COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 22.12.2008
COM(2008) 882 definitief

# VERSLAG VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD, HET EUROPEES PARLEMENT, HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET COMITÉ VAN DE REGIO'S

## Tenuitvoerlegging van de Aanbeveling van de Raad van 2 december 2003 over kankerscreening (2003/878/EG)

## 1. VOORWOORD

### 1.1. Inleiding

Op 2 december 2003 keurden de ministers van Volksgezondheid van de Europese Unie unaniem een Aanbeveling over kankerscreening[1] goed. De Aanbeveling over kankerscreening van de Raad van de Europese Unie erkent het belang van de gevolgen van kanker voor de Europese populatie en het bewijs dat de opsporing van borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker doeltreffend is voor de afname van de ziektelast.

In de Aanbeveling van de Raad worden de grondbeginselen vastgelegd voor de beste praktijken inzake de opsporing van kanker in het beginstadium en wordt de lidstaten verzocht om door gemeenschappelijk optreden nationale kankerscreeningprogramma's op bevolkingsniveau met een kwaliteitsgarantie op alle niveaus uit te voeren. Daarbij moeten ze rekening houden met eventueel bestaande Europese richtsnoeren voor kwaliteitsgarantie op het gebied van kankerscreening. Recent heeft de Commissie bijgewerkte en uitgebreide Europese richtsnoeren inzake de opsporing van borstkanker[2] en baarmoederhalskanker[3] gepubliceerd; uitvoerige Europese richtsnoeren voor kwaliteitsgarantie inzake de opsporing van colorectale kanker worden momenteel voorbereid.

In de Europese gezondheidsstrategie[4] is eveneens de nadruk gelegd op de ontwikkeling van nieuwe richtsnoeren inzake kankerscreening voor de gezondheidsbevordering in een vergrijzend Europa. De tenuitvoerlegging van de Aanbeveling wordt tevens gesteund door het Europees Parlement door middel van resoluties die in 2003[5], 2006[6] en 2008[7] werden aangenomen.

In de Aanbeveling wordt de Europese Commissie uitgenodigd verslag uit te brengen over de uitvoering van kankerscreeningprogramma's, na te gaan in hoeverre de voorgestelde maatregelen effectief zijn en de noodzaak voor verdere maatregelen te evalueren. Dit is het eerste verslag.

### 1.2. Basis van het verslag

Bij de voorbereiding van dit verslag nodigde de Commissie de lidstaten uit om in de tweede helft van 2007 op een schriftelijke enquête te antwoorden. 22 van de 27 lidstaten (82%) bezorgde de vragenlijst vanaf mei 2008 terug (België, Cyprus, Duitsland, Estland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk, Zweden).

---

1 Aanbeveling van de Raad van 2 december 2003 over kankerscreening (2003/878/EG): PB L 327/34-38.

2 Richtsnoeren van de EU voor de kwaliteitsborging inzake borstkankerscreening en -diagnose – 4e editie: Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen; ISBN: 92-79-01258–4, catalogusnummer: ND-73–06–954-EN-C © Europese Gemeenschappen, 2006.

3 Richtsnoeren van de EU voor de kwaliteitsborging inzake de screening van baarmoederhalskanker – 2e editie: Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen; ISBN 978-92-79-07698-5, catalogusnummer: ND-70-07-117-EN-C © Europese Gemeenschappen, 2008.

4 Samen werken aan gezondheid: een EU-strategie voor 2008-2013, COM(2007) 630 definitief van 23.10.2007.

5 Resolutie van het Europees Parlement van 5 juni 2003 over borstkanker in de Europese Unie (P5_TA(2003)0270): PB C 68 E van 18.3.2004, blz. 611.

6 Resolutie van het Europees Parlement van 25 oktober 2006 over borstkanker in de uitgebreide Europese Unie (P6_TA(2006)0449 B6-0528/2006): PB C 313 E van 20.12.2006, blz. 273.

7 Resolutie van het Europees Parlement van 10 april 2008 over kankerbestrijding in de uitgebreide Europese Unie (P6_TA(2008)0121).

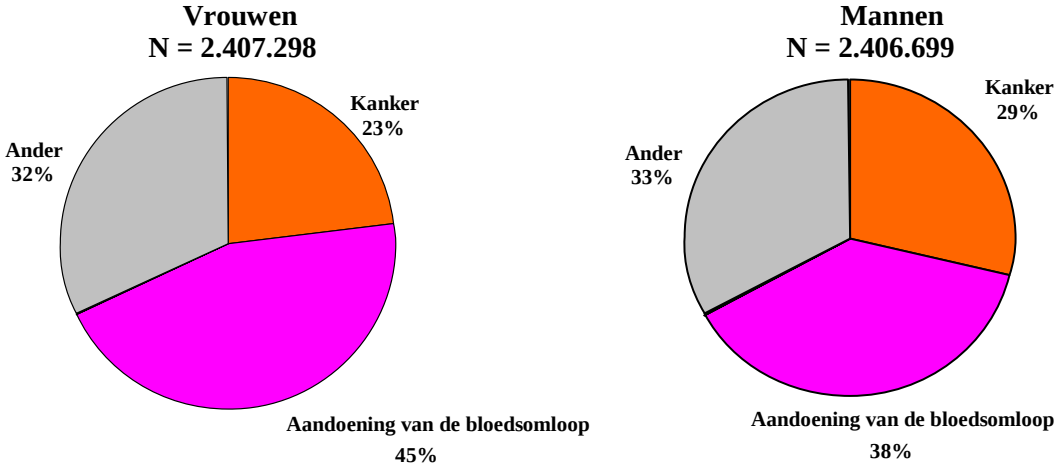
De enquête werd aangevuld met informatie uit twee lopende Europese projecten die worden gesteund door het volksgezondheidsprogramma van de EU (2003-2008[8]) inzake toezicht, evaluatie en kwaliteitsborging van kankerscreening: het European Cancer Network (ECN) en het European Network for Information on Cancer (EUNICE).

