Ευρώπη είναι σημαντικό, καθώς το ετήσιο κόστος εκτιμάται στα 126 δισ. Ευρώ για το 2009,<sup>104</sup> εκ των οποίων λιγότερα από τα μισά (51 δισ. Ευρώ) αφορούν άμεσα κόστη περίθαλψης. Αν και το μέσο κόστος της περίθαλψης για τον καρκίνο φτάνει κατά μέσο όρο τα 102 € ανά Ευρωπαίο πολίτη, υπάρχουν σημαντικές διαφορές, καθώς κυμαίνεται από 16 € ανά άτομο (Βουλγαρία) έως 184 € ανά άτομο (Λουξεμβούργο). Αν και αυτή η μεγάλη διαφορά στους προϋπολογισμούς για την φροντίδα του καρκίνου μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών υπογραμμίζει ορισμένες από τις ανισότητες που τονίζονται στο παρόν κείμενο εργασίας, οι αυξημένες δαπάνες δεν ισοδυναμούν πάντα με βελτιωμένη φροντίδα των ασθενών, π.χ. τα κόστη περίθαλψης ανά περιστατικό καρκίνου προστάτη στην Ουγγαρία (30.273 €), στη Ρουμανία (33.938 €) και στη Σλοβακία (34.474 €) είναι δύο φορές υψηλότερα από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, ωστόσο δεν αντιστοιχούν σε καλύτερες εκβάσεις για τους ασθενείς με καρκίνο προστάτη σε αυτές τις χώρες.<sup>104</sup>

Ωστόσο, οι επιδράσεις των πρόσφατων μέτρων λιτότητας στην υγεία του Ευρωπαίου πολίτη<sup>26,37,105,106</sup> αναμφίβολα θα είναι αρνητικές για τις εκβάσεις του καρκίνου. Πρόσφατα, το Υπουργείο Υγείας επέβαλε μείωση στο προσυμπτωματικό έλεγχο για τους καρκίνους του μαστού, της μήτρας και του προστάτη στην Ελλάδα,<sup>107</sup> όπου η χρήση των υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου είναι ήδη χαμηλότερη από αυτή που συστήνεται από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο,<sup>108</sup> – αυτό αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση των περιστατικών καρκίνου.





Το κοινωνικό βάρος του καρκίνου είναι εξίσου σημαντικό και αντικατοπτρίζεται στις απώλειες παραγωγικότητας στην Ευρώπη λόγω πρώιμου θανάτου (42,6 δισ. €) ή στις απώλειες ημερών εργασίας (9,43 δισ. €).<sup>104</sup> Η ανάλυση των στοιχείων της GLOBOCAN από 30 Ευρωπαϊκές χώρες επιβεβαίωσε τις σημαντικές απώλειες στην παραγωγικότητα και τις αντίστοιχες δαπάνες λόγω της πρώιμης θνησιμότητας που σχετίζεται με τον καρκίνο.<sup>109</sup>



#### 4. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Έχουμε τονίσει τις σημαντικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι Ευρωπαίοι καρκινοπαθείς και τις υγειονομικές και κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες που θεμελιώνουν την Ευρώπη των Ανισοτήτων στον Καρκίνο. Για να αντιμετωπιστούν αυτά τα θέματα που ασκούν τόσο αρνητική επιρροή στους Ευρωπαίους καρκινοπαθείς κάθε μέρα, προτείνουμε μία σειρά από συστάσεις πολιτικής:

- **Έλεγχος του Καρκίνου**
  - Δημιουργία Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο του Καρκίνου
  - Υλοποίηση των σχετικών συστάσεων πολιτικής που παρήχθησαν από την ERAAC και την CanCon
- **Μητρώα Καρκίνου**
  - Ανάπτυξη μηχανισμών για την προώθηση της αυξημένης καταγραφής της επίπτωσης, του επιπολασμού και της θνησιμότητας αναφορικά με τον καρκίνο στα Κράτη Μέλη
- **Διεπιστημονικές Ομάδες (MDT)**
  - Προώθηση της ασθενοκεντρικής φροντίδας για τον καρκίνο μέσα από διεπιστημονικές ομάδες ως το Πρότυπο Φροντίδας
- **Γνώση για την Υγεία και τον Καρκίνο**
  - Να καταστεί η γνώση για την υγεία και τον καρκίνο προσβάσιμη στον ασθενή και να δοθεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία σε Ευρωπαϊκό επίπεδο
  - Ανάπτυξη Ευρωπαϊκών πιλοτικών έργων για την ενημέρωση και καθοδήγηση των καρκινοπαθών
- **Προσυμπτωματικός έλεγχος και Έγκαιρη Διάγνωση**
  - Κατάργηση των εκπαιδευτικών και κοινωνικο-οικονομικών φραγμών για τους Ευρωπαίους πολίτες όσον αφορά την πρόσβαση στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο
- **Πρόσβαση στη βέλτιστη φροντίδα**
  - Έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για τη βέλτιστη δυνατότητα ακτινοθεραπείας (εξοπλισμός / προσωπικό) στην Ευρώπη
  - Παροχή δεδομένων ακριβείας για τις δραστηριότητες χειρουργικής ογκολογίας στους ασθενείς, ώστε να επιτρέπεται η λήψη ενημερωμένης απόφασης για την επιλογή του διαπιστευμένου νοσοκομείου / αντικαρκινικού κέντρου



