EUROPOS BENDRIJŲ KOMISIJA

Briuselis, 22.12.2008
COM(2008) 882 galutinis

KOMISIJOS ATASKAITA TARYBAI, EUROPOS PARLAMENTUI, EUROPOS EKONOMIKOS IR SOCIALINIŲ REIKALŲ KOMITETUI IR REGIONŲ KOMITETUI

2003 m. gruodžio 2 d. Tarybos rekomendacijos dėl vėžio atrankinės patikros įgyvendinimas (2003/878/EB)

1. ĮŽANGA

1.1. Įvadas

2003 m. gruodžio 2 d. Europos Sąjungos sveikatos ministrai vienbalsiai priėmė Rekomendaciją dėl vėžio atrankinės patikros[1]. Europos Sąjungos Tarybos rekomendacijoje dėl vėžio atrankinės patikros pripažinta vėžio naštos reikšmė Europos gyventojams ir atrankinių krūties, gimdos kaklelio ir kolorektalinio (storosios žarnos) vėžio patikrų veiksmingumas siekiant sumažinti šios ligos naštą.

Tarybos rekomendacijoje išsamiai išaiškinti pagrindiniai ankstyvo vėžio nustatymo geriausios patirties principai, o valstybės narės raginamos drauge įgyvendinti nacionalines visų gyventojų vėžio atrankinės patikros programas, visais lygmenimis užtikrinti kokybę, atsižvelgiant, į Europos vėžio atrankinės patikros kokybės užtikrinimo gaires, jei tokios yra. Neseniai Komisija išleido atnaujintas ir papildytas krūties[2] ir gimdos kaklelio[3] vėžio atrankinių patikrų gaires bei šiuo metu rengia išsamias Europos kolorektalinio vėžio atrankinės patikros kokybės užtikrinimo gaires.

Be to, naujų vėžio atrankinės patikros gairių, kaip geros sveikatos propagavimo priemonės senstančioje Europoje[4], svarba nustatyta ir ES sveikatos strategijoje. Rekomendacijos įgyvendinimą 2003 m.[5], 2006 m.[6] ir 2008 m.[7] priimtomis rezoliucijomis parėmė ir Europos Parlamentas.

Rekomendacijoje Europos Komisija prašoma pateikti ataskaitą dėl to, kaip įgyvendinamos vėžio atrankinės patikros programos, įvertinti pasiūlytų priemonių veiksmingumą ir apsvarstyti tolesnių veiksmų būtinumą. Tai pirmoji ataskaita.

1.2. Ataskaitos pagrindas

Rengdama ataskaitą Komisija 2007 m. antroje pusėje prašė valstybių narių raštu atsakyti į apklausos klausimus. Iki 2008 m. gegužės mėn. užpildytus klausimynus atsiuntė 22 iš 27 (82 proc.) Europos Sąjungos valstybių narių (Austrija, Belgija, Čekija, Estija, Graikija, Ispanija, Italija, Jungtinė Karalystė, Kipras, Latvija, Lenkija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Nyderlandai, Portugalija, Prancūzija, Slovakija, Slovėnija, Švedija, Vengrija, Vokietija).

---

1 2003 m. gruodžio 2 d. Tarybos rekomendacija dėl vėžio atrankinės patikros (2003/878/EB), OL L 327, p. 34–38.

2 ES krūties vėžio atrankinės patikros ir diagnostikos kokybės užtikrinimo gairės. – Ketvirtas leidimas – Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras, ISBN 92–79–01258–4, katalogo numeris ND-73–06–954-EN-C © Europos Bendrijos, 2006.

3 ES gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros kokybės užtikrinimo gairės. Antrasis leidimas. Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras, ISBN 978-92-79-07698-5, katalogo numeris ND-70–06-117-EN-C © Europos Bendrijos, 2008.

4 Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris, COM(2007) 630, 2007 10 23 galutinis.

5 2003 m. birželio 5 d. Europos Parlamento rezoliucija dėl krūties vėžio Europos Sąjungoje (P5_TA(2003)0270), OL C 68 E, 2004 3 18, p. 611.

6 2006 m. spalio 25 d. Europos Parlamento rezoliucija dėl krūties vėžio išsiplėtusioje Europos Sąjungoje (P6_TA(2006)0449 B6–0528/2006), OL L 313 E, 2006 12 20, p. 273.

7 2008 m. balandžio 10 d. Europos Parlamento rezoliucija dėl kovos su vėžiu išsiplėtusioje Europos Sąjungoje (P6_TA(2008)0121).

