EIROPAS KOPIENU KOMISIJA

Briselē, 22.12.2008
COM(2008) 882 galīgā redakcija

KOMISIJAS ZIŅOJUMS PADOMEI, EIROPAS PARLAMENTAM, EIROPAS EKONOMIKAS UN SOCIĀLO LIETU KOMITEJAI UN REĢIONU KOMITEJAI

Padomes 2003. gada 2. decembra rekomendācijas par vēža skrīningu īstenošana (2003/878/EK)

1. PRIEKŠVĀRDS

1.1. Ievads

Eiropas Savienības veselības ministri 2003. gada 2. decembrī vienbalsīgi pieņēma rekomendāciju par vēža skrīningu[1]. Eiropas Savienības Padomes rekomendācijā par vēža skrīningu ir atzīts vēža izraisītā sloga nozīmīgums Eiropas iedzīvotājiem un pierādījumi par krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža skrīninga iedarbīgumu saslimstības izraisītā sloga mazināšanā.

Padomes rekomendācijā ir izklāstīti labākās prakses pamatprincipi vēža agrīnā atklāšanā un aicinājums dalībvalstīm kopīgi rīkoties, lai īstenotu valsts vēža skrīninga programmas, kas balstītas uz iedzīvotāju iesaistīšanu un pienācīgas kvalitātes nodrošināšanu visos līmeņos, ņemot vērā Eiropas kvalitātes nodrošināšanas pamatnostādnes attiecībā uz vēža skrīningu, ja tādas pastāv. Komisija nesen ir publicējusi atjauninātas un paplašinātas ES pamatnostādnes par krūts[2] un dzemdes kakla[3] vēža skrīningu; pašlaik tiek sagatavotas visaptverošas Eiropas pamatnostādnes par kvalitātes nodrošināšanu attiecībā uz kolorektālā vēža skrīningu.

Jaunu pamatnostādņu par vēža skrīningu izstrāde kā līdzeklis labas veselības veicināšanai Eiropā, kuras iedzīvotāji noveco, ir uzsvērta arī ES Veselības stratēģijā[4]. Rezolūcijās, kas pieņemtas 2003.[5], 2006.[6] un 2008.[7] gadā, rekomendācijas īstenošanu ir atbalstījis arī Eiropas Parlaments.

Rekomendācijā Eiropas Komisija ir aicināta ziņot par vēža skrīninga programmu īstenošanu, apsvērt, kādā mērā ierosinātie pasākumi darbojas efektīvi, kā arī apsvērt turpmākas rīcības nepieciešamību. Šis ir pirmais šāds ziņojums.

1.2. Ziņojuma pamats

Šā ziņojuma sagatavošanas gaitā Komisija aicināja dalībvalstis sniegt atbildes rakstiskā aptaujā 2007. gada otrajā pusē. Līdz 2008. gada maijam atbildes uz anketas jautājumiem sniedza 22 no 27 dalībvalstīm (82 %) (Apvienotā Karaliste, Austrija, Beļģija, Čehija, Francija, Grieķija, Igaunija, Itālija, Kipra, Latvija, Lietuva, Luksemburga, Malta, Nīderlande, Polija, Portugāle, Slovākija, Slovēnija, Spānija, Ungārija, Vācija, Zviedrija).

---

1 Padomes 2003. gada 2. decembra rekomendācija par vēža skrīningu (2003/878/EK); OV L 327/34-38.

2 ES pamatnostādnes par kvalitātes nodrošināšanu krūts vēža skrīningā un diagnosticēšanā – 4. izdevums, Luksemburga; Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs; ISBN: 92–79–01258–4, kataloga numurs: ND-73–06–954-EN-C © Eiropas Kopienas, 2006. gads.

3 ES pamatnostādnes par kvalitātes nodrošināšanu dzemdes kakla vēža skrīningā – 2. izdevums, Luksemburga; Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs; ISBN 978-92-79-07698-5, kataloga numurs: ND-70-07-117-EN-C © Eiropas Kopienas, 2008. gads.

4 Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008. – 2013. gadam, COM(2007) 630 galīgā redakcija 23.10.2007.

5 Eiropas Parlamenta 2003. gada 5. jūnija rezolūcija par krūts vēzi Eiropas Savienībā (P5_TA(2003)0270); OV C 68 E, 18.3.2004., 611. lpp.

6 Eiropas Parlamenta 2006. gada 25. oktobra rezolūcija par jautājumiem, kas saistīti ar krūts vēzi paplašinātajā Eiropas Savienībā (P6_TA(2006)0449 B6-0528/2006); OV C 313 E, 20.12.2006., 273.lpp.

7 Eiropas Parlamenta 2008. gada 10. aprīļa rezolūcija par cīņu pret vēzi paplašinātajā Eiropas Savienībā (P6_TA(2008)0121).