Bevolkingsstatistieken werden verkregen van het Europees statistisch systeem, of van nationale bronnen indien er meer recente gegevens beschikbaar waren. De voorlopige conclusies werden ook met de ministers van Volksgezondheid besproken tijdens de informele gezondheidsraad onder het Sloveense voorzitterschap in april 2008, waarna verschillende lidstaten bijkomende informatie verschaften. Op die manier kan er verslag worden uitgebracht over de voortgang van het programma in alle 27 lidstaten. De gedetailleerde bevindingen zijn door het European Cancer Network geordend en geanalyseerd, waarna ze afzonderlijk zijn gepubliceerd (ECN Report[9]).

### 1.3. Het aandeel van kanker in de totale ziektelast

Na aandoeningen van de bloedsomloop was kanker in 2006 de tweede doodsoorzaak in de Europese Unie. Twee op de tien vrouwen, ofwel een totaal van 554.000 vrouwen, en drie op de tien mannen, ofwel een totaal van 698.000 mannen, stierf aan de gevolgen van kanker (figuur 1a). Door de vergrijzing wordt verwacht dat die cijfers elk jaar zullen blijven toenemen als de EU en de lidstaten niet preventief optreden.

**Figuur 1a. Totaal aantal sterfgevallen in de EU in 2006 en aandeel van de twee voornaamste doodsoorzaken**




Bron: Eurostat 2006

Elk jaar wordt er bij 3,2 miljoen Europeanen kanker vastgesteld. In de meeste gevallen gaat het om borstkanker, colorectale kanker of longkanker. Maar de last van

8 Besluit nr. 1786/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 september 2002 tot vaststelling van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008): PB L 271/1-11 van 9.10.2002.

9 Eerste verslag over de tenuitvoerlegging van de Aanbeveling van de Raad inzake kankerscreening door het European Cancer Network en het European Network for Information on Cancer: Luxemburg (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

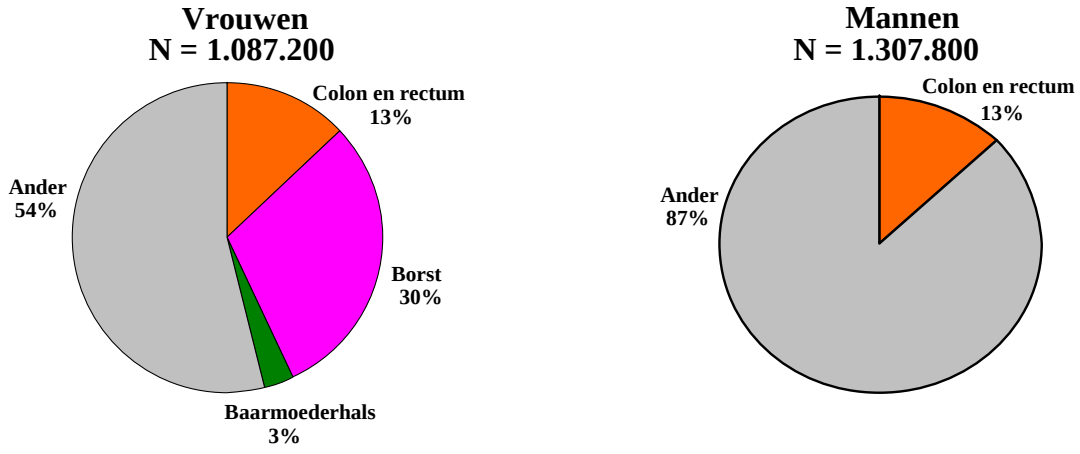
kanker is allesbehalve gelijk verdeeld over de Europese Unie (voor details zie punt 1.5 hieronder)[10].

Zoals duidelijk blijkt uit de nationale verschillen in kankersterfte is er nog veel ruimte voor het uitwisselen van informatie en beste praktijken in kankerpreventie en -controle op Europees niveau om het aantal sterfgevallen door kanker in de Europese Gemeenschap te beperken. Europese samenwerking kan dus voor een belangrijke toegevoegde waarde zorgen: dit gebeurt al sinds 1987 in het programma "Europa tegen kanker", met name op het gebied van kankerscreening.