- Εντοπισμός και ταξινόμηση των ελλείψεων σε αντικαρκινικά φάρμακα, προς ενημέρωση των μελλοντικών πολιτικών περιθάλψης
- Διευκόλυνση της πρόσβασης σε θεραπευτικές παρεμβάσεις που διατηρούν και βελτιώνουν τη ζωή, μέσω μίας εναρμονισμένης Ευρωπαϊκής Αξιολόγησης της Τεχνολογίας της Υγείας (HTA)
- **Επιβίωση από τον καρκίνο και αποκατάσταση ασθενών**
  - Ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Ευρωπαϊκού Σχεδίου Επιβίωσης από τον Καρκίνο
  - Προστασία από τις διακρίσεις στην απασχόληση, όσων επιβιώνουν από το καρκίνο.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

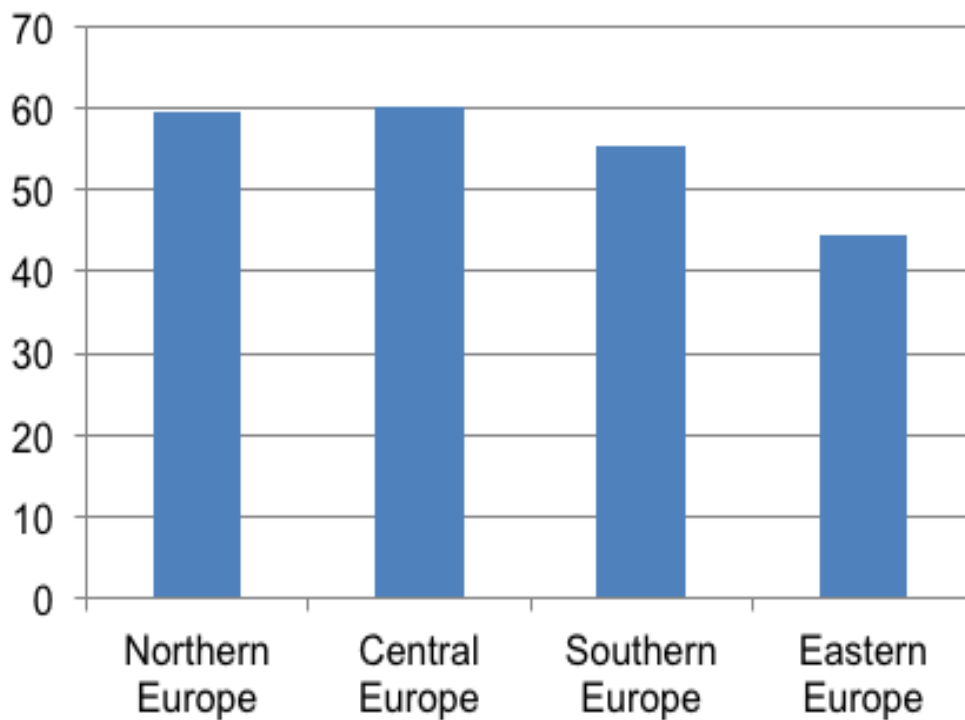
Ο καρκίνος δεν γνωρίζει γεωγραφικά σύνορα. Ούτε και οι ανισότητες στον καρκίνο, οι οποίες, όπως παρουσιάζεται στο παρόν, αφορούν όλη την Ευρώπη, από το Aarhus μέχρι την Αθήνα, από τη Βόνη μέχρι τη Μπρατισλάβα.