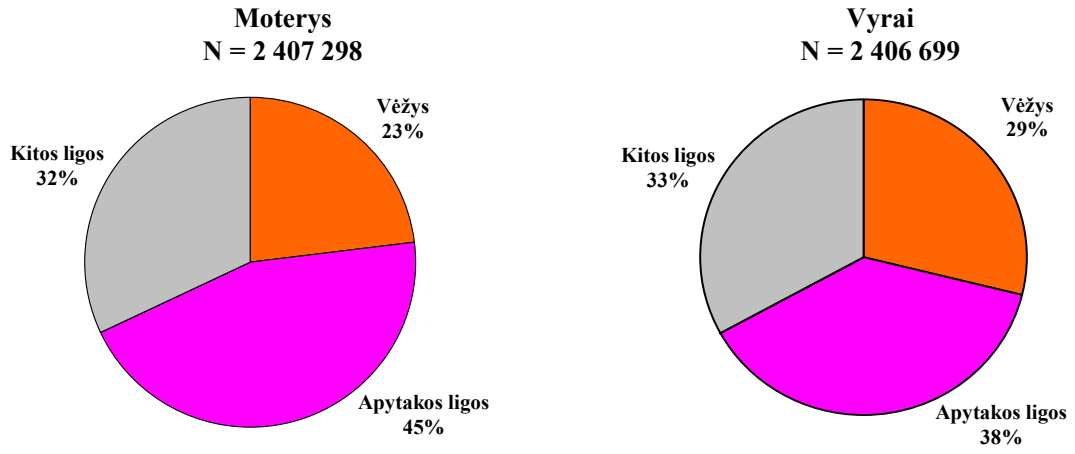
Apklausos duomenis papildė informacija, gauta vykdant du tęstinius pagal ES 2003–2008 m. visuomenės sveikatos programą[8] remiamus Europos projektus, susijusius su vėžio atrankinio tikrinimo stebėsena, vertinimu ir kokybės užtikrinimu: Europos vėžinių susirgimų tinklo (angl. *European Cancer Network*) projektą, ir Europos Sąjungos informacijos apie vėžį Europoje tinklo (angl. *European Union Network for Information on Cancer in Europe*) projektą.

Gyventojų statistiniai duomenys gauti iš Europos statistikos sistemos arba iš nacionalinių informacijos šaltinių, jei jų duomenys buvo naujesni. Be to, preliminarios išvados aptartos su sveikatos ministrais 2008 m. balandžio mėn. ES pirmininkaujančios Slovėnijos surengtame neoficialiame Sveikatos tarybos susitikime, po kurio kelios valstybės narės pateikė daugiau informacijos. Todėl buvo galima rengti programos įgyvendinimo visose 27 valstybėse narėse ataskaitą. Be to, atskirai paskelbtos išsamios Europos vėžinių susirgimų tinklo palygintos ir išanalizuotos išvados (Europos vėžinių susirgimų tinklo ataskaita)[9].

1.3. Sergamumo vėžiu ir kitomis ligomis santykis

2006 m. vėžys buvo antra (po apytakos ligų) dažniausia – 2 iš 10 moterų (iš viso nuo jo mirė 554 000 moterų) ir 3 iš 10 vyrų (iš viso – 698 000 vyrų) – mirties priežastis Europos Sąjungoje. Kadangi visuomenė senėja, tikėtina, kad kiekvienais metais šis skaičius didės, jei EK ir valstybės narės nesiims prevencinių veiksmų.

1a pav. Bendras mirtingumas ES 2006 m. ir dviejų pagrindinių mirties priežasčių santykis



Šaltinis – EUROSTATAS, 2006

[8] 2002 m. rugsėjo 23 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1786/2002/EB, patvirtinantis Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programą (2003–2008 m.), OL L 271, p. 1–11, 2002 10 09.

[9] Pirmoji Europos vėžinių susirgimų tinklo ir Europos Sąjungos informacijos apie vėžį Europoje tinklo ataskaita apie Tarybos rekomendacijos dėl vėžio atrankinės patikros įgyvendinimą. Liuksemburgas, (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

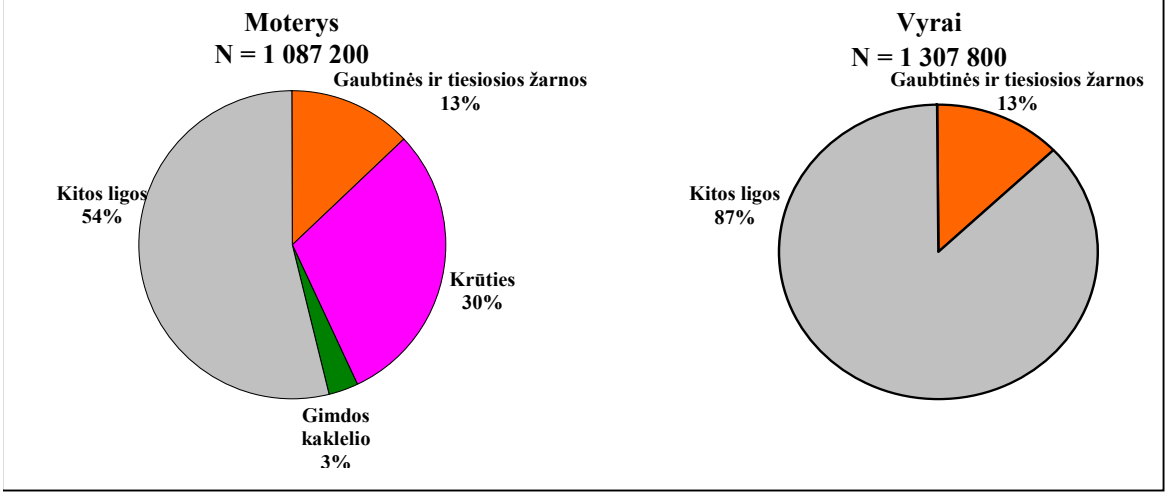
Vėžys kasmet diagnozuojamas 3,2 mln. europiečių, iš jų daugiausia serga krūties, kolorektaliniu ar plaučių vėžiu. Tačiau iš tiesų vėžiu Europos Sąjungoje sergama nevienodai (išsamesnė informacija pateikta 1.5 punkte)[10].