## 1.4. Aantal gevallen van borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker

Borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker zijn een belangrijke oorzaak voor lijden en dood in de lidstaten van de Europese Unie[10]. Volgens enkele schattingen inzake incidentie en mortaliteit van het Internationale Agentschap voor Onderzoek naar Kanker (IARC) waren er in 2006 331.000 nieuwe gevallen van borstkanker en 90.000 sterfgevallen door borstkanker, en 36.500 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker en 15.000 sterfgevallen door baarmoederhalskanker[11] onder vrouwen in de EU. Tegelijkertijd werd bij naar schatting 140.000 vrouwen en 170.000 mannen colorectale kanker vastgesteld. Bovendien stierven er naar schatting 68.000 vrouwen en 78.000 mannen in de EU aan colorectale kanker. Samen zijn deze vormen van kanker goed voor bijna een op de twee (47%) nieuwe gevallen en een op de drie (32%) sterfgevallen onder vrouwen in de EU. Bij mannen vertegenwoordigt colorectale kanker momenteel een op de acht (13%) nieuwe gevallen en een op de negen (11%) sterfgevallen (figuur 1b en 1c).

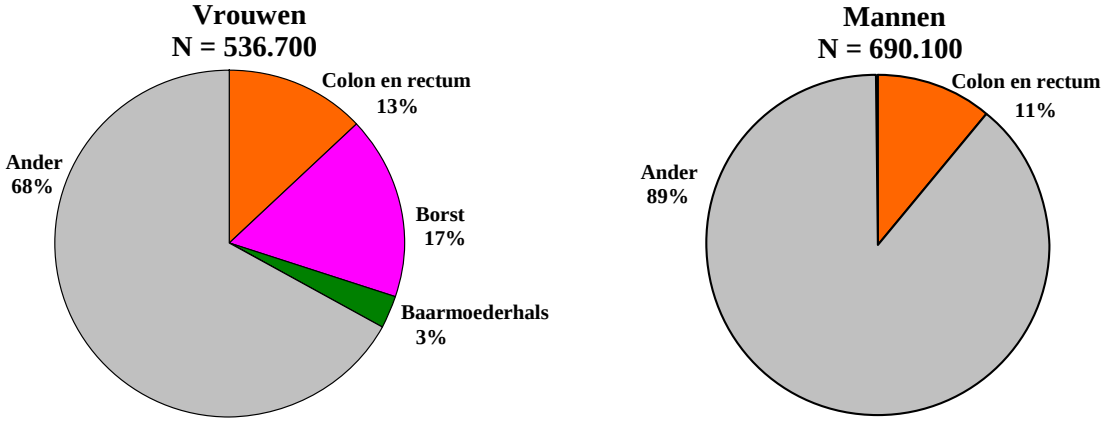
**Figuur 1b. Totaal aantal kankergevallen in de EU in 2006 en aandeel van borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker [9,10]**




[10] Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M., Boyle P. (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 18**:** 581-592.

[11] De schattingen voor de mortaliteit van baarmoederhalskanker van het IARC omvatten een aantal sterfgevallen te wijten aan "niet-gespecificeerde baarmoederkanker".

**Figuur 1c. Totaal aantal sterfgevallen door kanker in de EU in 2006 en aandeel van sterfgevallen door borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker. De som van de percentages voor vrouwen klopt niet door afronding [9,10]**




## 1.5. Uiteenlopende kankercijfers in de EU27[10]

De incidentie- en sterftecijfers voor deze vormen van kanker variëren aanzienlijk in de EU, waaruit blijkt dat bepaalde lidstaten een zware ziektelast dragen.

Volgens de schattingen van het IARC kent België de hoogste incidentie van borstkanker, namelijk 137,8[12], met een sterftecijfer van 33,5. Het hoogste sterftecijfer bedraagt 34,5 en werd in Denemarken opgetekend, waar de incidentie 122,6 bedraagt. Het laagst geschatte incidentiecijfer voor borstkanker bedraagt 61,2 voor Roemenië met een sterftecijfer van 23,9 en het laagste sterftecijfer bedraagt 19,2 voor Spanje met een incidentiecijfer van 93,6.

De ziektelast is vooral ongelijk verdeeld in het geval van baarmoederhalskanker. Volgens de schattingen van het IARC voor baarmoederhalskanker heeft Roemenië het hoogste incidentiecijfer (24,5) en het hoogste sterftecijfer (17,0). Het laagste incidentiecijfer bedraagt 4,9 voor Finland, waar tegelijkertijd ook het laagste sterftecijfer van 1,6 wordt teruggevonden. Het aandeel ziekte- en sterfgevallen door deze vorm van kanker is opvallend groot in op een na alle lidstaten die in 2004 en 2007 tot de EU toetraden.

Het hoogste incidentiecijfer voor colorectale kanker bedraagt 106,0 voor Hongarije, dat daarenboven ook het hoogste sterftecijfer van 54,4 heeft. Het laagste incidentiecijfer voor colorectale kanker is 31,0 voor Griekenland, dat ook het laagste sterftecijfer van 15,5 heeft.