Όπως ανέφερε πρόσφατα ο Vytenis Andriukaitis, ο Ευρωπαίος Επίτροπος για την Υγεία και την Ασφάλεια των Τροφίμων: «*Η Ευρώπη χρειάζεται ένα σχέδιο δράσης που θα καθορίζει το πως θα πρέπει να επενδύει στην υγεία για όλους*»<sup>111</sup>, δήλωση που αντανακλά μία ελπιδοφόρα νέα φιλοσοφία για το ενδεχόμενο ενσωμάτωσης των ζητημάτων υγείας στις συνθήκες της ΕΕ. Ο καρκίνος αποτελεί μία αυξανόμενη υγειονομική και κοινωνικοοικονομική πρόκληση στην Ευρώπη.<sup>30</sup> Η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού μας συνεπάγεται και σημαντική αύξηση στην επίπτωση του καρκίνου,<sup>112-114</sup> με αποτέλεσμα το 2050 να πεθαίνει ένας ευρωπαίος πολίτης από καρκίνο κάθε 10 δευτερόλεπτα. Με τις ανισότητες που συνεχίζουμε να αντιμετωπίζουμε και μεταξύ των χωρών και εντός αυτών, αυτό μπορεί να μεταφράζεται σε ένα θάνατο από καρκίνο σε ορισμένες περιοχές της Ευρώπης κάθε 5 δευτερόλεπτα. Πρέπει να δράσουμε ΤΩΡΑ.



## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

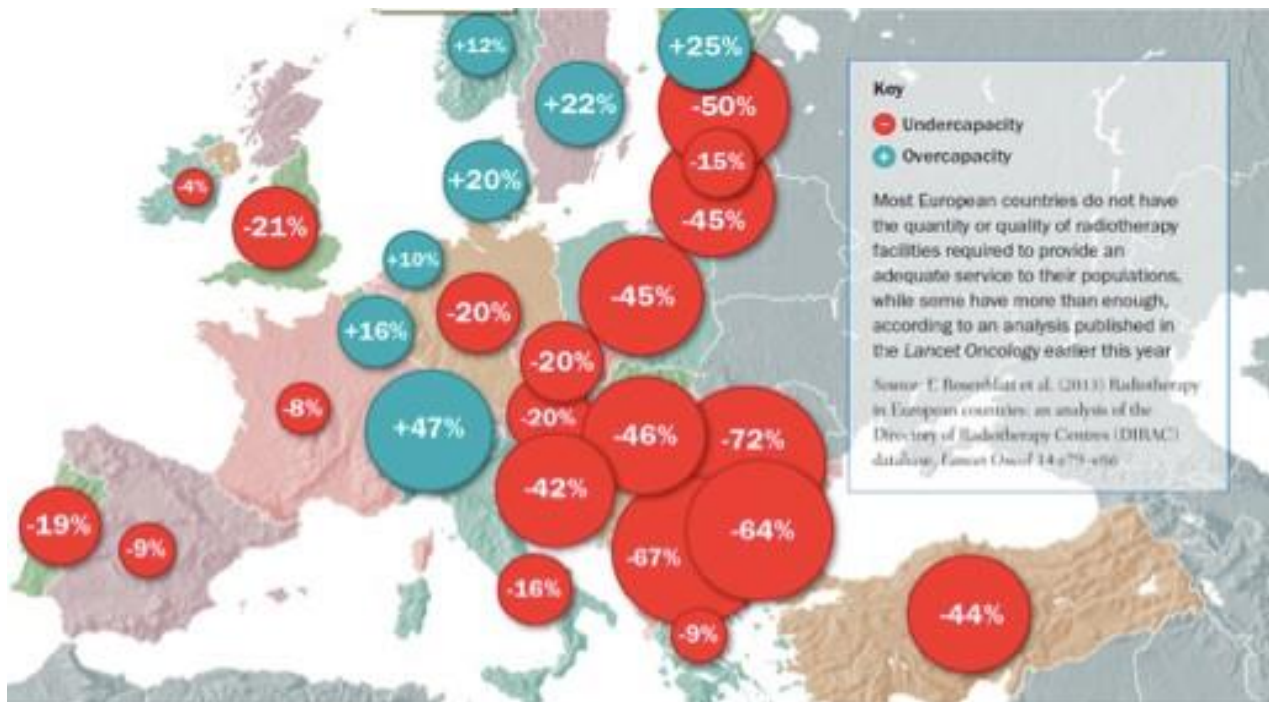
### Διάγραμμα 1



Ποσοστό επιβίωσης για τον ορθοκολικό καρκίνο στην Ευρώπη (%). Προσαρμογή δεδομένων από *De Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. Cancer survival in Europe 1999---2007 by country and age: results of EURO CARE--5--a population-based study. Lancet Oncol. 2014 Jan., 15 (1):23---34.*



**Διάγραμμα 2**



Δυνατότητα ακτινοθεραπείας στην Ευρώπη – Αριθμός μηχανημάτων Linacs ανά 1 εκατομμύριο κατοίκους. Προσαρμογή δεδομένων από Rosenblatt E, Izewska J, Anacak Y, Pynda Y, Scalliet P, Boniol M, Autier P. Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC) database. *Lancet Oncol*. 2013 Φεβρ.,14(2):e79---86