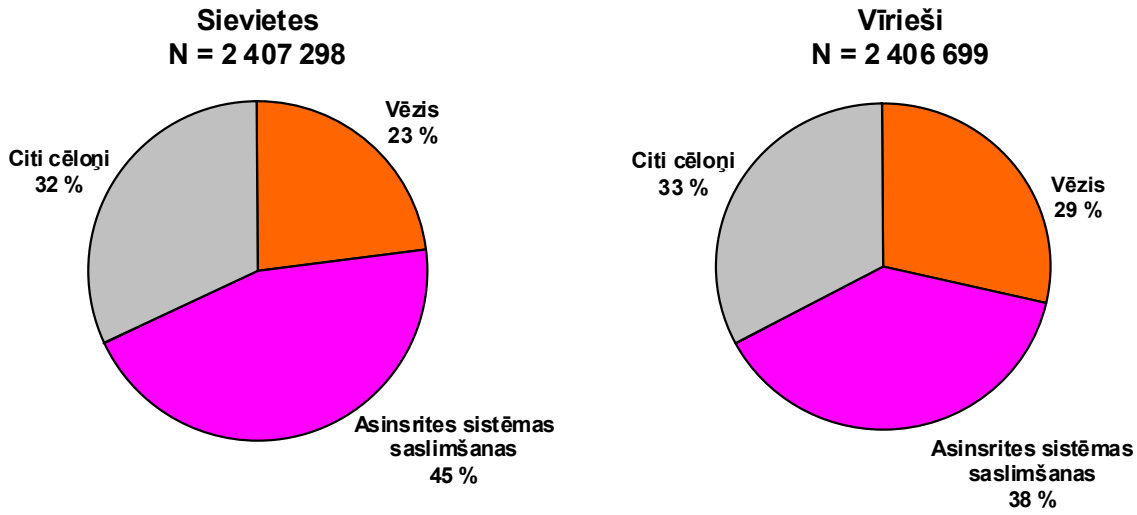
Šo aptauju papildināja ar informāciju, kas iegūta divos notiekošos Eiropas projektos, ko atbalsta ES Sabiedrības veselības programma (2003-2008[8]) un kas nodarbojas ar vēža skrīninga monitoringu, izvērtēšanu un kvalitātes nodrošināšanu: Eiropas Vēža tīkls (*ECN*) un Eiropas Vēža informācijas tīkls (*EUNICE*).

Iedzīvotāju statistikas dati tika iegūti no Eiropas statistikas sistēmas un no dalībvalstu avotiem, ja tajos bija pieejami jaunāki dati. Sākotnējie pētījuma rezultāti tika apspriesti ar veselības ministriem neformālajā veselības padomē Slovēnijas prezidentūras laikā 2008. gada aprīlī, un pēc tam vairākas dalībvalstis iesniedza papildu informāciju. Tas ir ļāvis iesniegt ziņojumu par programmas īstenošanas statusu visām 27 dalībvalstīm. Atsevišķi ir publicēti sīkāki pētījuma rezultāti, ko apkopojis un analizējis Eiropas Vēža tīkls (*ECN* ziņojums[9]).

1.3. Relatīvais vēža izraisītais slogs kā daļa no saslimstības izraisītā vispārējā sloga

Pēc asinsrites sistēmas slimībām vēzis bija otrais izplatītākais nāves cēlonis Eiropas Savienībā 2006. gadā, tas ir bijis cēlonis divos no desmit nāves gadījumiem sievietēm jeb kopā 554 000 sieviešu nāves gadījumos un trijos no desmit nāves gadījumiem vīriešiem jeb kopā 698 000 vīriešu nāves gadījumos (1.a attēls). Ņemot vērā iedzīvotāju novecošanos, paredzams, ka katru gadu šis skaits palielināsies, ja EK un dalībvalstis neveiks preventīvos pasākumus.

1.a attēls. Kopējais nāves gadījumu skaits ES 2006. gadā un divu galveno nāves cēloņu īpatsvars



Avots: EK STATISTIKAS BIROJS, 2006. g.

Attiecībā uz saslimstību ar vēzi katru gadu vēzis tiek diagnosticēts 3,2 miljoniem eiropiešu, un lielākā daļa no viņiem slimo ar krūts, kolorektālo vai plaušu vēzi. Taču

---

8 Eiropas Parlamenta un Padomes 2002. gada 23. septembra Lēmums Nr. 1786/2002/EK par Kopienas rīcības programmas pieņemšanu sabiedrības veselības aizsardzības jomā (2003-2008); OV L 271/1-11, 9.10.2002.

9 Pirmais Eiropas Vēža tīkla un Eiropas Vēža informācijas tīkla ziņojums saistībā ar Padomes rekomendācijas par vēža skrīningu īstenošanu, Luksemburga (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

vēža izraisītais slogs Eiropas Savienības teritorijā ir nevienmērīgs (sīkāku informāciju skatīt 1. punkta 5. apakšpunktā)[10].

Kā norāda vēža izraisītās mirstības rādītāju atšķirības dalībvalstīs, Kopienas ietvaros ir milzīgas iespējas samazināt vēža izraisītās mirstības līmeni, izmantojot informācijas apmaiņu un vēža profilakses un kontroles pasākumu labākās prakses apmaiņu ES līmenī. Sadarbība ES mērogā var sniegt nozīmīgu pievienoto vērtību, kas atbilstoši programmai "Eiropa pret vēzi" tiek veidota kopš 1987. gada, jo īpaši vēža skrīninga jomā.