Kaip matyti iš nacionalinių mirtingumo nuo vėžio skirtumų, mirčių nuo vėžio skaičių Bendrijoje galima labai sumažinti ES mastu dalijantis informacija ir geriausia vėžio prevencijos ir vėžio kontrolės patirtimi. Todėl ES masto bendradarbiavimas, plėtojamas nuo 1987 m. pagal veiksmų programą „Europa prieš vėžį“, visų pirma vėžio atrankinės patikros srityje, gali būti labai naudingas.

1.4. Sergamumas krūties, gimdos kaklelio ir kolorektaliniu vėžiu

Europos Sąjungos valstybėse narėse krūties, gimdos kaklelio ir kolorektalinis vėžys yra viena didžiausių kančios ir mirties priežasčių[10]. Remiantis Tarptautinės vėžio tyrimų agentūros (TVTA) duomenimis apie vėžio paplitimą ir mirtingumą nuo jo, 2006 m. ES krūties vėžiu susirgo 331 000 moterų, nuo jo mirė 90 000 moterų; gimdos kaklelio vėžiu susirgo36 500 moterų, nuo jo mirė 15 000 moterų[11]. Tais pačiais metais kolorektaliniu vėžiu susirgo 140 000 moterų ir 170 000 vyrų. Minėtais metais nuo kolorektalinio vėžio ES mirė 68 000 moterų ir 78 000 vyrų. Visi trys minėtieji vėžio tipai drauge sudaro kone pusę (47 proc.) naujų ES moterų susirgimo vėžiu atvejų ir beveik trečdalį (32 proc.) mirties nuo vėžio atvejų. Vyrų kolorektalinis vėžys sudaro vieną aštuntąją (13 proc.) susirgimo vėžiu atvejų ir vieną devintąją (11 proc.) mirties nuo vėžio atvejų (žr. 1b ir 1c paveikslus).

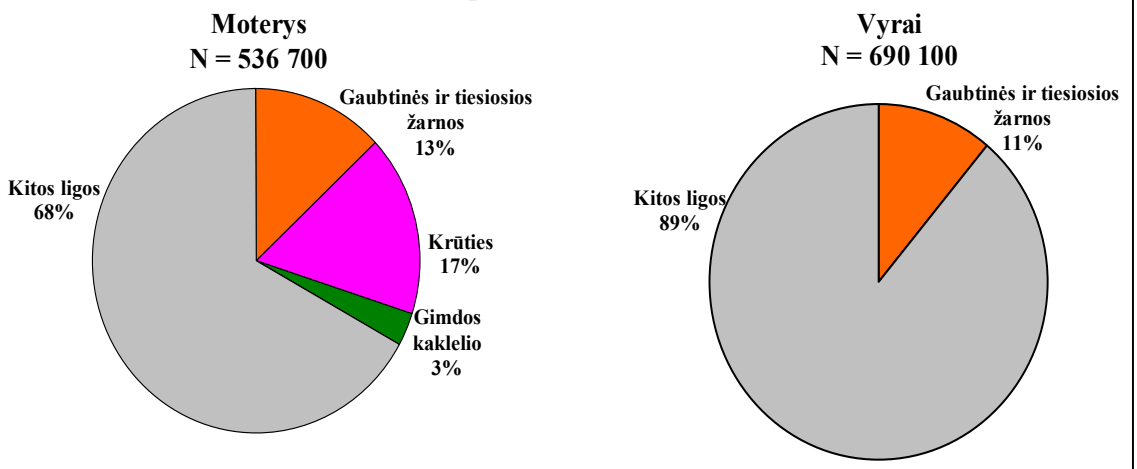
1b pav. Bendras sergamumas vėžiu ES 2006 m. ir krūties, gimdos kaklelio ir kolorektalinio vėžio[9,10] santykis



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

11 Į TVTA apskaičiuotus mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio duomenis įtraukta mirčių nuo „nenustatyto gimdos vėžio“ dalis.

1c pav. Bendras mirtingumas nuo vėžio ES 2006 m. ir mirtingumo nuo krūties, gimdos kaklelio ir kolorektalinio vėžio santykis. Moterų procentų suma netiksli dėl skaičių apvalinimo[9,10]



1.5. Vėžio paplitimo koeficientų įvairovė 27 ES valstybėse narėse[10]

Sergamumo minėtomis vėžinėmis ligos ir mirtingumo nuo jų rodikliai visoje ES yra labai skirtingi. Jie atspindi, kokios yra pagrindinės sveikatos problemos valstybėse narėse.

TVTA duomenimis didžiausias krūties vėžio paplitimo rodiklis yra 137,8[12] Belgijoje, kur mirtingumo nuo jo koeficientas yra 33,5, o didžiausias mirtingumo nuo šios ligos koeficientas yra 34,5 Danijoje (sergamumo koeficientas – 122,6). Nustatyta, kad mažiausias sergamumo krūties vėžiu koeficientas yra Rumunijoje – 61,2 (mirtingumo nuo šios ligos koeficientas čia yra 23,9), o mažiausias mirtingumo koeficientas yra Ispanijoje – 19,2 (sergamumo šia liga koeficientas čia yra 93,6).

Ypač netolygus sergančiųjų gimdos kaklelio vėžiu pasiskirstymas. TVTA duomenimis, Rumunijoje yra didžiausias sergamumo gimdos kaklelio vėžiu (24,5) ir didžiausias mirtingumo nuo jo koeficientas (17,0). Mažiausias sergamumo šia liga koeficientas (4,9) yra Suomijoje, kurios gyventojai gali džiaugtis ir mažiausiu mirtingumo nuo jos koeficientu (1,6). Visose, išskyrus vieną, valstybėse narėse, kurios tapo ES narėmis 2004 m. ir 2007 m., šios rūšies vėžiu serga ir nuo jo miršta gerokai didesnė moterų dalis.