**Διάγραμμα 3**

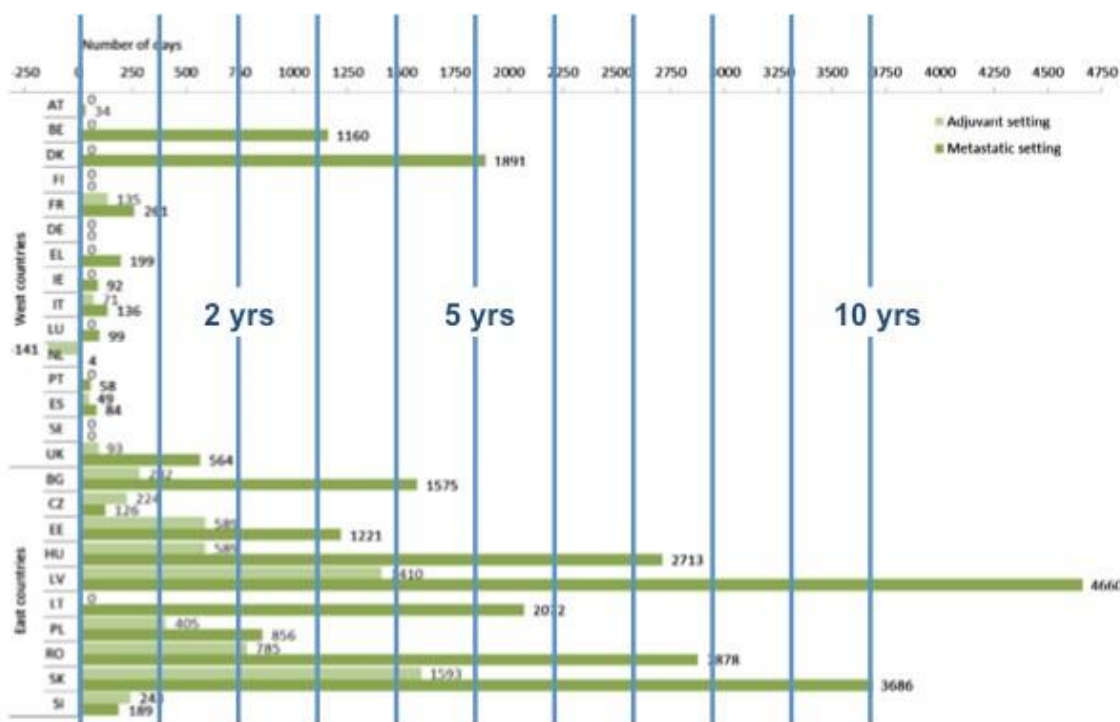


Fig. 1. Time periods for trastuzumab approval/reimbursement in the adjuvant and metastatic settings across European Union (EU) countries.

Χρονικό πλαίσιο για την αποζημίωση της τραστοζουμάμπης στην Ευρώπη. Προσαρμογή δεδομένων από Ades F, Senterre C, Zardavas D, de Azambuja E, Popescu R, Parent F, Piccart M. An exploratory analysis of the factors leading to delays in cancer drug reimbursement in the European Union: the trastuzumab case. *Eur J Cancer*. 2014 Δεκ.,50(18):3089---97.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Lawler M, Le Chevalier T, Banks I, et al. A Bill of Rights for patients with cancer in Europe. *Lancet Oncol.* 2014 Mar;15(3):258---60.
2. Lawler M, Le Chevalier T, Murphy MJ Jr, et al. A catalyst for change: the European cancer Patient's Bill of Rights. *Oncologist.* 2014 Mar;19(3):217---24.
3. <http://www.ecpc.org/>
4. Allemani C, Weir HK, Carreira H et al. Global surveillance of cancer survival 1995---2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population---based registries in 67 countries (CONCORD---2). *Lancet.* 2015 Mar 14;385(9972):977---1010.
5. World Health Organisation Regional Office for Europe. *European Health Report 2012: Charting the way to well---being.* 2013
6. erlay J, Steliarova---Foucher E, Lortet---Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer.* 2013; 49: 1374---403.
7. e Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. Cancer survival in Europe 1999---2007 by country and age: results of EURO CARE-----5---a population---based study. *Lancet Oncol.* 2014 Jan;15(1):23---34.
8. Malvezzi M, Bertuccio P, Rosso T, Rota M, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2015: does lung cancer have the highest death rate in EU women? *Ann Oncol.* 2015 Apr;26(4):779--- 86.
9. Altobelli E, Lattanzi A. Cervical carcinoma in the European Union: an update on disease burden, screening program state of activation, and coverage as of March 2014. *Int J Gynecol Cancer.* 2015 Mar;25(3):474---83.
10. Autier P, Boniol M, La Vecchia C, Vatten L, Gavin A, Héry C, Heanue M. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *BMJ.* 2010 Aug 11;341:c3620.
11. Di Leo A, Curigliano G, Diéras V, et al. New approaches for improving outcomes in breast cancer in Europe. *Breast.* 2015 Aug;24(4):321---30.
12. Gatta G, Botta L, Rossi S, et al. Childhood cancer survival in Europe 1999---2007: results of EURO CARE---5-----a population---based study. *Lancet Oncol.* 2014 Jan;15(1):35---47.
13. Oberaigner W, Minicozzi P, Bielska---Lasota M, Allemani C, de Angelis R, Mangone L, Sant M; Eurocare Working Group. Survival for ovarian cancer in Europe: the across---country variation did not shrink in the past decade. *Acta Oncol.* 2012 Apr;51(4):441---53.
14. Carrato A, Falcone A, Ducreux M, Valle JW, Parnaby A, Djazouli K, Alnwick---Allu K, Hutchings A, Palaska C, Parthenaki I. A Systematic Review of the Burden of Pancreatic Cancer in Europe: Real---World Impact on Survival, Quality of Life and Costs. *J Gastrointest Cancer.* 2015 Sep;46(3):201---11.
15. EUCAN Fact Sheet Lung Cancer <http://eu---cancer.iarc.fr/eucan/Cancer.aspx?Cancer=18>
16. EUCAN Fact Sheet Cervical Cancer available at <http://eu---cancer.iarc.fr/eucan/CancerOne.aspx?Cancer=25&Gender=2>
17. Coleman MP, Forman D, Bryant H, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995---2007 (the International Cancer Benchmarking