1.4. Krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža izraisītais īpašais slogs

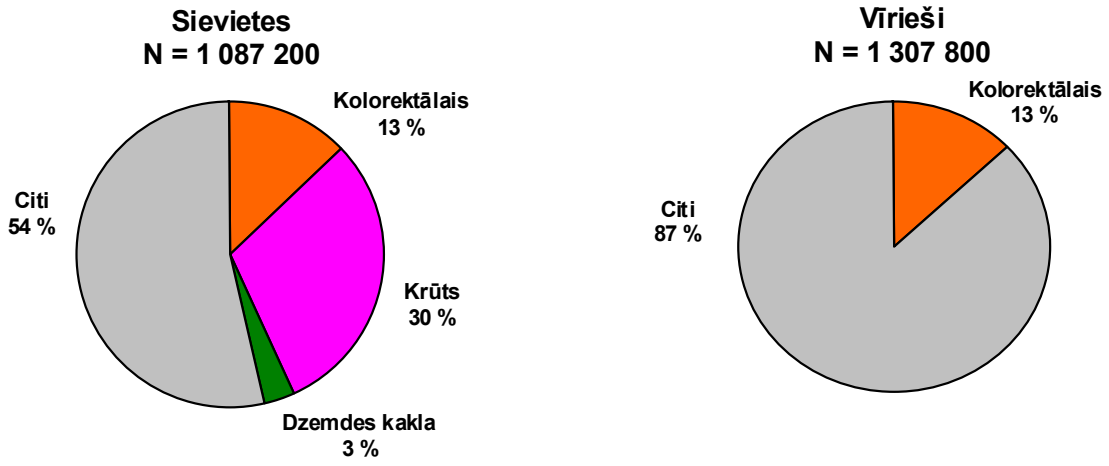
Krūts, dzemdes kakla un kolorektālais vēzis ir lielākais ciešanu un nāves cēlonis Eiropas Savienības dalībvalstīs[10]. Atbilstoši Starptautiskās vēža izpētes aģentūras (*IARC*) veiktajiem aprēķiniem par saslimstību ar vēzi un vēža izraisīto mirstību 2006. gadā ES sievietēm tika atklāti 331 000 jauni krūts vēža gadījumi un konstatēti 90 000 krūts vēža izraisīti nāves gadījumi, 36 500 jauni dzemdes kakla vēža gadījumi un konstatēti 15 000 dzemdes kakla vēža izraisīti nāves gadījumi[11]. Aprēķināts, ka tajā pašā laika periodā jaunu kolorektālā vēža gadījumu skaits bija 140 000 sievietēm un 170 000 vīriešiem. Tiek lēsts, ka Eiropas Savienībā kolorektālais vēzis izraisījis 68 000 sieviešu un 78 000 vīriešu nāvi. Kopā slimības gadījumu skaits ar šiem vēža veidiem atbilst gandrīz katram otrajam (47 %) no jauniem slimības gadījumiem, un šie vēža veidi ir bijuši nāves cēlonis vienā no trim (32 %) vēža izraisītas nāves gadījumiem sievietēm. Vīriešiem kolorektālais vēzis pašlaik tiek diagnosticēts vienā no astoņiem (13 %) jauniem slimības gadījumiem un izraisījis nāvi vienā no deviņiem (11 %) vēža izraisītiem nāves gadījumiem (1.b un 1.c attēls).

---

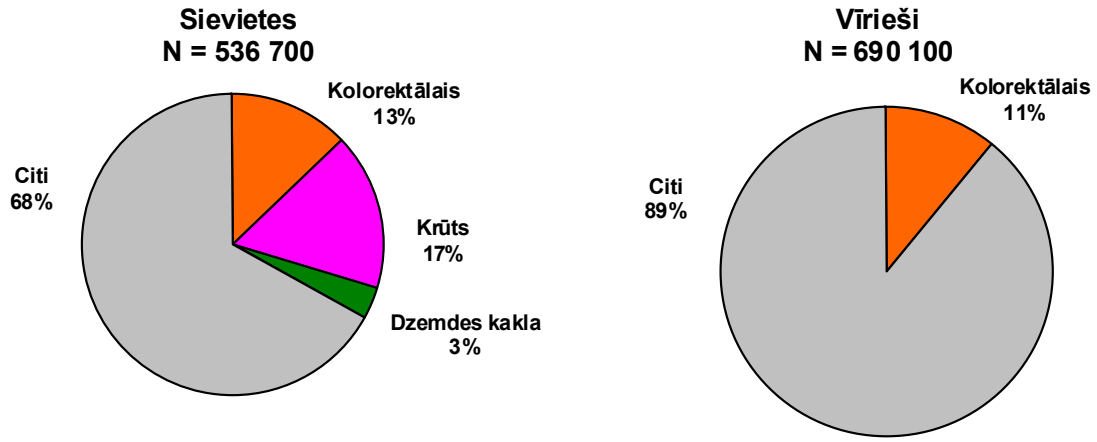
10 *Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P* (2007) Aprēķini par saslimstību ar vēzi un vēža izraistītu mirstību Eiropā 2006. gadā. *Ann Oncol* 18**:** 581-592.

11 *IARC* veiktajās aplēsēs par mirstību no dzemdes kakla vēža ietverti arī tie nāves gadījumi, kas attiecināti uz "neprecizētu dzemdes vēzi".

1.b attēls. Kopējais vēža gadījumu skaits ES 2006. gadā un krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža īpatsvars[9,10]



1.c attēls. Kopējais vēža izraisītu nāves gadījumu skaits ES 2006. gadā un krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža izraisītu nāves gadījumu īpatsvars. Noapaļošanas dēļ procentuālās daļas attiecībā uz sievietēm neatbilst kopējai summai[9,10]



1.5. Vēža rādītāju atšķirības ES 27 dalībvalstīs[10]

Saslimstība ar šiem vēža veidiem un to izraisītās mirstība rādītāji ES ļoti stipri atšķiras, atspoguļojot būtisku veselības slogu dažādās dalībvalstīs.

Saskaņā ar *IARC* aprēķiniem augstākais krūts vēža saslimstības rādītājs ir 137,8[12] Beļģijā, kur mirstības rādītājs ir 33,5, bet augstākais mirstības rādītājs ir 34,5 Dānijā, kur saslimstība ir 122,6. Zemākais aplēstais krūts vēža saslimstības rādītājs ir 61,2 Rumānijā, kur mirstības rādītājs ir 23,9, bet zemākais mirstības rādītājs ir 19,2 Spānijā, kur saslimstība ir 93,6.

