AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BIZOTTSÁGA

Brüsszel, 22.12.2008
COM(2008) 882 végleges

A BIZOTTSÁG JELENTÉSE A TANÁCSNAK, AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK, AZ EURÓPAI GAZDASÁGI ÉS SZOCIÁLIS BIZOTTSÁGNAK ÉS A RÉGIÓK BIZOTTSÁGÁNAK

A rákszűrésről szóló 2003. december 2-i tanácsi ajánlás végrehajtásáról (2003/878/EK)

1. ELŐSZÓ

1.1. Bevezetés

2003. december 2-án az Európai Unió egészségügyi miniszterei egyhangúlag elfogadták a rákszűrésről szóló ajánlást[1]. Az Európai Unió Tanácsának a rákszűrésről szóló ajánlása egyaránt elismeri az európai lakosságnál jelentkező rákmegbetegedések jelentette teher jelentőségét, valamint azt, hogy bizonyított a emlőrák, méhnyakrák és kolorektális rák szűrésének hatékonysága a betegség terhének csökkentésében. A tanácsi ajánlás meghatározza a rák korai kimutatására vonatkozó bevált gyakorlattal kapcsolatos alapelveket, és felkéri a tagállamokat, hogy lépjenek fel közösen a lakossági alapú nemzeti rákszűrő programok végrehajtása terén, minden szinten megfelelő minőségbiztosítást garantálva, figyelembe véve a rákszűrő vizsgálatokra vonatkozó európai minőségbiztosítási útmutatásokat, amennyiben azok országukban rendelkezésre állnak. A Bizottság a közelmúltban tette közzé az emlőrák[2] és a méhnyakrák[3] szűrésére vonatkozó aktualizált és kibővített uniós iránymutatásokat; a kolorektális rák szűrésének minőségbiztosítására vonatkozó, átfogó európai irányelvek előkészítése jelenleg folyik. Az elöregedő európai társadalmak jobb egészségügyi állapotának előmozdítását elősegítő, a rákszűrésre vonatkozó új iránymutatások kidolgozásának fontosságát az EU egészségügyi stratégiája is kiemelte[4]. Az ajánlás végrehajtását az Európai Parlament 2003-ban[5], 2006-ban[6] és 2008-ban[7] elfogadott állásfoglalásaival támogatta.

Az ajánlás felkéri az Európai Bizottságot, hogy tegyen jelentést a rákszűrési programok végrehajtásáról, vizsgálja meg a javasolt intézkedések hatékonyságának fokát és mérlegelje, szükséges-e további fellépés. Ez a jelentés az első e téren.

1.2. A jelentés alapja

A jelentés előkészítése során a Bizottság felkérte a tagállamokat, hogy 2007 második felében válaszoljanak egy írásos felmérésre. Az Európai Unió huszonhét tagállama közül huszonkettő (82% –Ausztria, Belgium, Ciprus, Cseh Köztársaság, Észtország, Franciaország, Németország, Görögország, Magyarország, Olaszország, Lettország,

---

1 A Tanács 2003/878/EK ajánlása a rákszűrésről (2003. december 2.), HL L 237., 34–38. o.

2 EU guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis (Uniós iránymutatások az emlőrákszűrés és -diagnosztizálás minőségbiztosítása érdekében) – 4. kiadás: Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala; (ISBN: 92–79–01258–4, katalógusszám: ND-73–06–954-EN-C © European Communities, 2006.

3 EU guidelines for quality assurance in cervical screening (Uniós iránymutatások a emlőrákszűrés és –diagnosztizálás minőségbiztosítása érdekében) – 2. kiadás: Luxembourg: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala; ISBN 978-92-79-07698-5, katalógusszám: ND-70-07-117-EN-C © European Communities, 2008.

4 Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013, COM(2007) végleges, 2007.10.23.

5 Az Európai Parlament 2003. június 5-i állásfoglalása az emlőrákról az Európai Unióban (P5_TA(2003)0270): HL C 68. E, 2004.3.18., 611. o.

6 Az Európai Parlament 2006. október 25-i állásfoglalása a mellrákról a kibővített Európában (P6_TA(2006)0449 B6-0528/200670): HL C 313. E, 2006.12.20., 273. o.

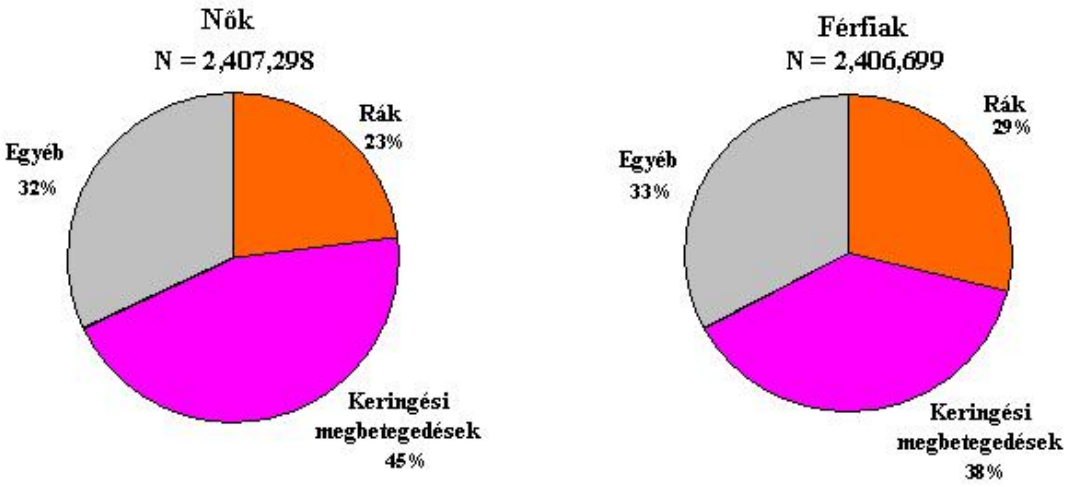
7 Az Európai Parlament 2008. április 10-i állásfoglalása a rák elleni küzdelemről a kibővített Európai Unióban, (P6_TA(2008)0121).