- Partnership): an analysis of population---based cancer registry data. *Lancet*. 2011 Jan 8;377(9760):127---38
18. Sant M, Minicozzi P, Allemani C, et al. Regional inequalities in cancer care persist in Italy and can influence survival. *Cancer Epidemiol*. 2012; 36:541---7.
  19. Nikolaidis C, Tentes I, Lialiaris T, Constantinidis TC, Kortsaris A. Regional disparities in cancer mortality across the rural---urban axis: a case study from north---eastern Greece. *Rural Remote Health*. 2015 Jul---Sep;15(3):3013.
  20. Vercelli M, Lillini R, Quaglia A, Capocaccia R; SEIH (Socio---Economic Indicators and Health) Working Group & AIRTUM contributors. Italian regional health system structure and expected cancer survival. *Tumori*. 2014 Jul--- Aug;100(4):386---98.
  21. Do cancer---specific websites meet patient's information needs? Warren E, Footman K, Tinelli M, McKee M, Knai C. *Patient Educ Couns*. 2014 Apr;95(1):126---36.
  22. Elfström KM, Arnheim---Dahlström L, von Karsa L, Dillner J. Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes. *Eur J Cancer*. 2015 May;51(8):950---68
  23. Altobelli E, Lattanzi A. Breast cancer in European Union: an update of screening programmes as of March 2014 (review). *Int J Oncol*. 2014 Nov;45(5):1785---92.
  24. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015 Aug 8;386(9993):569---624.
  25. Grau C, Defourny N, Malicki J, et al. Radiotherapy equipment and departments in the European countries: final results from the ESTRO---HERO survey. *Radiother Oncol*. 2014 Aug;112(2):155---64.
  26. Aggarwal A, Ginsburg O, Fojo T. Cancer Economics, policies and politics: What informs the debate? Lessons from the EU, Canada and US. *J Can Policy* 2014; 2:1---11
  27. Baili P, Hoekstra---Weebers J, Van Hoof E, et al. Cancer rehabilitation indicators for Europe. *Eur J Cancer*. 2013 Apr;49(6):1356---64.
  28. Coleman MP, Allemani C. Cancer: the elephant in the room. *Lancet*. 2015 Mar 21;385(9973):1047---8.
  29. Collingridge D, Sullivan R. Affordable cancer care: pipedream or achievable reality? *Lancet Oncol*. 2014 Mar;15(3):257---8.
  30. Lawler M, Duffy S, La Vecchia C, Le Chevalier T, Selby PJ, Sullivan R, Johnston PG. America's cancer care crisis-----is Europe any better? *Lancet*. 2013 Nov 16;382(9905):1628.
  31. de Lorenzo F, Haylock P. Preface. *European---American Dialogues on Cancer Survivorship: Current Perspectives and Emerging Issues*. *Cancer*. 2013; 119 Suppl 11:2089---93.
  32. <http://cancercontrol.eu/index.php>
  33. Khayat D. National Cancer Plans. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2013:242---4.
  34. Van der Heyden JH, Schaap MM, Kunst AE, et al. Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations. *Lung Cancer*. 2009; 63: 322---30.
  35. Marí---Dell'Olmo M, Gotsens M, Palència L, et al. Socioeconomic inequalities in cause---specific mortality in 15 European cities. *J Epidemiol Community Health*. 2015 May;69(5):432---41.