Slimības izraisītais slogs ir īpaši nevienmērīgi izplatīts dzemdes kakla vēža gadījumā. Attiecībā uz dzemdes kakla vēzi *IARC* aprēķini liecina, ka augstākā saslimstība ir 24,5 Rumānijā, kur ir augstākais mirstības rādītājs 17,0. Zemākā saslimstība ir 4,9 Somijā, un vienlaicīgi Somijā ir novērojams arī zemākais mirstības rādītājs 1,6. Dzemdes kakla vēža saslimstība un tā izraisītu nāves gadījumu īpatsvars ir ievērojami lielāks visās (izņemot vienu) dalībvalstīs, kas pievienojās ES 2004. un 2007. gadā.

Attiecībā uz kolorektālo vēzi augstākā saslimstība ir 106,0 Ungārijā, kur turklāt ir vērojams arī augstākais mirstības rādītājs 54,4. Zemākais saslimstības ar kolorektālo vēzi rādītājs ir 31,0 Grieķijā, kur ir vērojams arī zemākais mirstības rādītājs 15,5.

---

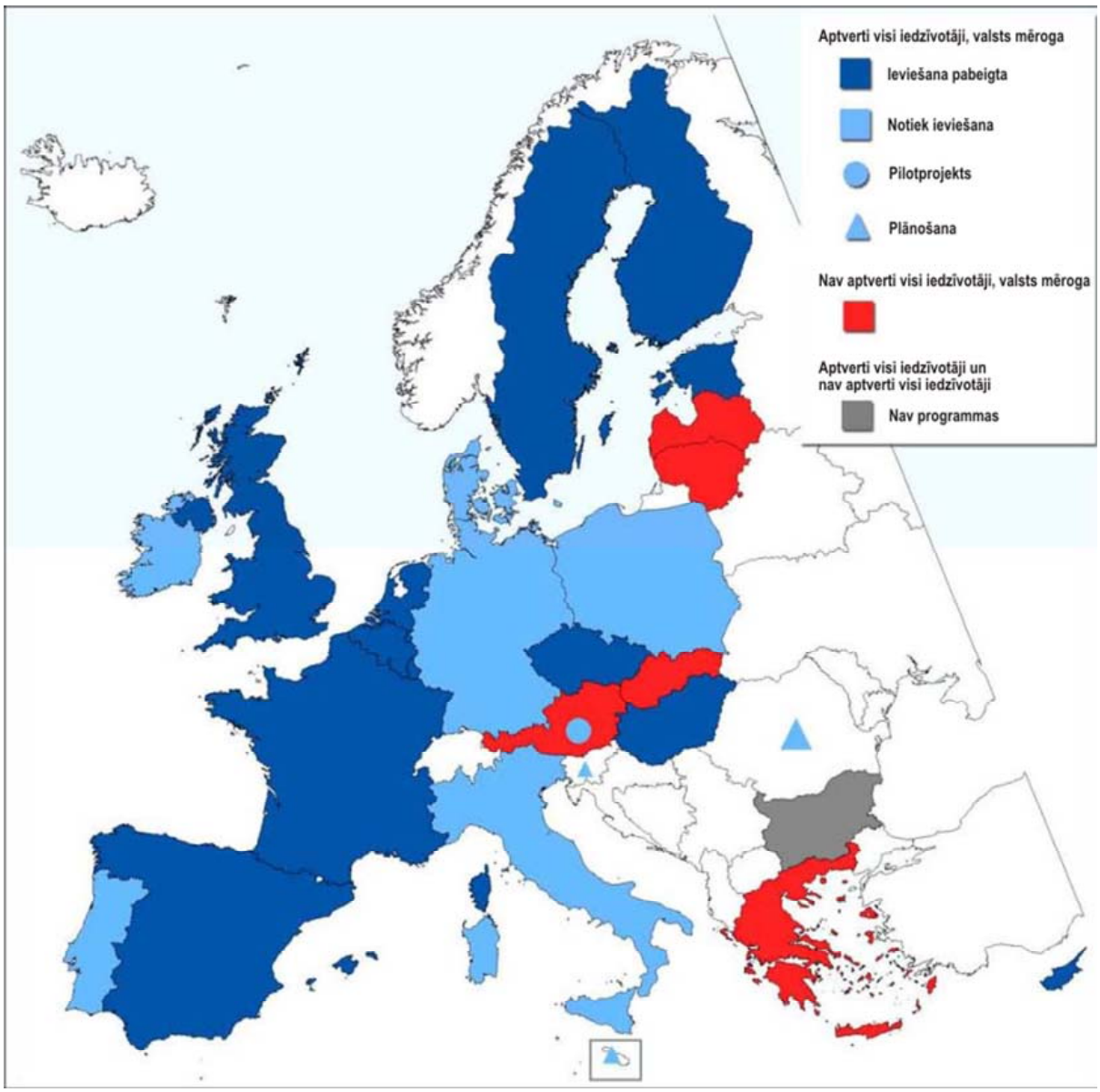
[12] Ievērojot standarta praksi, saslimstība un mirstības rādītāji šajā ziņojumā ir aprēķināti uz 100 000 iedzīvotāju.

2. REZULTĀTI

2.1. Rezultātu pārskats

Kartēs attēlots patreizējais visus iedzīvotājus aptverošo skrīninga programmu pārklājums ES teritorijā.