Litvánia, Luxemburg, Málta, Hollandia, Lengyelország, Portugália, Szlovák Köztársaság, Szlovénia, Spanyolország, Svédország, Egyesült Királyság) 2008 májusáig visszaküldte a kérdőívet. A felmérést az EU közegészségügyi programja (2003–2008[8]) által támogatott alábbi két jelenlegi európai projektből származó információk egészítették ki, melyek a rákszűrés ellenőrzésével, értékelésével és minőségbiztosításával foglalkoznak: a European Cancer Network (ECN); valamint a European Network for Information on Cancer (EUNICE). A lakossági statisztikák az európai statisztikai rendszerből vagy – amennyiben újabb adatok álltak rendelkezésre – a nemzeti forrásokból származtak. 2008 áprilisában a szlovén elnökség égisze alatt tartott nem hivatalos egészségügyi tanács alkalmával megvitatták az előzetes megállapításokat, ezt követően pedig számos tagállam további információkat nyújtott be. Ez lehetővé tette a 27 tagállam közül 27 számára a program végrehajtásáról szóló jelentés elkészítését. Az ECN által összegyűjtött és elemzett részletes megállapítások külön dokumentumban szerepelnek (ECN jelentés[9]).

1.3. A rák jelentette viszonylagos teher a betegségek összes terhéhez viszonyítva

A keringési megbetegedések után a rák volt a második leggyakoribb halálok az Európai Unióban 2006-ban; tíz nőből kettő (összesen 554 000), tíz férfiból pedig három (698 000) halálát rák okozta (1a. ábra). A lakosság elöregedése következtében ez a szám várhatóan évente nőni fog, ha az EK és a tagállamok nem hoznak megelőző intézkedést.

1a. ábra A halálesetek összesített száma az EU-ban 2006-ban és a két vezető halálok aránya



Forrás: EUROSTAT 2006

[8] Az Európai Parlament és a Tanács 2002. szeptember 23-i 1786/2002/EK határozata a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008) elfogadásáról; HL L 271., 2002.10.9., 1–11. o.

[9] First report on the implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening by the European Cancer Network and the European Network for Information on Cancer (A első jelentése a rákszűrésről szóló tanácsi ajánlás végrehajtásáról): Luxembourg (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

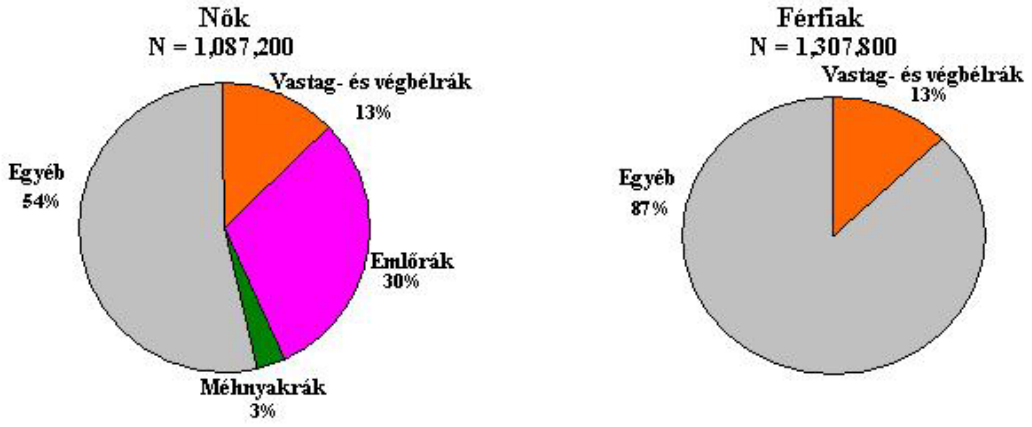
Évente 3,2 millió európait diagnosztizálnak rákkal; legtöbbjük emlőrákban, kolorektális vagy tüdőrákban betegszik meg. A rák jelentette teher azonban nem oszlik meg egyenlően az EU országai között (a részleteket a lenti 1.5. pont ismerteti)[10].