36. Jansen L, Eberle A, Emrich K, et al. Socioeconomic deprivation and cancer survival in Germany: an ecological analysis in 200 districts in Germany. *Int J Cancer*. 2014 Jun 15;134(12):2951---60.
37. Sukkar E. Greeks feel effects of drug shortages caused by austerity measures. *BMJ*. 2012 May 21;344:e3589.
38. European Partnership Action Against Cancer consensus group, Borrás JM, Albrecht T, Audisio R, et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer*. 2014 Feb;50(3):475---80.
39. Zanetti R, Schmidtmann I, Sacchetto L, et al. Completeness and timeliness: Cancer registries could/should improve their performance. *Eur J Cancer*. 2015 Jun;51(9):1091--8.
40. <http://www.forgottencancers.com.au/the---cancers/pancreas.html>
41. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst*. 2009 Sep 2;101(17):1216---20
42. Klemperer D. Physicians' and patients' knowledge of cancer screening --- a wake---up call. *Oncol Res Treat*. 2014;37 Suppl 3:8---10.
43. Gigerenzer G. Towards a paradigm shift in cancer screening: informed citizens instead of greater participation. *BMJ*. 2015 May 5;350:h2175.
44. Faller H, Koch U, Brähler E, et al. Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *J Cancer Surviv*. 2015 May 9.
45. Mayor S. Patient information leaflets about cancer trials are too complicated, finds study. *BMJ*. 2012 Mar 27;344:e2356
46. Fiva JH, Hægeland T, Rønning M, Syse A. Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. *J Health Econ*. 2014 Jul;36:98---111.
47. Natale---Pereira A, Enard KR, Nevarez L, Jones LA. The role of patient navigators in eliminating health disparities. *Cancer*. 2011 Aug;117(15 Suppl):3543---52.
48. Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, et al. Impact of patient navigation on timely cancer care: the Patient Navigation Research Program. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Jun 17;106(6):dju115
49. Ko NY, Darnell JS, Calhoun E, et al. Can patient navigation improve receipt of recommended breast cancer care? Evidence from the National Patient Navigation Research Program. *J Clin Oncol*. 2014 Sep 1;32(25):2758--- 64.
50. Pacelli B, Carretta E, Spadea T, et al. Does breast cancer screening level health inequalities out? A population--- based study in an Italian region. *Eur J Public Health*. 2014 Apr;24(2):280---5.
51. Apostol I, Baban A, Nicula F, Suteu O, Coza D, Amati C, Baili P; EUROCHIP Working Group. Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP---2. *Tumori*. 2010 Jul---Aug;96(4):545---52.
52. Giorgi Rossi P, Baldacchini F, Ronco G. The Possible Effects on Socio---Economic Inequalities of Introducing HPV Testing as Primary Test in Cervical Cancer Screening Programs. *Front Oncol*. 2014 Feb 10;4:20.
53. McPhail S, Ellis---Brookes L, Shelton J, et al. Emergency presentation of cancer and short---term mortality. *Br J Cancer*. 2013 Oct 15;109(8):2027---34.