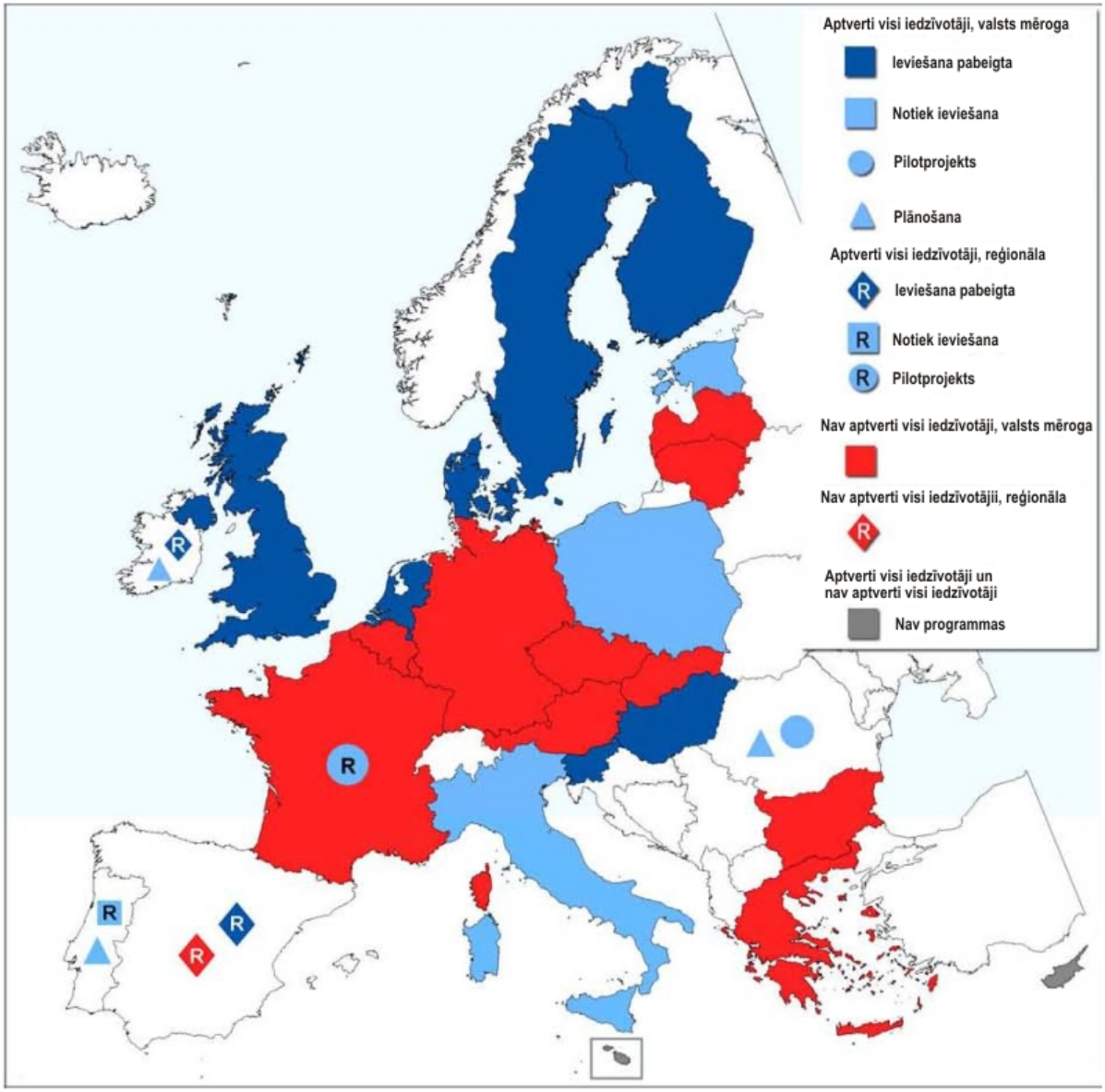
Uz mammogrāfiju balstītu krūts vēža skrīninga programmu pārklājums ES 2007. gadā



2. attēls. Krūts vēža skrīninga programmas Eiropas Savienībā 2007. gadā pēc programmas veida (aptverti visi iedzīvotāji; nav aptverti visi iedzīvotāji; nav programmas) un īstenošanas statusa pa valstīm (aptverti visi iedzīvotāji: valsts vai reģionāla, ieviešana pabeigta vai notiek, pilotprojekts un/vai plānošana; nav aptverti visi iedzīvotāji: valsts vai reģionāla). Attēlotās programmas izmanto skrīninga testu (mammogrāfiju), ko 2003. gadā ieteikusi Eiropas Savienības Padome[1].

Avots: *ECN*[9]