A rák okozta halálozásban mutatkozó nemzeti különbségek is bizonyítják, hogy a rák megelőzésére és uniós szintű visszaszorítására vonatkozó információk és bevált gyakorlatok megosztásával lehetőség nyílik a rák okozta halálozás arányának csökkentésére. Az uniós együttműködés, amely 1987-ban jött létre a „Europe against Cancer" kezdeményezés égisze alatt, jelentős többletértéket nyújthat.

1.4. Az emlőrák, méhnyakrák és kolorektális rák jelentette specifikus teher

Az emlőrák, méhnyakrák és kolorektális rák az EU tagállamaiban a vezető betegségek és halálokok közé tartoznak. A Nemzetközi Rákkutató Intézet (International Agency for Research on Cancer – IARC) az előfordulási gyakoriságra és halálozásra vonatkozó becslései szerint 2006-ban az EU-ban 331 000 nő betegedett meg emlőrákban és 90 000 halt meg benne, míg a méhnyakrák vonatkozásában 36 500 új esetet diagnosztizáltak, a megbetegedés következtében elhunytak száma pedig 15 000 volt[11]. Ugyanakkor a becslések szerint 140 000 nő és 170 000 férfi betegedett meg kolorektális rákban. A becslések szerint a nők körében az ebből származó halálozások száma 68 000-re, míg férfiaknál 78 000-re tehető az Unióban. Az EU-ban együttesen minden második új megbetegedésnél (47%) e daganattípusok egyike jelentkezik, valamint háromból egy rákbeteg nő (32%) ezek valamelyikében hal meg. A férfiaknál jelenleg nyolc megbetegedésből egyet (13%) és kilenc halálesetből egyet (11%) kolorektális rák okoz (1b. és 1c. ábra).

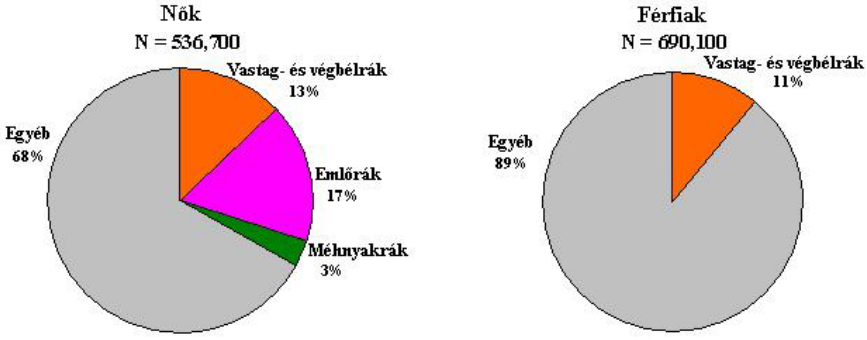
1b. ábra A daganatos megbetegedések száma összesen az EU-ban 2006-ban, valamint az emlőrák, méhnyakrák és kolorektális rák aránya9,10



[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] Az IARC-nak a méhnyakrákra vonatkozó becsléseibe beletartozik a meghatározatlan méhtestráknak tulajdonított halálozások bizonyos hányada is.

1c. ábra A daganatos megbetegedésből eredő halálozások száma összesen az EU-ban 2006-ban, valamint az emlőrák, méhnyakrák és kolorektális rák okozta halálozás aránya A nőkre vonatkozó százalékok értéke kerekítés miatt nem 100.[9, 10]



1.5. Eltérések a daganatos betegségek arányában az EU 27 tagállamában10

E daganatos betegségek előfordulási gyakorisága és halálozási aránya az EU-ban nagy eltéréseket mutat, bizonyos tagállamokban jelentős egészségügyi terheket jelentve.

Az IARC becslései szerint az emlőrák előfordulási aránya Belgiumban a legmagasabb, 137,8[12], a halálozási arány pedig 33,5, míg az emlőrák halálozási aránya Dániában a legmagasabb (34,5), ahol az előfordulási arány 122,6. A becslések szerint az emlőrák előfordulási aránya Romániában a legalacsonyabb, 61,2, a halálozási arány pedig 23,9, míg a halálozási arány Spanyolországban a legalacsonyabb (19,2), ahol az előfordulási arány 93,6.

A méhnyakrák esetében különösen egyenetlen a betegség eloszlása. A méhnyakrák esetében az IARC adatai szerint Romániában a legmagasabb az előfordulási gyakoriság (24,5) és a halálozási arány (17,0). Finnországban a legalacsonyabb előfordulási gyakoriság (4,9) és a halálozási arány is (1,6). Ez a típusú daganatos megbetegedés és az ennek tulajdonítható halálozás aránya az EU-hoz 2004-ben, illetve 2007-ben csatlakozott országokban egy kivételével kiemelkedően magas.

Magyarországon a legmagasabb a kolorektális rák előfordulási gyakorisága (106,0) és a halálozási arány is itt a legmagasabb (54,4). A kolorektális rák előfordulási gyakorisága (31,0) és halálozási aránya Görögországban a legalacsonyabb (15,5).