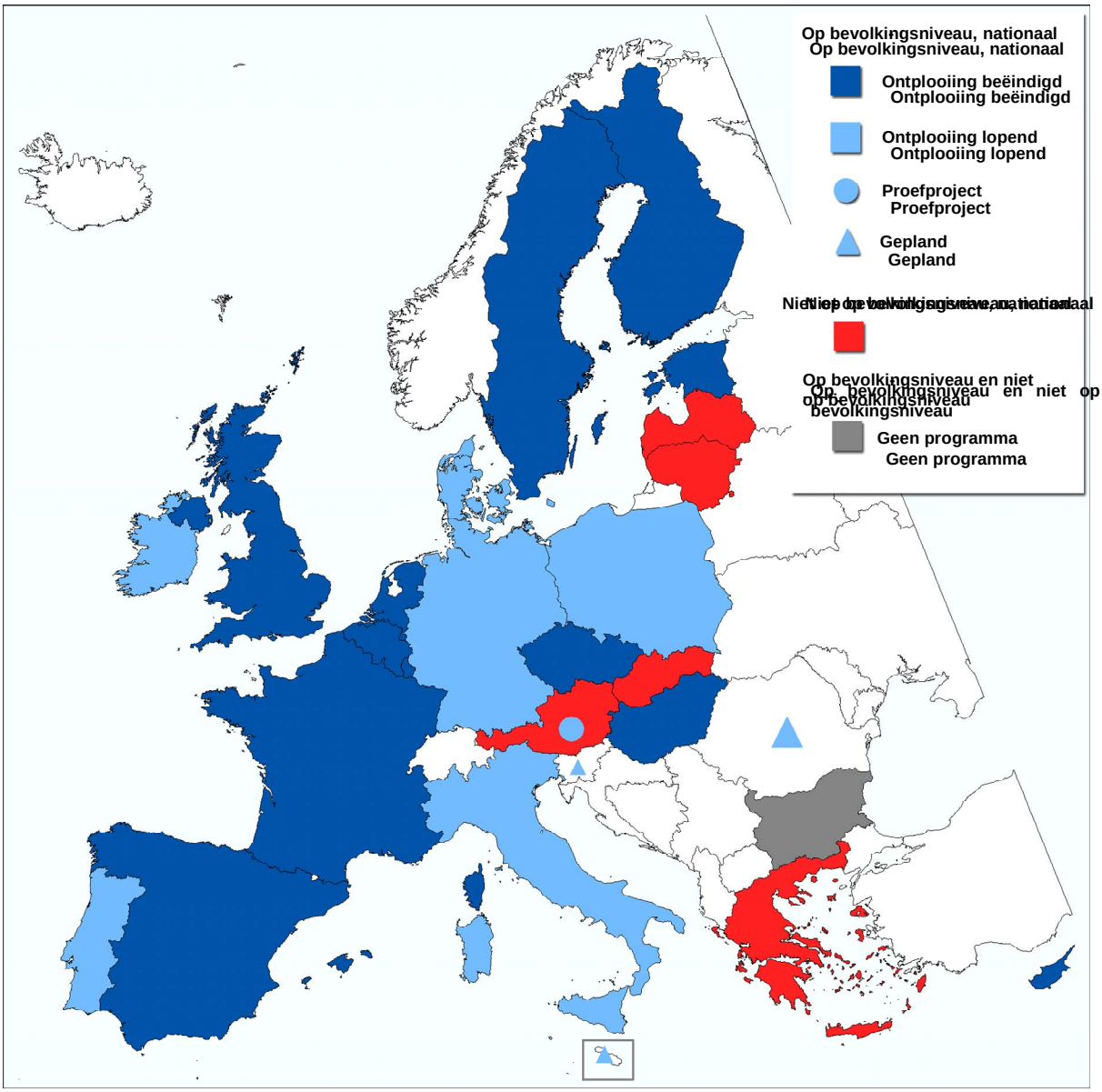
# 2. RESULTATEN

## 2.1. Overzicht van resultaten

Op de onderstaande kaarten wordt de huidige dekking van screeningprogramma's op bevolkingsniveau in de hele EU weergegeven.

[12] Overeenkomstig de standaardpraktijk gelden de incidentie- en sterftecijfers in dit verslag per 100.000 inwoners.

