KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 22.12.2008
COM(2008) 882 wersja ostateczna

SPRAWOZDANIE KOMISJI DLA RADY, PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, EUROPEJSKIEGO, KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU REGIONÓW

Wdrażanie zalecenia Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka (2003/878/WE)

1. WSTĘP

1.1. Wprowadzenie

W dniu 2 grudnia 2003 r. ministrowie zdrowia Unii Europejskiej jednogłośnie przyjęli zalecenie w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka[1]. W zaleceniu Rady Unii Europejskiej w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka podkreślono zarówno znaczenie problemu, jakim dla społeczeństw europejskich jest rak, oraz dowody na skuteczność badań przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w zwiększaniu przeżywalności.

Zalecenie Rady określa podstawowe zasady najlepszej praktyki we wczesnym wykrywaniu raka i zachęca państwa członkowskie do podjęcia wspólnych działań w celu wdrożenia krajowych programów populacyjnych badań przesiewowych w kierunku raka przy zapewnieniu właściwej jakości na wszystkich poziomach oraz w oparciu o europejskie wytyczne dotyczące zapewnienia jakości w badaniach przesiewowych w kierunku raka w przypadkach, w których są one dostępne. Zaktualizowane i poszerzone wytyczne UE dotyczące raka piersi[2] i szyjki macicy[3] zostały ostatnio opublikowane przez Komisję; kompleksowe europejskie wytyczne dotyczące zapewnienia jakości w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego są obecnie na etapie przygotowania.

Opracowanie nowych wytycznych dotyczących zapewnienia jakości w badaniach przesiewowych w kierunku raka, jako środek mający na celu poprawę stanu zdrowia starzejącego się społeczeństwa europejskiego, zostało również podkreślone w strategii dotyczącej zdrowia w UE[4]. Parlament Europejski wsparł wdrażanie zalecenia poprzez rezolucje przyjęte w 2003[5], 2006[6] i 2008 r.[7]

W zaleceniu Rada wnioskuje do Komisji Europejskiej o przedstawienie sprawozdania dotyczącego wdrażania programów badań przesiewowych w kierunku raka, przegląd skuteczności proponowanych środków oraz o rozważenie potrzeby dalszych działań. Jest to pierwsze tego typu sprawozdanie.

---

1 Zalecenie Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka (2003/878/WE): Dz.U. L 327/34-38.

2 EU guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis – 4th edition (Europejskie wytyczne dotyczące zapewnienia jakości w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi i w diagnostyce – wydanie czwarte), Luksemburg, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich; ISBN: 92–79–01258–4, numer katalogowy: ND-73–06–954-EN-C © Wspólnoty Europejskie, 2006.

3 EU guidelines for quality assurance in cervical screening – 2nd edition (Europejskie wytyczne dotyczące zapewnienia jakości w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy – wydanie drugie): Luksemburg, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich; ISBN 978-92-79-07698-5, numer katalogowy: ND-70–07-117-EN-C © Wspólnoty Europejskie, 2008.

4 Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013, COM(2007) 630 wersja ostateczna z 23.10.2007.

5 Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 5 czerwca 2003 r. w sprawie raka piersi w Unii Europejskiej (P5_TA(2003)0270), Dz.U. C 68 E z 18.3.2004, s. 611.

6 Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 25 października 2006 r. w sprawie raka piersi w rozszerzonej Unii Europejskiej (P6_TA(2006)0449 B6-0528/2006): Dz.U. C 313 E z 20.12.2006, s. 273.

7 Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 10 kwietnia 2008 r. w sprawie zwalczania nowotworów w rozszerzonej Unii Europejskiej (P6_TA(2008)0121).

1.2. Podstawy dla sprawozdania

Przygotowując niniejsze sprawozdanie Komisja, w drugiej połowie 2007 r., poprosiła państwa członkowskie o przesłanie odpowiedzi na kwestionariusz. Do maja 2008 r. 22 spośród 27 państw członkowskich (tj. 82 %) odpowiedziały na kwestionariusz (Austria, Belgia, Cypr, Estonia, Francja, Grecja, Hiszpania, Luksemburg, Litwa, Łotwa, Malta, Niderlandy, Niemcy, Polska, Portugalia, Republika Czeska, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy i Zjednoczone Królestwo).

Informacje te zostały uzupełnione danymi zebranymi z dwóch realizowanych projektów europejskich wspieranych przez europejski program zdrowia publicznego (2003-2008[8]) dotyczących monitorowania, oceny i zapewniania jakości badań przesiewowych w kierunku raka: Europejska Sieć Walki z Rakiem (European Cancer Network – ECN); Europejska Sieć Informacji nt. Raka (European Network for Information on Cancer – EUNICE).