2. EREDMÉNYEK

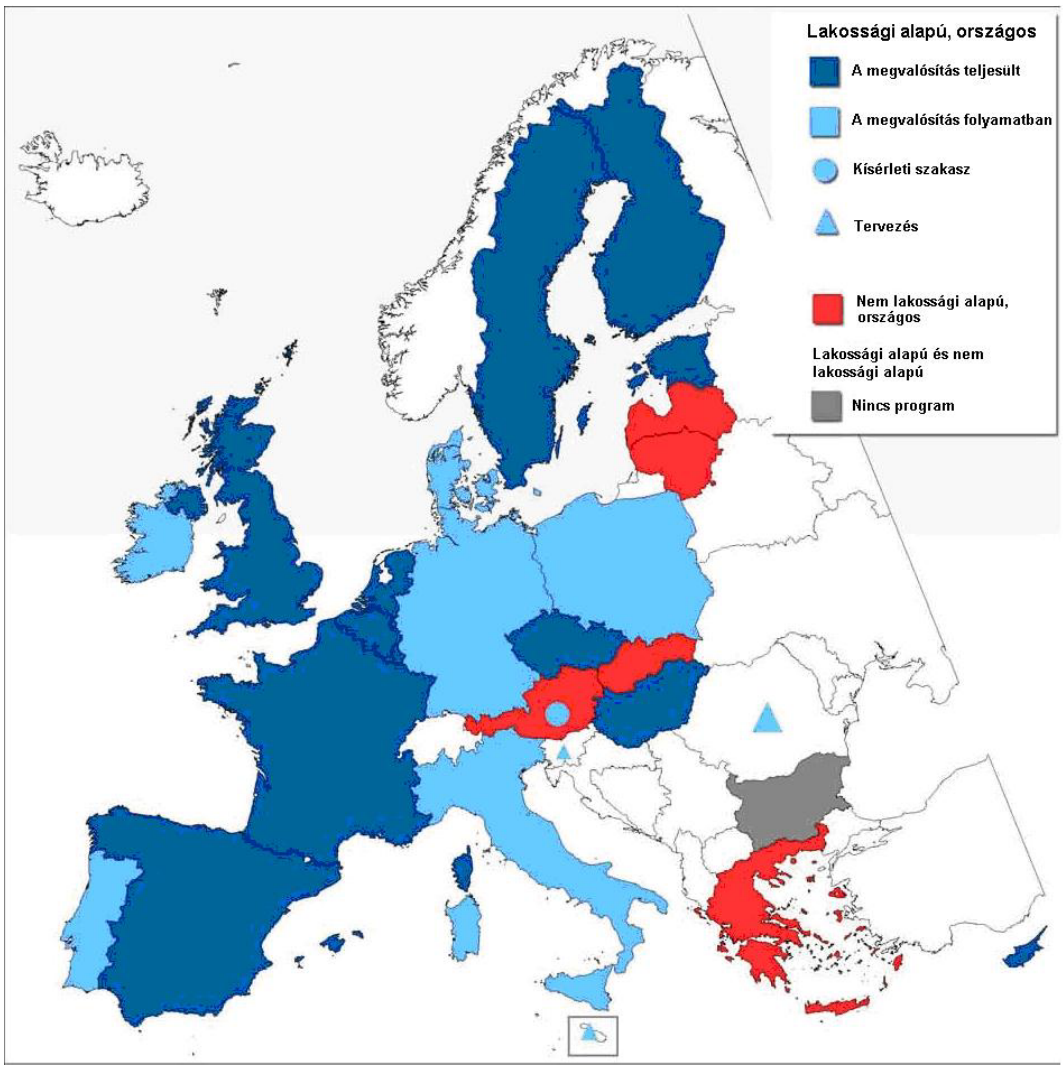
2.1. Az eredmények áttekintése

Az alábbi térképek ismertetik a jelenlegi, lakossági alapú szűrőprogramokat az EU-ban.

---

12 A szokásos gyakorlat szerint az előfordulási gyakoriság és halálozási arány e jelentésben a lakosság 100 000 főjére vetítve szerepel.