Didžiausias sergamumo kolorektaliniu vėžiu koeficientas (106,0) yra Vengrijoje, kur yra ir didžiausias mirtingumo nuo šios ligos koeficientas (54,4). Mažiausias sergamumo kolorektaliniu vėžiu koeficientas (31,0) yra Graikijoje, kuri gali džiaugtis ir mažiausiu mirtingumo nuo šios ligos koeficientu (15,5).

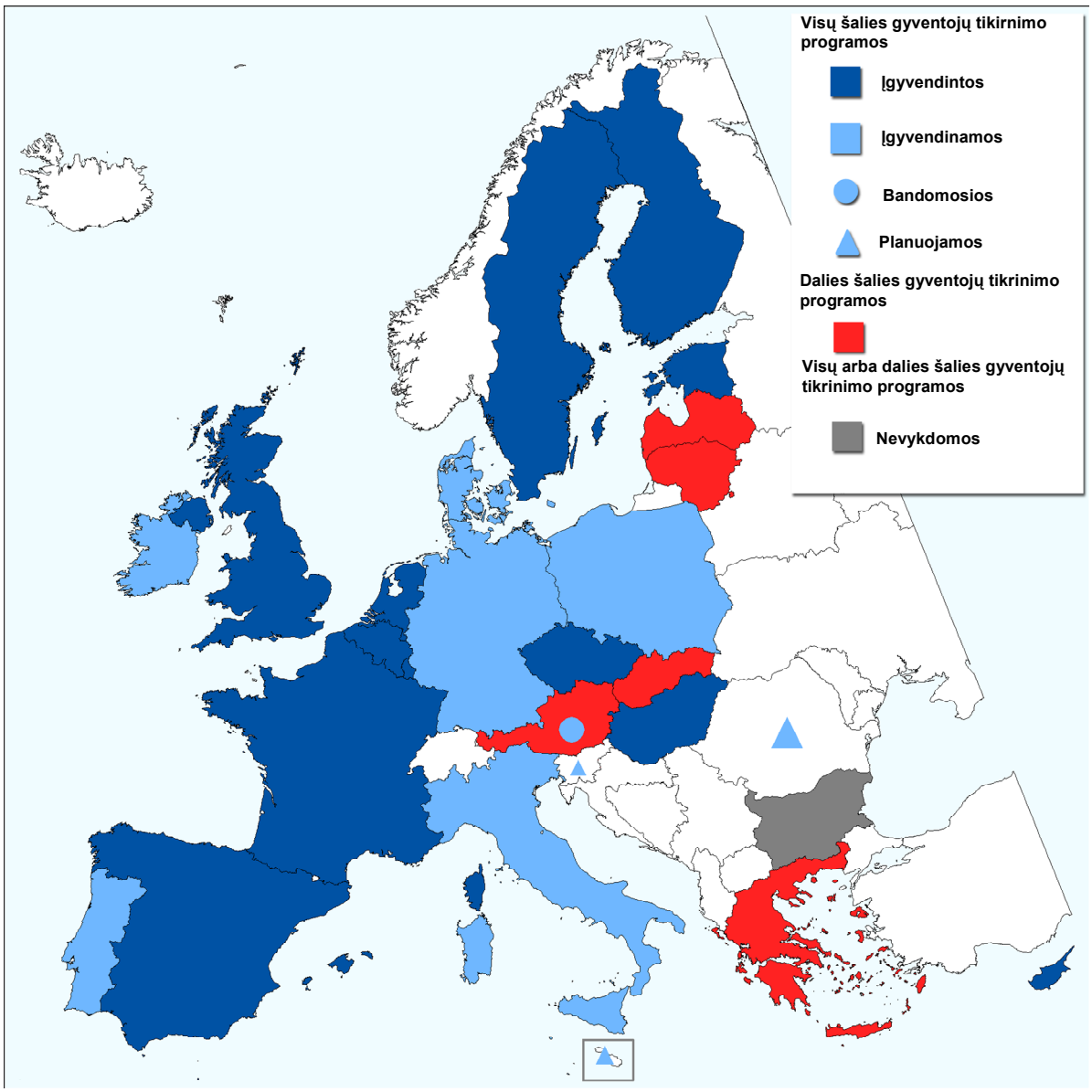
[12] Kaip įprasta, sergamumo ir mirtingumo koeficientai šioje ataskaitoje nurodyti 100 000 gyventojų.

2. REZULTATAI

2.1. Rezultatų apžvalga

Toliau pateiktuose žemėlapiuose parodyta dabartinė visų gyventojų atrankinės patikros programų aprėptis ES.