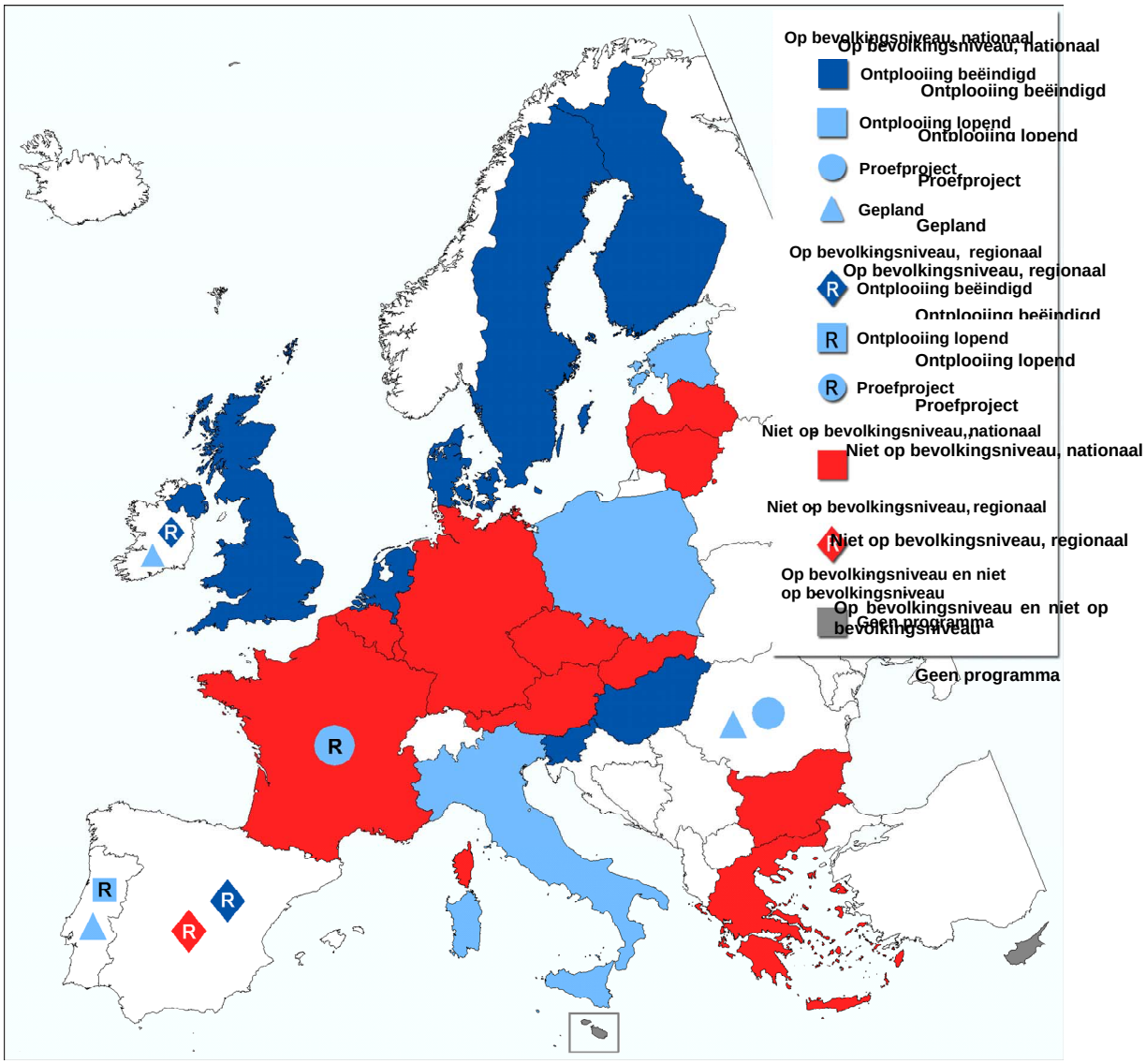
**Verspreiding van screeningprogramma's voor borstkanker op basis van een mammografie in de EU in 2007**




**Figuur 2.** Screeningprogramma's voor borstkanker in de Europese Unie in 2007, per programmatype (op bevolkingsniveau; niet op bevolkingsniveau; geen programma) en de voortgang van het programma per land (op bevolkingsniveau: nationaal of regionaal, ontplooiing beëindigd of lopend, proefproject en/of gepland; niet op bevolkingsniveau: nationaal of regionaal). De getoonde programma's gebruiken de screeningtest (mammografie) die door de Raad van de Europese Unie werd aanbevolen in 2003[1].

Bron: ECN[9]