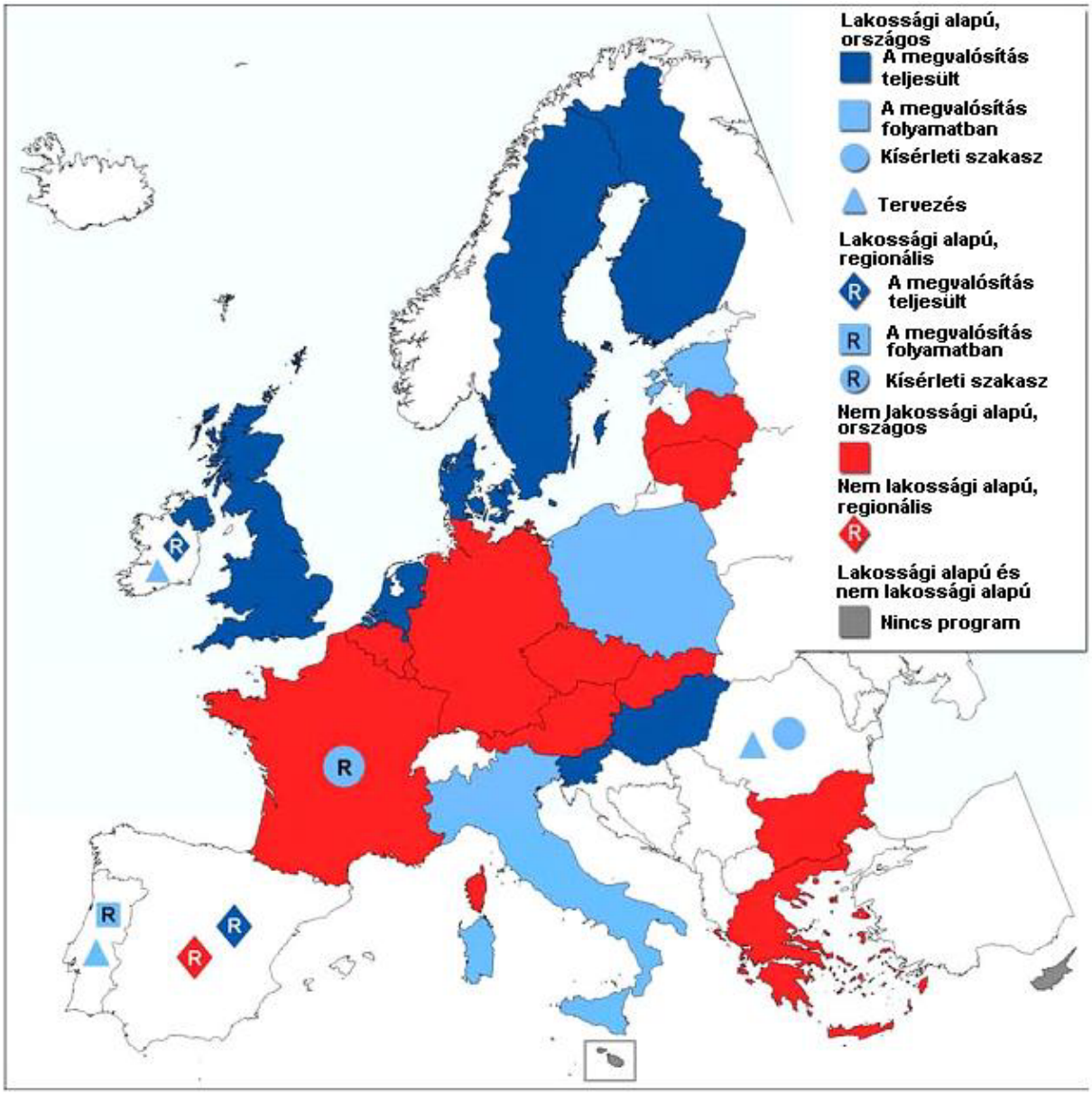
A mammográfiás alapú emlőrákszűrő vizsgálatok eloszlása az EU-ban 2007-ban



2. ábra Emlőrákszűrő programok az EU-ban 2007-ben a program típusa szerint (lakossági alapú, nem lakossági alapú, nincs program); a program végrehajtásának állapota az adott országban (lakossági alapú: országos vagy regionális, a megvalósítás teljes vagy folyamatban van, kísérleti és/vagy tervezési fázis; nem lakossági alapú: nemzeti vagy regionális). A programok az Európai Unió Tanácsa által 2003-ban ajánlott szűrővizsgálatot (mammográfia) alkalmazzák[1].

Forrás: ECN[9]

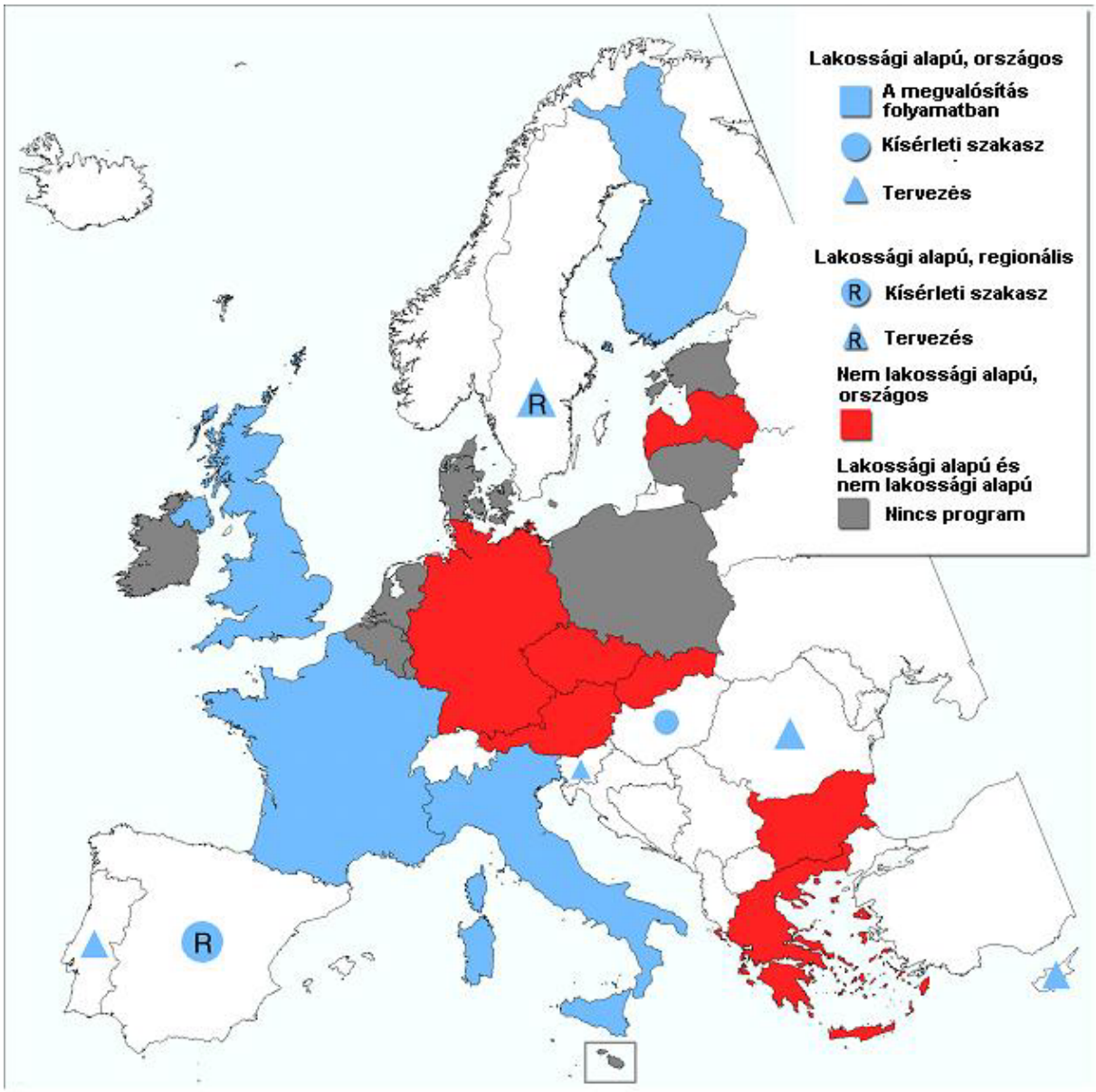
A citológiai vizsgálat alapú méhnyakrákszűrő programok eloszlása az EU-ban 2007-ban