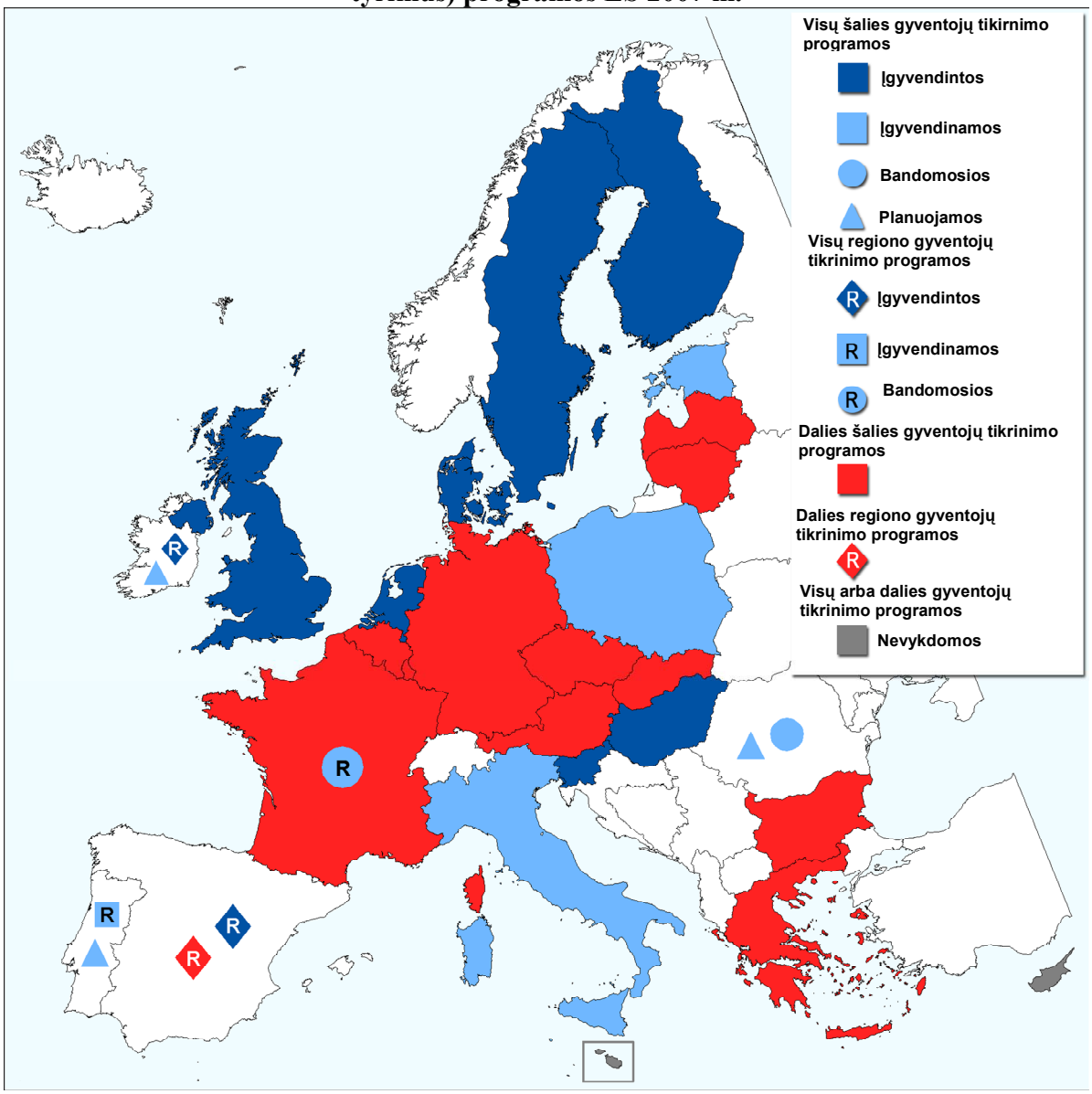
Krūties vėžio atrankinės patikros (atliekant mamografijos tyrimus) programos ES 2007 m.



2 pav. Krūties vėžio atrankinės patikros programos Europos Sąjungoje 2007 m. pagal programos tipus (visų gyventojų tikrinimo, dalies gyventojų tikrinimo programos, nevykdomos programos) ir įgyvendinimo padėtį šalyje (visų gyventojų tikrinimo: šalies ar regiono mastu, įgyvendintos ar įgyvendinamos, bandomosios ir (arba) planuojamos programos, dalies gyventojų tikrinimo: šalies ar regiono mastu). Nurodytose programose naudojamas 2003 m. Europos Sąjungos Tarybos rekomenduotas atrankinės patikros tyrimas (mamografija).

Šaltinis – ECN[9]