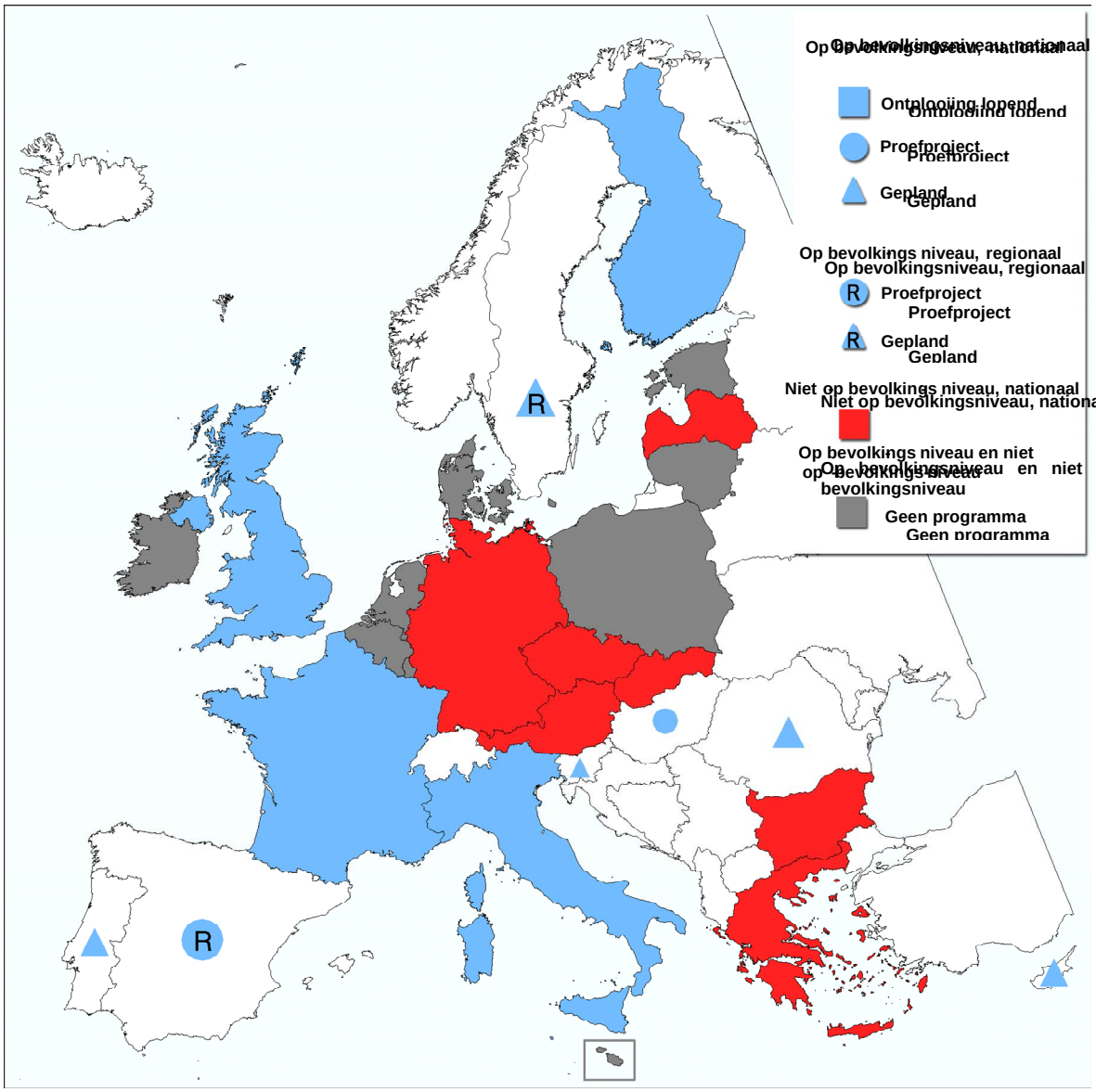
**Verspreiding van screeningprogramma's voor baarmoederhalskanker op basis van een onderzoek van het cervixslijm in de EU in 2007**




**Figuur 3.** Screeningprogramma's voor baarmoederhalskanker in de Europese Unie in 2007, per programmatype (op bevolkingsniveau; niet op bevolkingsniveau; geen programma) en de voortgang van het programma per land (op bevolkingsniveau: nationaal of regionaal, ontplooiing beëindigd of lopend, proefproject en/of gepland; niet op bevolkingsniveau: nationaal of regionaal). De getoonde programma's gebruiken de screeningtest (uitstrijkje) die door de Raad van de Europese Unie werd aanbevolen in 2003[1].

Bron: ECN[9]

**Verspreiding van screeningprogramma's voor colorectale kanker op basis van een test op occult bloed in de ontlasting in de EU in 2007**




**Figuur 4.** Screeningprogramma's voor colorectale kanker op basis van een FOBT (fecaal occult bloed test) in de Europese Unie in 2007, per programmatype (op bevolkingsniveau; niet op bevolkingsniveau; geen programma) en de voortgang van het programma per land (op bevolkingsniveau: nationaal of regionaal, ontplooiing beëindigd of lopend, proefproject en/of gepland; niet op bevolkingsniveau: nationaal of regionaal). De getoonde programma's gebruiken de screeningtest die door de Raad van de Europese Unie werd aanbevolen in 2003[1].

Bron: ECN[9]

Zoals uit de bovenstaande drie kaarten blijkt, moet er ondanks de aanzienlijke vooruitgang die is geboekt nog heel wat gebeuren:

- Op het gebied van borstkanker worden momenteel in slechts 22 lidstaten screeningprogramma's op bevolkingsniveau uitgevoerd of opgezet;
- Op het gebied van baarmoederhalskanker, in slechts 15 lidstaten;
- Op het gebied van colorectale kanker, in slechts 12 lidstaten.

Momenteel wordt in de EU jaarlijks een aanzienlijk aantal screeningonderzoeken uitgevoerd; dit aantal is echter minder dan de helft van het minimale aantal jaarlijkse onderzoeken dat verwacht zou mogen worden als de screeningtests die in de Aanbeveling van de Raad over kankerscreening zijn gespecificeerd, voor alle EU-burgers in de geschikte leeftijd toegankelijk zouden zijn (ongeveer 125 miljoen onderzoeken per jaar). Bovendien wordt minder dan de helft van het huidige aantal onderzoeken (41%) uitgevoerd in programma's op bevolkingsniveau, die het organisatorische kader bieden voor een uitgebreide kwaliteitsborging zoals die door de Aanbeveling van de Raad wordt vereist.