3. ábra A méhnyakrák szűrésére irányuló programok az EU-ban 2007-ben a program típusa szerint (lakossági alapú; nem lakossági alapú; nincs program); a program végrehajtásának állapota az adott országban (lakossági alapú: országos vagy regionális, a megvalósítás teljes vagy folyamatban van, kísérleti és/vagy tervezési fázis; nem lakossági alapú: nemzeti vagy regionális). A programok az Európai Unió Tanácsa által 2003-ban ajánlott szűrővizsgálatot (PAP-kenet) alkalmazzák[1].

Forrás: ECN[9]

A kolorektális rák szűrésére irányuló programoknak a székletminta rejtett bélvérzés tekintetében történő vizsgálata alapján való eloszlása az EU-ban 2007-ban



4. ábra: A székletminta rejtett bélvérzés tekintetében végzett vizsgálata alapján történő, a kolorektális rák szűrésére irányuló programok az EU-ban 2007-ben a program típusa szerint (lakossági alapú; nem lakossági alapú; nincs program); a program végrehajtásának állapota az adott országban (lakossági alapú: országos vagy regionális, a megvalósítás teljes vagy folyamatban van, kísérleti és/vagy tervezési fázis; nem lakossági alapú: nemzeti vagy regionális). A programok az Európai Unió Tanácsa által 2003-ban ajánlott szűrővizsgálatot alkalmazzák[1].

Forrás: ECN[9]

Ahogyan azt a fenti három térkép is jelzi, számos előrelépés történt már e téren, de továbbiakra van szükség:

- az emlőrák esetében mindössze 22 tagállamnál léteznek vagy vannak kialakulóban lakossági alapú szűrőprogramok,
- a méhnyakrák esetében ez a szám 15,
- kolorektális rák esetében pedig 12.

Az EU-ban végzett szűrővizsgálatok jelenlegi éves mennyisége jelentős; ez a szám azonban nem éri el a felét sem a vizsgálatoknak abban az esetben várható minimális éves számának, ha a rákszűrésről szóló tanácsi ajánlásban meghatározott szűrővizsgálatok az EU minden, megfelelő életkorú polgára számára elérhetők lennének (évente hozzávetőlegesen 125 millió vizsgálat). Ráadásul a jelenlegi vizsgálatoknak kevesebb mint felét (41%) végzik lakossági szűrőprogramok keretében, melyek tanácsi ajánlás által előírt átfogó minőségbiztosítás megvalósításához szükséges intézményi alapokat biztosítanák.

2.2. A tanácsi ajánlás tagállami végrehajtása

2.2.1. A rákszűrő programok végrehajtása

A tanácsi ajánlás 1. szakasza azokat a biztonsági, technikai, etikai és jogi előírásokat tartalmazza, amelyeket a tagállamoknak a szűrőprogramok létrehozása során követniük kell. Nyolc ajánlás szerepel benne, melyek biztosítják, hogy a szűrőprogramok végrehajtása szigorúan tudományos ismeretek alapján történjék, emellett pedig szavatolják a helyes gyakorlatra vonatkozó uniós iránymutatások elismerését, az előnyökről és kockázatokról való tájékoztatás során az etikai előírások betartását, valamint a szűrés során kimutatott elváltozások megfelelő nyomon követését, végül, de nem utolsósorban pedig a megfelelő szintű adatvédelmet. A jelentések szerint a nyolc ajánlás többségét, melyek kifejezetten a szűrőprogramok létrehozásával foglalkoznak, három tagállamból legalább kettő (67%) követi.