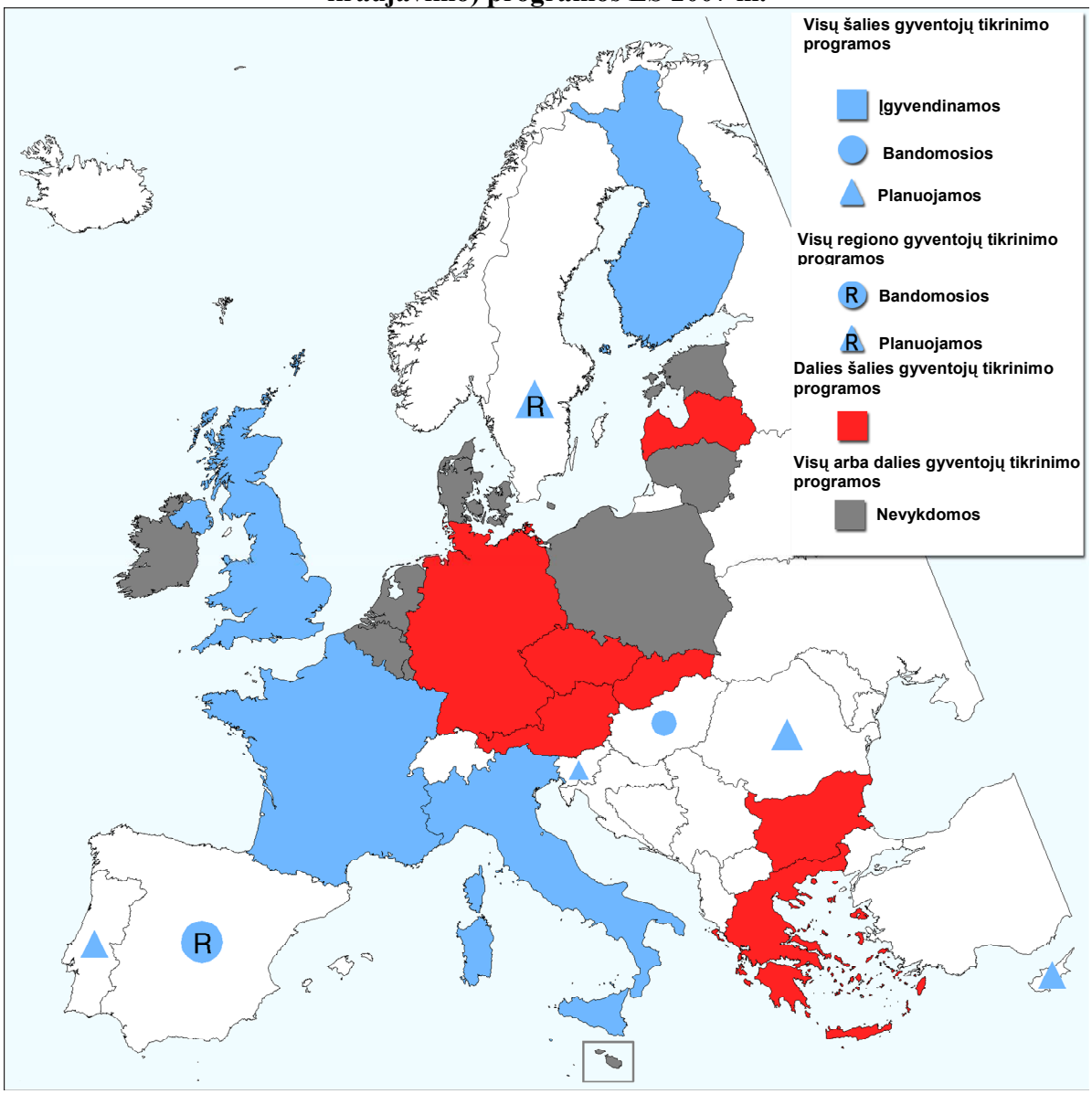
Gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros (atliekant gimdos kaklelio citologinius tyrimus) programos ES 2007 m.



3 pav. Gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros programos Europos Sąjungoje 2007 m. pagal programos tipus (visų gyventojų tikrinimo, dalies gyventojų tikrinimo programos, nevykdomos programos) ir įgyvendinimo padėtį šalyje (visų gyventojų tikrinimo: šalies ar regiono mastu, įgyvendintos ar įgyvendinamos, bandomosios ir (arba) planuojamos programos, dalies gyventojų tikrinimo: šalies ar regiono mastu). Nurodytose programose naudojamas 2003 m. Europos Sąjungos Tarybos rekomenduotas atrankinės patikros tyrimas (PAP tepinėlis).

Šaltinis – ECN[9]

Kolorektalinio vėžio atrankinės patikros (atliekant išmatų tyrimus dėl slapto kraujavimo) programos ES 2007 m.



4 pav. Kolorektalinio vėžio atrankinės patikros programos Europos Sąjungoje 2007 m. pagal programos tipus (visų gyventojų tikrinimo, dalies gyventojų tikrinimo programos, nevykdomos programos) ir įgyvendinimo padėtį šalyje (visų gyventojų tikrinimo: šalies ar regiono mastu, įgyvendintos ar įgyvendinamos, bandomosios ir (arba) planuojamos programos, dalies gyventojų tikrinimo: šalies ar regiono mastu. Nurodytose programose naudojamas 2003 m. Europos Sąjungos Tarybos rekomenduotas atrankinės patikros tyrimas (išmatų tyrimas dėl slapto kraujavimo (angl.– FOBT)).

Šaltinis – ECN[9]

Kaip matyti iš trijų pateiktų žemėlapių, nors padaryta nemenka pažanga, reikės dar daug nuveikti, nes:

- Visų gyventojų krūties vėžio atrankinės patikros programos yra vykdomos ar kuriamos tik 22 valstybėse narėse;
- Gimdos kaklelio vėžio – tik 15 valstybių narių;
- Kolorektalinio vėžio – tik 12 valstybių narių.

Dabar per metus ES atliekama daug atrankinės patikros tyrimų, tačiau tai nesudaro nė pusės mažiausio skaičiaus tyrimų, kuriuos reikėtų atlikti per metus, jei Tarybos rekomendacijoje dėl vėžio atrankinės patikros apibrėžtuose atrankinės patikros tyrimuose galėtų dalyvauti visi atitinkamo amžiaus ES gyventojai (apytiksliai 125 mln. tyrimų per metus). Be to, pagal visų gyventojų tikrinimo programas, kuriomis sudaromos sąlygos diegti organizacinę išsamaus kokybės užtikrinimo sistemą, kaip numatyta Tarybos rekomendacijoje, atliekama mažiau nei pusė dabartinių tyrimų (41 proc.).