## 2.2. Tenuitvoerlegging van de Aanbeveling van de Raad door de lidstaten

### *2.2.1. Uitvoering van kankerscreeningprogramma's*

Deel één van de Aanbeveling van de Raad omvat een reeks waarborgen, technische, ethische en wettelijke normen waaraan moet worden voldaan bij de uitvoering van screeningprogramma's in de lidstaten. Het bevat acht aanbevelingen die zorgen voor een strikt kennisbestand voor de uitvoering van screeningprogramma's, de naleving van Europese richtsnoeren voor beste praktijken, de aandacht voor ethische normen inzake de communicatie over voordelen en risico's, een adequate opvolging van bij de screening vastgestelde laesies, en tot slot het vereiste niveau van gegevensbescherming. De meeste van deze acht aanbevelingen, die in het bijzonder betrekking hebben op de uitvoering van screeningprogramma's, worden door minstens twee op de drie lidstaten (67%) nageleefd.

### *2.2.2. Registratie en beheer van screeninggegevens*

Deel twee omvat vier aanbevelingen die zorgen voor de correcte werking van elk screeningprogramma met kwaliteitsborging, waarin wordt aangegeven dat bij een elektronisch systeem van oproepen en herhalingsoproepen, en de verzameling, het beheer en de evaluatie van alle gegevens van screeningtests gewenst zijn.

Uit de rapportage blijkt dat die punten door een groot aantal van de lidstaten die hebben gereageerd worden nageleefd. Achttien van de 22 lidstaten (82%) maken gebruik van gecentraliseerde gegevenssystemen en systemen van oproepen en herhalingsoproepen om respectievelijk de programma's uit te voeren en personen die tot de doelgroep behoren uit te nodigen. 20 van de 22 lidstaten (91%) rapporteren dat er niet alleen gegevens over de screeningresultaten worden verzameld, beheerd en geëvalueerd, maar ook over de evaluatie van personen met een positief screeningresultaat en over de diagnose. Een dergelijk hoog percentage geldt ook voor de gegevensverwerking voorafgaand aan de kankerscreeningprogramma's, die volledig in overeenstemming is met de Europese wetgeving inzake gegevensbescherming, met name met betrekking tot persoonlijke gezondheidsgegevens.

*2.2.3. Monitoring*

Deel drie omvat drie aanbevelingen die erop zijn gericht de vereiste basis voor kwaliteitsborging te leggen door regelmatig toezicht te houden op de screeningprogramma's.

Alhoewel een merendeel van de lidstaten aangeeft aan twee van de drie specifieke aanbevelingen inzake toezicht op screeningprogramma's te voldoen, worden ze aanzienlijk minder nageleefd dan de meeste aanbevelingen in alle andere delen (uitgezonderd deel zes).

Wat punt 3 a) in de Aanbeveling van de Raad betreft, rapporteert slechts 55% van de lidstaten die hebben gereageerd dat onafhankelijke vakgenoten regelmatig toezicht houden op het proces en de resultaten van georganiseerd screenen en vermeldt 59% dat er onverwijld bij het grote publiek en het screeningpersoneel verslag wordt uitgebracht over deze resultaten. Het lagere aantal lidstaten dat een dergelijk toezicht houdt, weerspiegelt de beperkte toepasselijkheid van de desbetreffende vragen in de EU-enquête op lidstaten waar kankerscreeningprogramma's op bevolkingsniveau nog niet zijn opgezet. Het vergelijkbare lage aantal lidstaten waar naar eigen zeggen nationale instellingen voor kankerregistratie toezicht houden op de screeningprogramma's (45%) moet verder worden bestudeerd.

*2.2.4. Opleiding*

Deel vier bevat één aanbeveling waarin het belang wordt onderstreept van een doeltreffende opleiding voor alle beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector die bij screeningprogramma's betrokken zijn.

Uit de rapportage blijkt dat deel vier van de Aanbeveling van de Raad, dat betrekking heeft op opleiding, massaal wordt nageleefd. Twintig van de 22 lidstaten (91%) vermelden dat het screeningpersoneel doeltreffend wordt opgeleid op alle niveaus om te garanderen dat het een screening van hoge kwaliteit kan verrichten.

*2.2.5. Naleving*

Deel vijf omvat twee aanbevelingen die een hoge nalevingsgraad bij de populatie nastreven, waaronder speciale aandacht voor een gelijke toegang tot de programma's voor bijzonder kwetsbare sociaaleconomische bevolkingsgroepen.

Een groot deel van de lidstaten vermeldt dat zij aan deze aanbevelingen voldoen. Twintig van de 22 lidstaten (91%) rapporteren dat een hoog niveau van naleving wordt nagestreefd bij de geschikte populatie wanneer een georganiseerde screening wordt aangeboden. Achttien van de 22 lidstaten (82%) rapporteren dat er maatregelen worden getroffen om voor gelijke toegang tot screeningprogramma's te zorgen en dat daarbij naar behoren rekening wordt gehouden met de eventuele noodzaak om zich te richten op specifieke sociaaleconomische groepen.

*2.2.6. Invoering van nieuwe screentests*

Deel zes omvat vijf aanbevelingen inzake de omgang met en uitvoering van nieuwe screeningmethodes in twee verschillende situaties: nieuwe screentests en variaties of verbeteringen van de aanbevolen screentests die in de bijlage van de Aanbeveling van de Raad over kankerscreening worden vermeld.

Ongeveer 11 van de 22 lidstaten (50%) vermelden dat ze voldoen aan de punten van deel zes van de Aanbeveling van de Raad die betrekking hebben op de invoering van nieuwe screentests rekening houdend met internationale onderzoeksresultaten.