2.2.2. A szűrési adatok regisztrálása és kezelése

A második szakasz négy ajánlást tartalmaz, melyek biztosítják az elektronikus behívási/visszahívási rendszert igénylő minőségbiztosított szűrővizsgálati programok megfelelő működését, valamint a szűrővizsgálatokból származó minden adat összegyűjtését, kezelését és értékelését.

E szempontokat a jelentések szerint a válaszadó tagállamok nagy része betartja. A 22 tagállam közül 18 (82%) a programok működtetéséhez és a célszemélyek behívásához központosított adatbázist és behívó/visszahívó rendszert használ. 22 tagállam közül 20 (91%) számolt be arról, hogy nem csupán a szűrővizsgálati eredmények, hanem az azon személyek állapotára és diagnózisára vonatkozó adatokat is összegyűjtik, kezelik és értékelik, akik szűrővizsgálata pozitív eredményű. A jelentések szerint hasonlóan magas a megfelelés szintje az adatok kezelése terén: az adatkezelés teljes mértékben megfelel az európai adatvédelmi jogszabálynak, különösen a rákszűrő programok végrehajtását megelőzően a személyes egészségügyi adatok kezelése tekintetében.

2.2.3. *Ellenőrzés*

A harmadik szakaszban három ajánlás szerepel, melyek célja, hogy a szűrővizsgálatok rendszeres ellenőrzésével létrejöjjön a szükséges minőségbiztosítási alap.

Jóllehet a tagállamok többsége jelezte, hogy a szűrővizsgálatok ellenőrzésével foglalkozó szakaszban szereplő három feltétel közül kettőnek megfelelnek, az előírások betartása e téren jelentősen alacsonyabb mértékű, mint (a hatodik szakasz kivételével) bármely más szakasz legtöbb feltétele terén.

A tanácsi ajánlás 3 a) tétele tekintetében a válaszadó tagállamoknak mindössze 55%-a jelentette, hogy a szervezett szűrés folyamatát és eredményét független szakértői vizsgálattal rendszeresen ellenőrzik, és 59%-uk válaszolta, hogy az eredményeket gyorsan közlik a nagyközönséggel és a szűrést végző szakemberekkel. Az, hogy a válaszadó tagállamok közül alacsony azok aránya, amelyek ilyen ellenőrzést végeznek, azt tükrözi, hogy az uniós felmérés adott kérdései csak korlátozottan vonatkoznak olyan tagállamokra, amelyekben a lakossági alapú rákszűrési program még nem kezdődött el. Azon tagállamok viszonylag alacsonyabb aránya, amelyekben válaszuk alapján az országos rákregiszter ellenőrzi a szűrővizsgálati programokat (45%), további elemzést igényel.

2.2.4. *Képzés*

A negyedik szakasz olyan ajánlást tartalmaz, amely kiemeli a szűrővizsgálati programokban részt vevő minden egészségügyi szakember képzésének fontosságát.

A tanácsi ajánlás negyedik, képzéssel foglalkozó szakasza tekintetében a megfelelés kiemelkedően magas. A 22 tagállam közül 20 (91%) számolt be arról, hogy a szűrővizsgálati programok személyzete minden szinten megfelelően képzett, biztosítva a szűrővizsgálatok magas színvonalát.

2.2.5. *Megfelelés*

Az ötödik szakasz két ajánlást tartalmaz, melyek célja, hogy a lakosság minél nagyobb arányban vegyen részt a vizsgálatokon; ebbe a lakosság társadalmi-gazdasági szempontból különösen érzékeny csoportjai vonatkozásában az egyenlő hozzáférés biztosítására irányuló különleges intézkedések is beletartoznak.

A tagállamok nagy arányban jelezték, hogy betartják ezeket az ajánlásokat. A 22 tagállam közül 20 (91%) számolt be arról, hogy a lakosság érintett része tekintetében a szűrővizsgálat felajánlásakor törekednek a magas szintű megfelelésre. A 22 tagállam közül 18 (82%) jelentette, hogy intézkedést hoztak a szűrővizsgálathoz való egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében, kellő mértékben figyelembe véve egyes gazdasági-társadalmi csoportok megcélzásának szükségességét.

2.2.6. *Új szűrővizsgálatok bevezetése*

A hatodik szakaszban öt ajánlás szerepel arra vonatkozóan, hogyan vezethetők be új szűrővizsgálati eljárások az alábbi két esetben: új szűrővizsgálatok, valamint a rákszűrésről szóló tanácsi ajánlás mellékletében szereplő, ajánlott szűrővizsgálatok változatai vagy javított változatai.

A 22 tagállam közül mintegy 11 (50%) számolt be arról, hogy betartja a tanácsi ajánlás hatodik szakaszában foglaltakat, amely azt tárgyalja, hogy nemzetközi kutatási eredmények figyelembevételével miként vezethetők be új szűrővizsgálatok.