Statystyki dotyczące populacji otrzymano z europejskiego systemu statystycznego lub ze źródeł krajowych, o ile dane te były bardziej aktualne. Wstępne ustalenia były również przedmiotem dyskusji ministrów zdrowia w trakcie nieformalnego posiedzenia Rady dotyczącego zdrowia w czasie słoweńskiej prezydencji w kwietniu 2008 r., po którym kilka państw członkowskich dostarczyło dodatkowe informacje. Umożliwiło to przedstawienie w sprawozdaniu stanu wdrażania programu we wszystkich 27 państwach członkowskich. Szczegółowe dane zebrane i przeanalizowane przez Europejską Sieć Walki z Rakiem zostały również opublikowane osobno (sprawozdanie ECN[9]).

1.3. Odsetek zachorowań na raka w kontekście zachorowalności na inne choroby

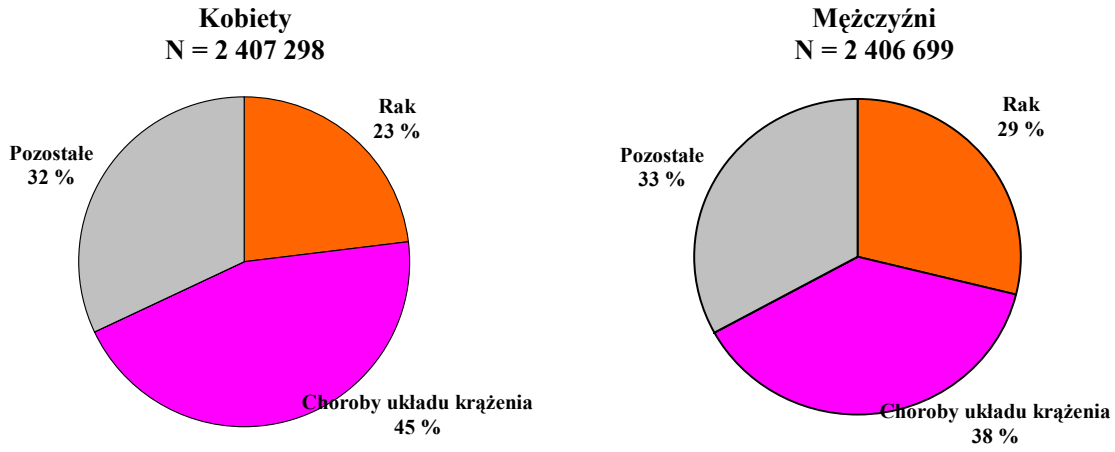
W roku 2006 choroby nowotworowe były drugą, zaraz po chorobach układu krążenia, najczęstszą przyczyną zgonów w Unii Europejskiej, odpowiadając za każde dwa na dziesięć zgonów u kobiet, co daje liczbę 554 000 kobiet, oraz za trzy na dziesięć zgonów u mężczyzn, tj. 698 000 mężczyzn (zob. rys. 1a). W związku ze starzeniem się społeczeństwa oczekuje się, że liczba ta będzie rosnąć każdego roku, o ile UE i państwa członkowskie nie podejmą działań zapobiegawczych.

---

[8] Decyzja nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2005 r. w sprawie przyjęcia programu działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008), Dz.U. L 1/-11 z 9.10.2002.

[9] Pierwsze sprawozdanie dotyczące wdrażania zalecenia Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka sporządzone przez Europejską Sieć Walki z Rakiem oraz Europejską Sieć Informacji nt. Raka: Luksemburg (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

Rys. 1a: Całkowita liczba zgonów w UE w 2006 r. oraz odsetek zgonów z dwóch głównych powodów



Źródło: EUROSTAT, 2006

Jeżeli chodzi o zachorowalność na nowotwory, to chorobę tę wykrywa się co roku u 3,2 mln Europejczyków. Najczęstszym rodzajem nowotworu jest rak piersi, jelita grubego i płuc. Zachorowalność na nowotwory nie jest jednakże równo rozłożona w całej Unii Europejskiej (szczegółowy opis sytuacji zamieszczono w punkcie 1.5 poniżej)[10].

Jak pokazują dane dotyczące krajowego zróżnicowania pod względem śmiertelności z powodu nowotworów, istnieją duże możliwości zmniejszenia liczby zgonów z tego powodu w całej Wspólnocie. Dokonać tego można poprzez dzielenie się informacjami oraz wymianę najlepszych praktyk w dziedzinie zapobiegania i kontroli zachorowalności na raka na poziomie UE. Współpraca w ramach UE może zatem przynieść znaczącą wartość dodaną szczególnie w dziedzinie badań przesiewowych w kierunku raka, tak jak w przypadku programu „Europa w walce z rakiem" realizowanego od 1987 r.