2.2. Tarybos rekomendacijos įgyvendinimas valstybėse narėse

2.2.1. Vėžio atrankinės patikros programų įgyvendinimas

Pirmajame Tarybos rekomendacijos skirsnyje nurodomos apsaugos priemonės, techniniai, etikos ir teisiniai standartai, kurių būtina laikytis valstybėse narėse įgyvendinant atrankinės patikros programas. Šį skirsnį sudaro aštuonios rekomendacijos, kuriomis užtikrinama, kad atrankinės patikros programos būtų įgyvendinamos remiantis tiksliais įrodymais, būtų vadovaujamasi geriausios patirties gairėmis, būtų laikomasi etikos standartų informuojant apie naudą ir riziką, o jei per patikrą nustatoma pakitimų, būtų sudarytos sąlygos imtis atitinkamų tolimesnių priemonių ir – tai nemažiau svarbu – kad būtų užtikrintas būtinas duomenų apsaugos lygis. Daugumos šių konkrečiai su atrankinės patikros programų įtvirtinimu susijusių aštuonių rekomendacijų laikosi, kaip pačios nurodė, ne mažiau kaip du trečdaliai valstybių narių (67 proc.).

2.2.2. Atrankinės patikros duomenų registravimas ir valdymas

Antrą skirsnį sudaro keturios rekomendacijos, kuriomis užtikrinama, kad tinkamai veiktų visos užtikrintos kokybės atrankinės patikros programos, kurioms reikalinga kvietimo ir (arba) pakartotinio kvietimo sistema ir visų atrankinės patikros tyrimų duomenų rinkimas, valdymas ir vertinimas.

Šių rekomendacijų laikosi labai didelė klausimyną pildžiusių valstybių narių dalis. Vykdydamos programas ir į patikras kviesdamos visus tikslinės grupės asmenis, 18 iš 22 (82 proc.) valstybių narių naudojasi centralizuotomis duomenų sistemomis ir kvietimo ir (arba) pakartotinio kvietimo sistemomis. 20 iš 22 (91 proc.) valstybių narių nurodo, kad renka, valdo ir vertina duomenis remdamosi ne tik atrankinės patikros rezultatais, bet ir asmenų, kurių atrankinės patikros rezultatai yra teigiami, vertinimu bei diagnozavimu. Nurodoma, kad taip pat griežtai laikomasi duomenų tvarkymo reikalavimų visapusiškai laikytis Europos duomenų apsaugos teisės aktų reikalavimų, ypač taikomų asmens sveikatos duomenims prieš įgyvendinant vėžio atrankinės patikros programas.

2.2.3. Stebėsena

Trečią skirsnį sudaro trys rekomendacijos, kuriomis siekiama nuolat stebint atrankinės patikros programas sukurti būtiną kokybės užtikrinimo pagrindą.

Nors dauguma valstybių narių nurodo, kad laikosi dviejų iš trijų specifinių šio skirsnio punktų, kuriuose kalbama apie atrankinės patikros programų stebėseną, šių punktų, palyginti su daugelio kitų skirsnių (išskyrus 6 skirsnį) punktais, reikalavimų laikomasi ne taip griežtai.

Atsižvelgiant į Tarybos rekomendacijos 3 skirsnio a punktą, tik 55 proc. klausimyną pildžiusių valstybių narių nurodo nuolat stebinčios organizuotos atrankinės patikros eigą ir rezultatus atlikdamos nepriklausomą tikrinimą, o 59 proc. nurodo, kad patikros rezultatus nedelsiant skelbia visuomenei ir atrankinės patikros darbuotojams. Palyginti nedidelis klausimyną pildžiusių valstybių narių, šiuo būdu stebinčių patikrą, skaičius rodo, kad atitinkamus ES apklausos klausimus tik ribotai galima taikyti toms valstybėms narėms, kuriose visų gyventojų vėžio atrankinės patikros programos dar nepradėtos taikyti. Reikės toliau analizuoti, kodėl tiek nedaug valstybių narių (45 proc.) nurodo, kad atrankinės patikros programas stebi nacionaliniai vėžio registrai.

2.2.4. Mokymas

Ketvirtą skirsnį sudaro viena rekomendacija, kuria pabrėžiama su atrankinės patikros programomis susijusių visuomenės sveikatos specialistų mokymo svarba.

Nurodoma labai didelė atitiktis Tarybos rekomendacijos ketvirtame skirsnyje nurodytoms rekomendacijoms. 20 iš 22 (91 proc.) valstybių narių nurodo, kad visų lygių atrankinės patikros programos darbuotojai yra tinkamai parengti ir gali užtikrinti aukštos kokybės atrankinę patikrą.

2.2.5. Atitiktis reikalavimams

Penktą skirsnį sudaro dvi rekomendacijos, kuriose nurodoma, kaip, atsižvelgiant į visuomenę, geriau atitikti reikalavimus bei kokių specialių veiksmų imtis, siekiant užtikrinti tam tikrų pažeidžiamų socialinių ekonominių visuomenės grupių lygias galimybes.

Didelė valstybių narių dalis nurodo, kad laikosi šių rekomendacijų. 20 iš 22 (91 proc.) valstybių narių nurodo, kad rengdamos organizuotą atrankinę patikrą ir atrinkdamos gyventojus siekia didelio atitikties reikalavimams masto. 18 iš 22 (82 proc.) valstybių narių nurodo, kad imamasi veiksmų siekiant užtikrinti vienodas galimybes dalyvauti atrankinėje patikroje ir tinkamai atsižvelgiama į poreikį orientuotis į tam tikras socialines ir ekonomines grupes.

2.2.6. Naujų atrankinės patikros tyrimų metodų taikymas

Šeštą skirsnį sudaro penkios rekomendacijos, kuriose nurodoma, kaip panaudoti ir pritaikyti naujus atrankinės patikros metodus dviem skirtingais atvejais: naujų atrankinės patikros tyrimų atveju ir Tarybos rekomendacijos dėl vėžio atrankinės patikros priede išvardytų rekomenduojamų atrankinės patikros tyrimų pakeitimų ar patobulinimų atveju.