3. KÖVETKEZTETÉSEK

Négy évvel azt követően, hogy az Európai Unió Minisztereinek Tanácsa elfogadta a rákszűrésről szóló ajánlást, a tagállamok többsége követte az abban foglaltakat, és – amennyiben a végrehajtás még nem fejeződött be teljes mértékben – szándékukban áll további lépéseket tenni annak lezárása érdekében. Az egészségügyi politika közös prioritásainak és elveinek európai szintű megfogalmazását tehát a közös politikák és prioritások megvalósítása érdekében tagállami intézkedések követték.

A jelentős erőfeszítések ellenére ugyanakkor az EU egésze előtt még hosszú út áll az ajánlás teljes körű megvalósításáig. A lakosság azon részének, amely számára az ajánlás szerint javasolt a szűrővizsgálat, némileg kevesebb mint felét sikerült bevonni; ráadásul e vizsgálatok kevesebb mint felét végzik az ajánlásban foglaltaknak megfelelő szűrővizsgálati programok részeként.

Ez jelzi, hogy a tagállamok részéről nagyobb erőfeszítésre van szükség, melyet a lakossági alapú szűrővizsgálati programok végrehajtására vagy javítására törekvő tagállamok számára nyújtott, tagállamok közötti, valamint a szakmai, szervezeti és tudományos együttműködés egészíthet ki. E segítségnyújtás és a szűrővizsgálatok színvonalának javítására vagy fenntartására irányuló további erőfeszítések jelentős értéktöbbletet nyújthatnak.

Az ajánlás végrehajtásának támogatására irányuló munka folytatódik. A szűrést végző szolgálatoknak szánt, a rákszűrés minőségbiztosítására vonatkozó uniós iránymutatások alapján történő uniós szintű akkreditációs/minősítési rendszerek[13] kidolgozása és kísérleti szakaszú tesztelése lehetővé tenné, hogy a programok fokozottabban törekedjenek az uniós előírások betartására. Ez pedig lehetővé tenné, hogy a tagállamok kiaknázzák a lakossági szűrővizsgálatokban rejlő lehetőségeket, csökkentve a rák jelentette populációs terheket.

Habár a fellépések jelenlegi mennyisége jóval elmarad a jövőben elvárható szinttől, az emberi és pénzügyi forrásráfordítás már most is jelentős. Továbbra is erőfeszítésekre van szükség mind közösségi, mind tagállami szinten is a jelenlegi és jövőbeni szűrővizsgálatok minősége, eredményessége és költséghatékonysága biztosítására irányuló megfelelő és hatékony intézkedések meghatározása terén, melyeknek figyelembe kell venniük a tudományos fejlődést. A rákszűrő programok végrehajtásának rendszeres, szisztematikus vizsgálata, ellenőrzése, értékelése és uniós szintű helyzetének jelentése továbbra is támogatja a sikeres fejleményekre vonatkozó információk megosztását és a javítást igénylő gyengeségek meghatározását.

A daganatos megbetegedések továbbra is a betegségek okozta egyik legnagyobb egészségügyi terhet jelentik az EU-ban. A rákszűrésről szóló ajánlás közös, uniós

[13] Az Európai Parlament és a Tanács 765/2008/EK rendelete a termékek forgalmazása tekintetében az akkreditálás és piacfelügyelet előírásainak megállapításáról és a 339/93/EGK rendelet hatályon kívül helyezéséről (2008. július 9.): HJ L218., 2008.8.13., 30-47. o.

szintű elkötelezettség olyan gyakorlati lépések megtételére, melyek célja e teher tényleges mérséklése az egyének, családjuk és az egész társadalom javára. E jelentés is azt bizonyítja, hogy az említett szűrővizsgálatok beindítása valódi kihívást jelent, és további munka szükséges az ajánlás teljes körű megvalósításához.

Ez a munka a rákellenes intézkedések csak egy aspektusával foglalkozik. A rák eredményesebb visszaszorítására és megelőzésére irányuló közösségi és tagállami fellépések hozzájárulhatnak a megbetegedések számának csökkentéséhez, míg a bevált gyakorlatokon alapuló kezelések, valamint a rákkutatásra irányuló jövőbeni európai együttműködés elősegítheti a betegek gyógyulási esélyeinek növelését. A Bizottság mérlegelni fogja azt is, hogy a rák elleni küzdelem más specifikus kérdései terén nyújtható-e további segítség a tagállamok számára, és ha igen, milyen támogatás lehetséges.

2009-ben a Bizottság rákellenes cselekvési partnerség beindítását tervezi. A partnerség célja, hogy az uniós szintű kötelezettségvállalásokat a rákmegelőzésre és a rák elleni küzdelemre irányuló konkrét tettekre váltsa, hozzájárulva a daganatos betegségek leküzdése terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentéséhez. A tagállamokat azáltal kívánja támogatni, hogy keretet biztosít a rákmegelőzés és rák elleni küzdelem terén rendelkezésre álló információk, kapacitás és szakértelem meghatározásához és megosztásához, valamint azáltal, hogy az érdekelt feleket az Európai Unió egészében összefogja, hogy közös erőfeszítéssel munkálkodjanak a daganatos megbetegedések jelentette egészségügyi teher csökkentésén.