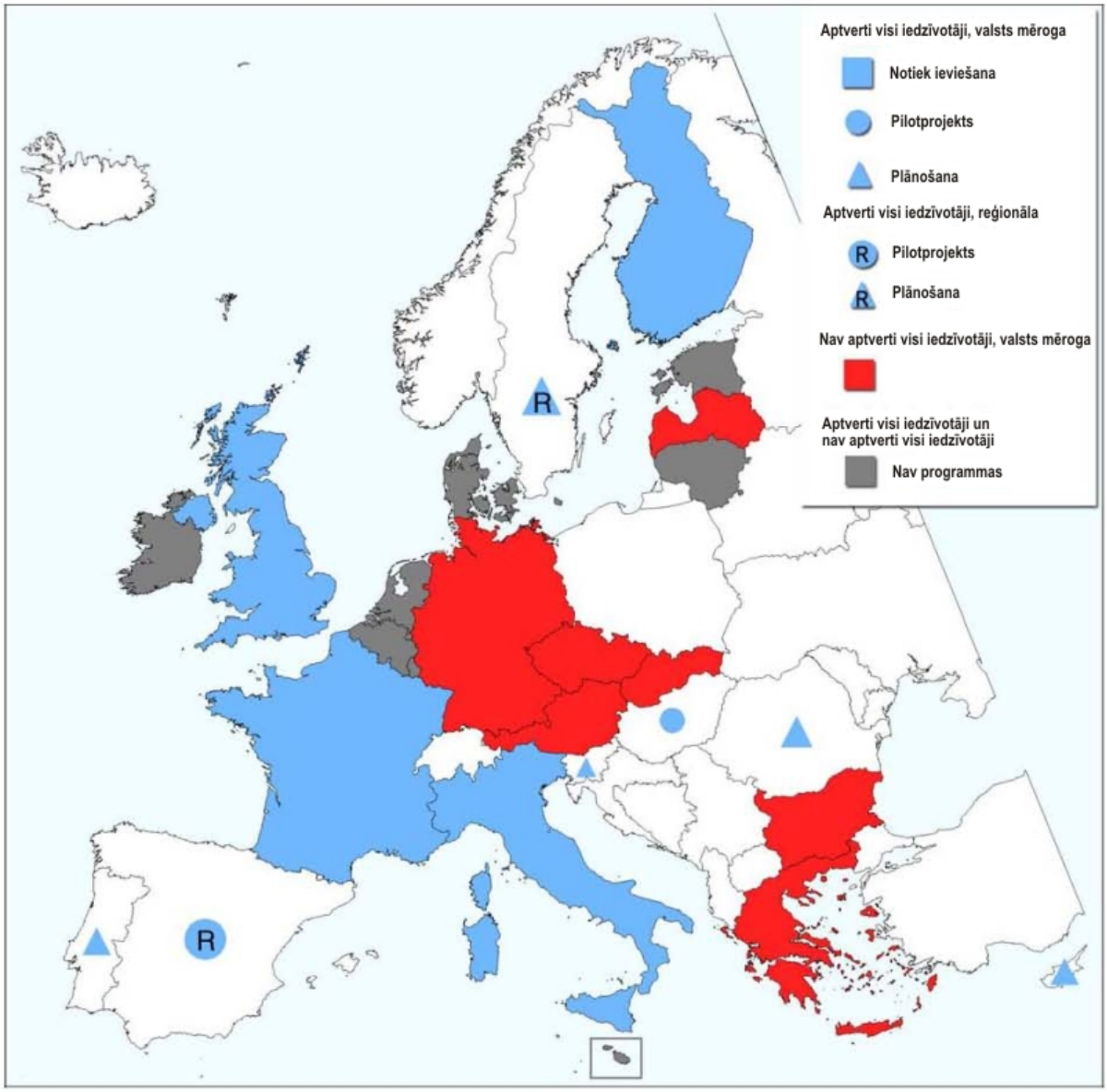
Uz dzemdes kakla citoloģisko analīzi balstītu dzemdes kakla skrīninga programmu pārklājums ES 2007. gadā



3. attēls. Dzemdes kakla vēža skrīninga programmas Eiropas Savienībā 2007. gadā pēc programmas veida (aptverti visi iedzīvotāji; nav aptverti visi iedzīvotāji; nav programmas) un īstenošanas statusa pa valstīm (aptverti visi iedzīvotāji: valsts vai reģionāla, ieviešana pabeigta vai notiek, pilotprojekts un/vai plānošana; nav aptverti visi iedzīvotāji: valsts vai reģionāla). Attēlotās programmas izmanto skrīninga testu (*PAP* uztriepi), ko ieteikusi Eiropas Savienības Padome 2003. gadā[1].

Avots: *ECN*[9]

Uz slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs balstītu kolorektālā vēža skrīninga programmu pārklājums ES 2007. gadā



4. attēls. Kolorektālā vēža skrīninga programmas, kas balstītas uz *FOBT* (slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs), Eiropas Savienībā 2007. gadā pēc programmas veida (aptverti visi iedzīvotāji; nav aptverti visi iedzīvotāji; nav programmas) un īstenošanas statusa pa valstīm (aptverti visi iedzīvotāji: valsts vai reģionāla, ieviešana pabeigta vai notiek, pilotprojekts un/vai plānošana; nav aptverti visi iedzīvotāji: valsts vai reģionāla). Attēlotās programmas izmanto skrīninga testu, ko 2003. gadā ieteikusi Eiropas Savienības Padome[1].

Avots: *ECN*[9]

Kā redzams šajās trīs kartēs, lai gan ir panākts ievērojams progress, vēl ir daudz darāmā.

- Attiecībā uz krūts vēzi tikai 22 dalībvalstīs tiek realizētas un ieviestas visus iedzīvotājus aptverošas skrīninga programmas;
- Attiecībā uz dzemdes kakla vēzi tas notiek tikai 15 dalībvalstīs;
- Attiecībā uz kolorektālo vēzi tas notiek tikai 12 dalībvalstīs.

Līdzšinējais ES veikto skrīninga pārbaužu skaits gadā ir ievērojams, tomēr tas ir mazāks nekā puse no minimālā pārbaužu skaita gadā, kāds būtu jāveic, ja Padomes rekomendācijā minētās vēža skrīninga pārbaudes būtu pieejamas visiem ES iedzīvotājiem, kuri ir ieteicamajā vecumā (aptuveni 125 miljoni pārbaužu gadā). Turklāt mazāk nekā puse no patreizējā pārbaužu skaita (41 %) tiek veikti, īstenojot visus iedzīvotājus aptverošas programmas, kas veido organizatorisko struktūru visaptverošai kvalitātes nodrošināšanai atbilstoši Padomes rekomendācijai.