Maždaug 11 iš 22 (50 proc.) valstybių narių nurodo, kad laikosi atitinkamų Tarybos rekomendacijos šešto skirsnio punktų, susijusių su naujų atrankinės patikros tyrimų metodų taikymu, atsižvelgdamos į tarptautinių mokslinių tyrimų rezultatus.

3. IŠVADOS

Praėjus ketveriems metams nuo Europos Sąjungos Ministrų Tarybos priimtos rekomendacijos dėl vėžio atrankinės patikros, dauguma valstybių narių ja vadovaujasi ir ketina imtis tolesnių veiksmų tose srityse, kuriose rekomendacija dar neįgyvendinta. Taigi, kai buvo suformuluoti bendri Europos masto sveikatos politikos prioritetai ir principai, valstybės narės ėmėsi veiksmų, kad juos įgyvendintų.

Tačiau nors įdėta nemažai pastangų, rekomendacijos įgyvendinimas visoje ES dar tik įpusėjo. Iš tikrųjų atrankinėje patikroje dalyvauja šiek tiek mažiau nei pusė tų gyventojų, kurie turėtų pagal rekomendaciją, ir mažiau nei pusė šių tyrimų atliekami pagal atrankinės patikros programas, atitinkančias rekomendacijos sąlygas.

Tai rodo, kad siekdamos įgyvendinti ar tobulinti visų gyventojų atrankinės patikros programas valstybės narės turi dėti daugiau pastangų, labiau bendradarbiauti tarpusavyje, joms turi būti teikiama profesionalų, organizacijų ir mokslininkų parama. Tikėtina, kad tokia parama ir papildomos pastangos tobulinti ir išlaikyti gerą atrankinės patikros programų lygį gali suteikti daug papildomos naudos.

Parama įgyvendinant rekomendaciją teikiama ir toliau. Pavyzdžiui, Europos vėžio atrankinės patikros kokybės užtikrinimo gairėmis grindžiamų atrankinės patikros akreditavimo ir (arba) sertifikavimo schemų[13] kūrimas ir bandymas visoje ES suteiktų programų įgyvendintojams galimybių sutelkti pastangas siekti ES standartų. Savo ruožtu valstybės narės galėtų realizuoti visas gyventojų atrankinės patikros galimybes ir sumažinti vėžio naštą visuomenei.

Nors dabartinis veiklos mastas gerokai mažesnis, nei galima tikėtis ateityje, žmogiškųjų ir finansinių išteklių sąnaudos jau yra didelės. Dėl to reikalingos darnios Bendrijos ir valstybių narių pastangos, kad atsižvelgiant į naujausius mokslo laimėjimus būtų nustatytos atitinkamos ir veiksmingos dabartinės ir būsimos atrankinės patikros kokybės, veiksmingumo ir rentabilumo užtikrinimo priemonės. Nuolatiniai nuoseklūs tyrimai, stebėsena, vertinimas ir vėžio atrankinės patikros programų įgyvendinimo visoje ES ataskaitos padės ir toliau dalytis informacija apie sėkmingą įgyvendinimą bei padės nustatyti tobulintinas silpnąsias vietas.

Vėžys ir toliau yra viena iš didžiausių sveikatos problemų Europos Sąjungoje. Rekomendacija dėl vėžio atrankinės patikros – tai bendras visos ES įsipareigojimas imtis praktinių priemonių iš tikrųjų mažinti šią naštą pavienių piliečių ir jų šeimų bei visuomenės naudai. Iš ataskaitos matyti, kad taikyti šias atrankinės patikros priemones – nelengva užduotis ir reiks įdėti daugiau pastangų, kad rekomendacija būtų galutinai įgyvendinta.

---

[13] 2008 m. liepos 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 765/2008, nustatantis su gaminių prekyba susijusius akreditavimo ir rinkos priežiūros reikalavimus ir panaikinantis Reglamentą (EEB) Nr. 339/93. 2008 8 13, OL L 218, p. 30–47.

Šios pastangos nukreiptos tik į vieną kovos su vėžiu veiksmų aspektą. Bendrijos ir valstybių narių lygmens veiksmais, kuriais siekiama atidžiau stebėti vėžį ir nuo jo apsisaugoti, galima padėti sumažinti šia liga sergančių asmenų skaičių, geriausios gydymo patirties taikymas ir Europos masto bendradarbiavimas vėžio tyrimų srityje gali užtikrinti geresnius vėžiu sergančių žmonių gydymo rezultatus. Be to, Komisija svarstys, kokią tolimesnę paramą galima būtų teikti valstybėms narėms, ateityje sprendžiant vėžio keliamas specifines problemas.

2009 m. Komisija ketina užmegzti kovos su vėžiu veiksmų partnerystę. Tikimasi, kad ši partnerystė padės įgyvendinti visos ES įsipareigojimus imtis konkrečių vėžio prevencijos ir kontrolės veiksmų ir taip sumažins kovos su vėžiu skirtumus. Partneryste bus siekiama remti valstybes nares pateikiant pavyzdį, kaip nustatyti ir dalytis vėžio prevencijos ir kontrolės informacija, patirtimi ir tiriamaisiais duomenimis, ir raginant svarbias Europos Sąjungos suinteresuotąsias šalis drauge dėti pastangas sumažinti vėžio keliamas sveikatos problemas.