54. Moffat J, Bentley A, Ironmonger L, Boughey A, Radford G, Duffy S. The impact of national cancer awareness campaigns for bowel and lung cancer symptoms on sociodemographic inequalities in immediate key symptom awareness and GP attendances. *Br J Cancer*. 2015 Mar 31;112 Suppl 1:S14---21.
55. <http://www.who.int/cancer/detection/en/>
56. Borràs JM, Lievens Y, Dunscombe P, et al. The optimal utilization proportion of external beam radiotherapy in European countries: An ESTRO---HERO analysis. *Radiother Oncol* 2015;116:38---44
57. Borràs JM, Lievens Y, Dunscombe P, et al. The optimal utilization proportion of external beam radiotherapy in European countries: an ESTRO---HERO analysis. *Radiother Oncol*. 2015 May 14. pii: S0167---8140(15)00209---1
58. Borràs JM, Barton M, Grau C, et al. The impact of cancer incidence and stage on optimal utilization of radiotherapy: Methodology of a population based analysis by the ESTRO---HERO project. *Radiother Oncol*. 2015 May 19. pii: S0167---8140(15)00218---2.
59. Lievens Y, Grau C. Health economics in radiation oncology: introducing the ESTRO HERO project. *Radiother Oncol*. 2012 Apr;103(1):109---12.
60. Rosenblatt E, Izewska J, Anacak Y, Pynda Y, Scalliet P, Boniol M, Autier P. Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC) database. *Lancet Oncol*. 2013 Feb;14(2):e79---86
61. Lievens Y, Defourny N, Coffey M, et al. Radiotherapy staffing in the European countries: final results from the ESTRO---HERO survey. *Radiother Oncol*. 2014 Aug;112(2):178---86.
62. Borràs JM, Lievens Y, Grau C. The need for radiotherapy in Europe in 2020: Not only data but also a cancer plan. *Acta Oncologica* 2015 July 27: 1---7
63. Kiderlen M, Ponti A, Tomatis M, et al. eusomaDB Working Group. Variations in compliance to quality indicators by age for 41,871 breast cancer patients across Europe: a European Society of Breast Cancer Specialists database analysis. *Eur J Cancer*. 2015 Jul;51(10):1221---30.
64. Allemani C, Storm H, Voogd AC, et al. Variation in 'standard care' for breast cancer across Europe: a EURO CARE---3 high resolution study. *Eur J Cancer*. 2010 Jun;46(9):1528---36.
65. Gatta G, Zigon G, Aareleid T, et al. Patterns of care for European colorectal cancer patients diagnosed 1996--- 1998: a EURO CARE high resolution study. *Acta Oncol*. 2010 Aug;49(6):776---83.
66. Rich AL, Tata LJ, Free CM, Stanley RA, Peake MD, Baldwin DR, Hubbard RB. Inequalities in outcomes for non--- small cell lung cancer: the influence of clinical characteristics and features of the local lung cancer service. *Thorax*. 2011 Dec;66(12):1078---84
67. Oliphant R, Nicholson GA, Horgan PG, McMillan DC, Morrison DS; West of Scotland Colorectal Cancer Managed Clinical Network. The impact of surgical specialisation on survival following elective colon cancer surgery. *Int J Colorectal Dis*. 2014 Sep;29(9):1143---50.



68. Lüchtenborg M, Riaz SP, Coupland VH, et al. High procedure volume is strongly associated with improved survival after lung cancer surgery. *J Clin Oncol*. 2013 Sep 1;31(25):3141---6.
69. A.J. Breugom, P.G. Boelens, C.B. van den Broek, ET AL. Quality assurance in the treatment of colorectal cancer: the EURECCA initiative. *Ann Oncol*, 25 (8) (2014), pp. 1485–1492
70. Petra G. Boelens Riccardo A. Audisio, van de Velde CJ Quality assurance in surgical oncology the EURECCA platform. *Eur J Surg Oncol*. 2014 Nov;40(11):1387---90.
71. <http://www.oncoguida.it/html//home.asp>
72. Oncopolicy Forum 2011: Inequalities in access to cancer drugs in Europe. Oncopolicy Forum, European Cancer Conference, Stockholm, Sweden
73. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>
74. <http://www.politico.eu/article/eu-joint-drug-buying-plan-may-disappoint/>
75. Pauwels K, Simoens S, Casteels M, Huys I. Insights into European drug shortages: a survey of hospital pharmacists. *PLoS One*. 2015 Mar 16;10(3):e0119322.
76. Bogaert P, Bochenek T, Prokop A, Pilc A. A Qualitative Approach to a Better Understanding of the Problems Underlying Drug Shortages, as Viewed from Belgian, French and the European Union's Perspectives. *PLoS One*. 2015 May 5;10(5):e0125691.
77. De Weerd E, Simoens S, Hombroeckx L, Casteels M, Huys I. Causes of drug shortages in the legal pharmaceutical framework. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2015 Mar;71(2):251--8.
78. A Shortage of Cancer Drugs. *The Economist* 28th January 2013 [www.economist.com/blogs/easternapproaches/2013/01/romanian-politics?zid=307&ah=5e80419d1bc9821ebe173f4f0f060a07](http://www.economist.com/blogs/easternapproaches/2013/01/romanian-politics?zid=307&ah=5e80419d1bc9821ebe173f4f0f060a07)
79. Lawler M, Selby P. Personalized cancer medicine: are we there yet? *Oncologist*. 2013 Jun;18(6):649---50.
80. Shawver LK, Slamon D, Ullrich A. Smart drugs: tyrosine kinase inhibitors in cancer therapy. *Cancer Cell*. 2002 Mar;1(2):117---23.
81. Wilking N Jönsson B, Högberg D, Justo N. Comparator report on patient access to cancer drugs in Europe. <http://www.comparatorreports.se/Comparator%20report%20on%20patient%20access%20to%20cancer%20drugs%20in%20Europe%2015%20feb%2009.pdf>
82. Hoskin P, Sartor O, O'Sullivan JM, et al. Efficacy and safety of radium-223 dichloride in patients with castration-resistant prostate cancer and symptomatic bone metastases, with or without previous docetaxel use: a prespecified subgroup analysis from the randomised, double-blind, phase 3 ALSYMPCA trial. *Lancet Oncol*. 2014 Nov;15(12):1397---406.
83. Wyld L, Audisio RA, Poston GJ The evolution of cancer surgery and future perspectives. *Nat Rev Clin Oncol*. 2015 Feb;12(2):115---24.