2.2. Padomes rekomendācijas īstenošana dalībvalstīs

2.2.1. Vēža skrīninga programmu īstenošana

Padomes rekomendācijas pirmajā daļā ir ietverti vairāki piesardzības pasākumi, tehniskie, ētiskie un juridiskie standarti, kas jāievēro, īstenojot skrīninga programmas dalībvalstīs. Tajā ir astoņas rekomendācijas, lai nodrošinātu striktu pierādījumu bāzi skrīninga programmu īstenošanai, ES pamatnostādņu par labas prakses piemēriem atzīšanu, ētisko standartu ievērošanu, sniedzot informāciju par ieguvumiem un riskiem, un lai varētu atbilstoši sekot visiem skrīninga laikā atklātajiem orgānu bojājumiem, kā arī nodrošinātu nepieciešamo datu aizsardzības līmeni. Tiek ziņots, ka lielākā daļa no minētajām astoņām rekomendācijām, kas īpaši vērstas uz skrīninga programmu izveidi, tiek ievērotas vismaz divās no katrām trim dalībvalstīm (67 %)**.**

2.2.2. Skrīninga datu reģistrēšana un pārvaldība

Otro daļu veido četras rekomendācijas, kas nodrošina pienācīgu visu skrīninga programmu ar kvalitātes garantiju pienācīgu funkcionēšanu, nosakot elektroniskas zvanīšanas/atzvanīšanas sistēmas prasību un visu skrīninga testu datu apkopošanu, pārvaldību un izvērtēšanu.

Tiek ziņots, ka šie aspekti tiek ievēroti ļoti lielā daļā atbildes sniegušo dalībvalstu. Astoņpadsmit no 22 dalībvalstīm (82 %) izmanto centralizētas datu sistēmas un zvanīšanas/atzvanīšanas sistēmas programmu īstenošanai un visu mērķa grupas personu uzaicināšanai. Divdesmit no 22 dalībvalstīm (91 %) ziņo, ka tiek apkopoti, pārvaldīti un izvērtēti dati ne tikai par skrīninga rezultātiem, bet arī par personu ar pozitīviem skrīninga rezultātiem novērtēšanu un par diagnosticēšanu. Saskaņā ar ziņojumiem pirms vēža skrīninga programmu īstenošanas tikpat liela atbilstība tiek nodrošināta attiecībā uz datu apstrādi pilnībā atbilstoši Eiropas datu aizsardzības tiesību aktiem, jo īpaši tāpēc, ka tas attiecas uz personas veselības datiem.

2.2.3. Monitorings

Trešajā daļā ir ietvertas trīs rekomendācijas, kuru mērķis ir izveidot nepieciešamo bāzi kvalitātes nodrošināšanai, izmantojot regulāru skrīninga programmu monitoringu.

Lai gan lielākā daļa dalībvalstu norāda, ka tās izpilda divus no trim specifiskajiem aspektiem šajā daļā saistībā ar skrīninga programmu monitoringu, atbilstības līmenis

ir bijis ievērojami zemāks nekā lielākajā daļā aspektu visās pārējās daļās (izņemot sesto daļu).

Attiecībā uz 3. punkta a) apakšpunktu Padomes rekomendācijā tikai 55 % no atbildes sniegušajām dalībvalstīm ziņo, ka organizētā skrīninga procesam un rezultātiem tiek veikts regulārs monitorings un tas tiek darīts, izmantojot neatkarīgu koleģiālo novērtēšanu, un 59 % norāda, ka rezultāti tiek ātri darīti zināmi sabiedrībai un skrīninga personālam. Zemāka to atbildes sniegušo dalībvalstu proporcija, kas veic šādu monitoringu, atspoguļo attiecīgo ES aptaujas jautājumu ierobežoto piemērojamību dalībvalstīs, kurās vēl nav sāktas visus iedzīvotājus aptverošas vēža skrīninga programmas. Salīdzinoši ļoti zemais to dalībvalstu īpatsvars, kuras ziņo, ka skrīninga programmu monitoringu veic valstu vēža reģistri (45 %), vēl būs jāpēta.

2.2.4. Mācības

Ceturtajā daļā ir viena rekomendācija, kas atspoguļo mācību nozīmīgumu visiem veselības aprūpes speciālistiem, kas iesaistīti skrīninga programmās.

Attiecībā uz Padomes rekomendācijas ceturto daļu par mācībām tiek ziņots par ļoti augstu atbilstības līmeni. Divdesmit no 22 dalībvalstīm (91 %) ziņo, ka skrīninga programmas personāls ir atbilstoši apmācīts visos līmeņos, lai nodrošinātu, ka viņi var veikt augstas kvalitātes skrīningu.

2.2.5. Atbilstība

Piektajā daļā ir ietvertas divas rekomendācijas, kuru mērķis ir garantēt augstu atbilstības līmeni attiecībā uz iedzīvotājiem, tostarp īpašas darbības, lai nodrošinātu vienlīdzīgu piekļuvi neaizsargātajām sociāli ekonomiskajām iedzīvotāju grupām.

Liela daļa dalībvalstu norāda, ka tās ievēro šīs rekomendācijas. Divdesmit no 22 dalībvalstīm (91 %) ziņo, ka tiek mēģināts nodrošināt augstu atbilstības līmeni attiecīgajā iedzīvotāju grupā, piedāvājot organizēto skrīningu. Astoņpadsmit no 22 dalībvalstīm (82 %) ziņo, ka tiek veiktas darbības, lai nodrošinātu vienlīdzīgu piekļuvi skrīningam, pienācīgi ņemot vērā iespējamo nepieciešamību koncentrēt uzmanību uz noteiktām sociāli ekonomiskajām grupām.

2.2.6. Jaunu skrīninga testu ieviešana

Sestajā daļā ir piecas rekomendācijas par to, kā darboties ar jaunām skrīninga metodēm un kā tās īstenot divās konkrētās situācijās: jaunu skrīninga testu gadījumā un attiecībā uz Padomes rekomendācijas par vēža skrīningu pielikumā uzskaitīto rekomendēto skrīninga testu variantiem un uzlabojumiem.

Aptuveni 11 no 22 dalībvalstīm (50 %) ziņo, ka tās ievēro attiecīgos Padomes rekomendācijas sestās daļas aspektus, kas attiecas uz jaunu skrīninga testu ieviešanu, ņemot vērā starptautisko pētījumu rezultātus.