## 3. CONCLUSIES

Vier jaar nadat de Raad van Ministers van de Europese Unie een Aanbeveling over kankerscreening aannam, hebben de meeste lidstaten naar de Aanbeveling gehandeld en staan er verdere maatregelen op stapel indien de uitvoering nog niet is afgerond. Bijgevolg werden de prioriteiten en beginselen voor het gezondheidsbeleid die op Europees niveau gezamenlijk waren geformuleerd, in de verschillende lidstaten opgevolgd door maatregelen om die gedeelde beleidslijnen en prioriteiten uit te voeren.

Nochtans, en ondanks die aanzienlijke inspanningen, is de EU over het algemeen nog maar halverwege de invoering van de Aanbeveling. Iets minder dan de helft van de bevolking die volgens de Aanbeveling moet worden gescreend, wordt dat ook effectief; en minder dan de helft van die onderzoeken wordt uitgevoerd als onderdeel van screeningprogramma's die aan de bepalingen van de Aanbeveling voldoen.

Dat toont aan dat er in de lidstaten nog meer inspanningen moeten worden geleverd. Daarvoor moeten de lidstaten de screeningprogramma's op bevolkingsniveau willen invoeren of verbeteren en de nodige professionele, organisatorische en wetenschappelijke steun krijgen. Een dergelijke ondersteuning en de bijkomende inspanningen om de hoge kwaliteit van screeningprogramma's te verbeteren en te handhaven, leveren naar verwachting een aanzienlijke meerwaarde op.

De inspanningen worden voortgezet om de uitvoering van de Aanbeveling te blijven ondersteunen. Door bijvoorbeeld accreditatie-/certificatieregelingen[13] voor screeningdiensten op EU-niveau te ontwikkelen en te testen op basis van de Europese richtsnoeren voor kwaliteitsborging van kankerscreening, zouden programma's hun inspanningen meer op de naleving van de EU-normen kunnen richten. Op die manier zouden lidstaten het potentieel van screening op bevolkingsbasis ten volle kunnen benutten om de ziektelast van kanker binnen de bevolking te beperken.

Alhoewel de huidige activiteiten nog lang niet de omvang hebben bereikt die in de toekomst mag worden verwacht, vergen deze nu al aanzienlijke personele en financiële middelen. Er is daarom een voortdurende inzet op het niveau van de Gemeenschap en binnen de lidstaten nodig, teneinde gepaste en doeltreffende maatregelen te bepalen om de kwaliteit, doeltreffendheid en kosteneffectiviteit van de huidige en toekomstige screeningactiviteiten te verzekeren, waarbij rekening moet worden gehouden met de wetenschappelijke ontwikkelingen. Een regelmatige en systematische studie, monitoring en evaluatie, evenals een EU-omvattende rapportage van de voortgang van kankerscreeningprogramma's bevorderen de uitwisseling van informatie over succesvolle ontwikkelingen en de identificatie van zwakke punten die moeten worden verbeterd.

Kanker blijft de meeste ziektelast veroorzaken binnen de Europese Unie. Met de Aanbeveling over kankerscreening heeft de Europese Unie zich ertoe verbonden een aantal praktische maatregelen te treffen om die ziektelast in de praktijk te verminderen, hetgeen niet alleen individuele burgers en hun gezinnen, maar ook de maatschappij in haar geheel ten goede komt. Zoals uit dit verslag blijkt, is de

[13] Verordening (EG) nr. 765/2008 van het Europees Parlement en de Raad van 9 juli 2008 tot vaststelling van de eisen inzake accreditatie en markttoezicht betreffende het verhandelen van producten en tot intrekking van Verordening (EEG) nr. 339/93: PB L 218/30-47 van 13.8.2008.

invoering van screeningmaatregelen een lastige opgave en moeten er nog meer inspanningen worden geleverd om de Aanbeveling volledig uit te voeren.

Die inspanningen zijn echter slechts op één aspect van de strijd tegen kanker gericht. Maatregelen om kanker nog beter op het niveau van de Gemeenschap en in de lidstaten te controleren en te voorkomen, kunnen het aantal nieuwe gevallen helpen verminderen; de toepassing van beste praktijken, evenals een toekomstige Europese samenwerking voor kankeronderzoek kunnen voor betere perspectieven voor mensen met kanker zorgen. De Commissie zal tevens nagaan of en zo ja, welke verdere ondersteuning aan de lidstaten kan worden geboden om andere specifieke problemen in verband met kanker in de toekomst aan te pakken.

In 2009 wil de Commissie een partnerschap opzetten dat zich inzet tegen kanker. De bedoeling van dit partnerschap is tot toezeggingen op EU-niveau te komen om concrete actie te ondernemen om kanker te voorkomen en te bestrijden en zo bij te dragen tot minder ongelijkheden in de kankerbestrijding. Het zal de lidstaten ondersteunen door een kader te bieden voor het inventariseren en uitwisselen van informatie, capaciteit en deskundigheid op het gebied van kankerpreventie en -bestrijding, en door de belanghebbende partijen uit de gehele Europese Unie te betrekken bij een collectief streven om de ziektelast die kanker met zich meebrengt, te verminderen.