84. Ades F, Zardavas D, Senterre C, de Azambuja E, Eniu A, Popescu R, Piccart M, Parent F. Hurdles and delays in access to anti-cancer drugs in Europe. *Ecancermedicalscience*. 2014 Nov 17;8:482.
85. EU Transparency Directive 89/105/EEC:  
[http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol1/dir\\_1989\\_105/dir\\_1989\\_105\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol1/dir_1989_105/dir_1989_105_en.pdf)
86. Piccart-Gebhart MJ, Procter M, Leyland-Jones B, et al. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med*. 2005 Oct 20;353(16):1659-72.
87. Dawood S, Broglio K, Buzdar AU, Hortobagyi GN, Giordano SH. Prognosis of women with metastatic breast cancer by HER2 status and trastuzumab treatment: an institutional-based review. *J Clin Oncol*. 2010 Jan 1;28(1):92-8.
88. Ades F, Senterre C, Zardavas D, de Azambuja E, Popescu R, Parent F, Piccart M. An exploratory analysis of the factors leading to delays in cancer drug reimbursement in the European Union: the trastuzumab case. *Eur J Cancer*. 2014 Dec;50(18):3089-97.
89. Guegan EW, Huić M, Teljeur C. Eunetha: further steps towards European cooperation on health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2014 Nov;30(5):475-7.
90. Kristensen FB, Mäkelä M, Neikter SA, et al. European network for health technology assessment, EUnetha: planning, development, and implementation of a sustainable European network for health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009 Dec;25 Suppl 2:107-16.
91. <http://www.eunetha.eu/activities/JA-WP5/ja-wp5-relative-effectiveness-assessment-pharmaceuticals>
92. Rowland JH, O'Mara A. Survivorship care planning: unique opportunity to champion integrative oncology? *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2014 Nov;2014(50):285.
93. Numico G, Pinto C, Gori S, Ucci G, Di Maio M, Cancian M, De Lorenzo F, Silvestris N. Clinical and organizational issues in the management of surviving breast and colorectal cancer patients: attitudes and feelings of medical oncologists. *PLoS One*. 2014 Jul 1;9(7):e101170.
94. Mehnert, A., de Boer, A. and Feuerstein, M. Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, 2013; 119: 2151-2159.
95. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011 Feb;77(2):109-30.
96. Tiraboschi M. The New Frontiers of Welfare Systems: The Employability, Employment and Protection of People with Chronic Diseases, *E Journal of International and Comparative Labour Studies* 2015. May-June; 4:2
97. de Boer AG. The European Cancer and Work Network: CANWON. *J Occup Rehabil*. 2014 Sep;24(3):393-8.
98. Moser EC, Meunier F. Cancer survivorship: A positive side-effect of more successful cancer treatment. *EJC Suppl*. 2014 Jun;12(1):1-4.
99. Jelenc M, Van Hoof E, Albrecht T, Meglič M, Seljak M, Krnel SR. Joint action European partnership for action against cancer. *Arch Public Health*. 2012 Oct 24;70(1):24.



100. <http://www.cancercontrol.eu/>
101. <http://www.tumori.net/eurochip/>
102. <http://ecdc.europa.eu/>
103. [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/docs/com2014\\_c167\\_05\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/com2014_c167_05_en.pdf)
104. Luengo---Fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union: a population---based cost analysis. *Lancet Oncol.* 2013 Nov;14(12):1165---74.
105. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med.* 2012 Aug;12(4):346---50.
106. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet.* 2013 Apr 13;381(9874):1323---31.
107. Tsounis A, Sarafis P, Alexopoulos EC. Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. *Lancet.* 2014 Dec 13;384(9960):2110.
108. Dimitrakaki C, Boulamatsis D, Mariolis A, Kontodimopoulos N, Niakas D, Tountas Y. Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation---wide Hellas Health I survey. *Eur J Cancer Prev.* 2009 Jun;18(3):248---57.
109. Hanly P, Soerjomataram I, Sharp L. Measuring the societal burden of cancer: the cost of lost productivity due to premature cancer---related mortality in Europe. *Int J Cancer.* 2015 Feb 15;136(4):E136---45.
110. <http://www.politico.eu/article/health---commissioner---andriukaitis---raises---revising---eu---treaties---on---health---policy/>
111. Rechel B, Grundy E, Robine JM, et al. Ageing in the European Union. *Lancet.* 2013; 381:1312---22.
112. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet.* 2015 Feb 7;385(9967):549---62.
113. Lawler M, Selby P, Aapro MS, Duffy S. Ageism in cancer care. *BMJ.* 2014 Feb 28;348:g1614.