3. SECINĀJUMI

Četrus gadus pēc tam, kad Eiropas Savienības Ministru padome pieņēma rekomendāciju par vēža skrīningu, lielākā daļa dalībvalstu ir rīkojušās atbilstīgi rekomendācijai un plāno īstenot turpmākas darbības tur, kur īstenošana vēl nav pilnībā pabeigta. Tādējādi kopēju veselības politikas prioritāšu un principu noteikšanu Eiropas līmenī turpina rīcība dalībvalstu līmenī, lai īstenotu kopējos politikas virzienus un prioritātes.

Taču neskatoties uz ievērojamajiem centieniem, kopumā ES vēl ir tikai apmēram pusceļā, lai rekomendāciju īstenotu. Skrīnings šobrīd ir aptvēris mazliet mazāk par

pusi no tiem iedzīvotājiem, kurus tajā vajadzētu iesaistīt saskaņā ar rekomendāciju; un mazāk nekā puse no šīm pārbaudēm tiek veiktas kā daļa no skrīninga programmām, kas atbilst rekomendācijā noteiktajam.

Tas atspoguļo nepieciešamību pastiprināt rīcību dalībvalstīs, nodrošinot sadarbību starp dalībvalstīm, kā arī profesionālu, organizatorisku un zinātnisku atbalstu dalībvalstīm, kas cenšas īstenot vai uzlabot visus iedzīvotājus aptverošas skrīninga programmas. Šāds atbalsts un šādas papildu darbības skrīninga programmu uzlabošanai un augsta kvalitātes līmeņa saglabāšanai var nodrošināt būtisku pievienoto vērtību.

Darbs turpinās, lai palīdzētu atbalstīt rekomendācijas īstenošanu. Piemēram, ES mēroga akreditācijas/sertifikācijas shēmu[13] izstrāde skrīninga pakalpojumiem un pilotprojektu īstenošana, balstoties uz ES pamatnostādnēm attiecībā uz vēža skrīninga kvalitātes nodrošināšanu, ļautu programmām koncentrēt uzmanību uz ES standartu sasniegšanu. Tas, savukārt, dotu iespēju dalībvalstīm izmantot visus iedzīvotāju aptveroša skrīninga potenciālu, lai mazinātu vēža izraisīto slogu iedzīvotājiem.

Lai gan patreizējais aktivitāšu apjoms vēl ir ievērojami zemāks par to līmeni, kādu var prognozēt nākotnē, līdzšinējie ieguldījumi cilvēkresursu un finanšu resursu veidā jau ir ievērojami. Tādēļ Kopienas līmenī un dalībvalstīsir vajadzīgi ir jārīkojas ilgtspējīgi, lai noteiktu piemērotus un efektīvus pasākumus patreizējo un nākotnes skrīninga aktivitāšu kvalitātes, efektivitātes un rentabilitātes nodrošināšanai, ņemot vērā zinātnes progresu. Regulāri, sistemātiski pētījumi, monitorings, izvērtēšana un ES mēroga statusa ziņojumi par vēža skrīninga programmu īstenošanu arī turpmāk sekmēs informācijas apmaiņu par sekmīgām darbībām un vājo punktu noteikšanu, lai veiktu vajadzīdos uzlabojumus.

Vēzis joprojām ir viens no lielākajiem veselības traucējumu izraisītiem slogiem Eiropas Savienībā. Rekomendācija par vēža skrīningu ir ES mēroga apņemšanās īstenot praktiskas darbības, lai praksē mazinātu šo slogu, sniedzot ieguvumus gan atsevišķiem iedzīvotājiem un viņu ģimenēm, gan sabiedrībai kopumā. Kā redzams šajā ziņojumā, šo skrīninga pasākumu īstenošana ir sarežģīts uzdevums, un ir jāiegulda vēl lielāks darbs, lai rekomendāciju īstenotu pilnībā.

Šis dokumets apskata tikai vienu pretvēža pasākumu aspektu. Darbības, kas vērstas uz labāku vēža monitoringu un profilaksi Kopienas un dalībvalstu līmenī, var palīdzēt vispār samazināt jauno slimības gadījumu skaitu; labas prakses ārstniecības metožu izmantošana var palīdzēt nodrošināt labākus ārstēšanas rezultātus ar vēzi slimajiem cilvēkiem, tāpat kā Eiropas sadarbība vēža pētniecībā nākotnē. Komisija arī apsvērs, vai un kādu turpmāko atbalstu var sniegt dalībvalstīm, lai nākotnē risinātu citus specifiskus ar vēža problēmu saistītus jautājumus.

2009. gadā Komisija plāno uzsākt partnerību, lai cīnītos pret vēzi. Ar šo partnerību paredzēts uzņemties ES līmeņa saistības, lai veiktu konkrētus pasākumus vēža profilaksei un kontrolei, tādējādi palīdzot samazināt nevienlīdzību cīņā pret vēzi. Tās mērķis būs atbalstīt dalībvalstis, nodrošinot pamatu informācijas apzināšanai un apmaiņai, vairojot darbības spēju un zināšanas par vēža profilaksi un kontroli, kā arī

[13] Eiropas Parlamenta un Padomes 2008. gada 9. jūlija Regula (EK) Nr. 765/2008, ar ko nosaka akreditācijas un tirgus uzraudzības prasības attiecībā uz produktu tirdzniecību un atceļ Regulu (EEK) Nr. 339/93; OV L 218/30-47, 13.8.2008.

iesaistot ieinteresētās personas no visas Eiropas Savienības kopīgos pasākumos, lai mazinātu slogu, ko rada vēža izraisītie veselības traucējumi.