1.4. Szczegółowe dane dotyczące zachorowalności na raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego

Rak piersi, szyjki macicy i jelita grubego są jedną z głównych przyczyn cierpienia i zgonów w państwach członkowskich Unii Europejskiej[10]. Zgodnie z szacunkami dotyczącymi częstości występowania i śmiertelności, sporządzonymi przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem (International Agency for Research on Cancer – IARC), w 2006 r. w UE odnotowano u kobiet 331 000 nowych zachorowań i 90 000 zgonów z powodu raka piersi oraz 36 000 nowych zachorowań i 15 000 zgonów z powodu raka szyjki macicy[11]. Jednocześnie liczbę nowych zachorowań na raka jelita grubego szacuje się na 140 000 u kobiet i 170 000 u mężczyzn. Liczbę

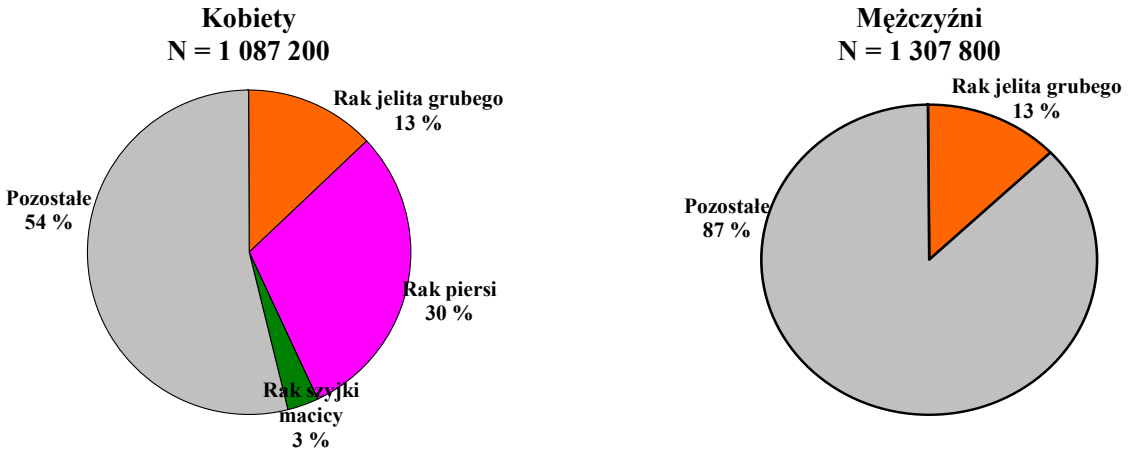
---

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.

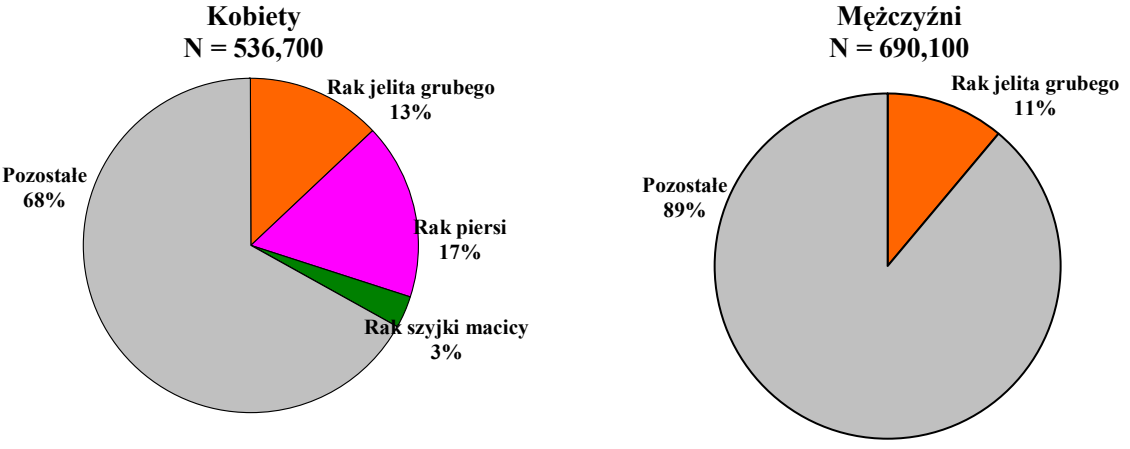
11 Szacunki dotyczące śmiertelności z powodu raka szyjki macicy, sporządzone przez IARC, obejmują również pewną liczbę zgonów sklasyfikowanych jako zgony z powodu „niespecyficznego raka macicy".

zgonów z powodu tego rodzaju nowotworu w UE szacuje się na 68 000 u kobiet i 78 000 u mężczyzn. Łącznie te dwa rodzaje raka są odpowiedzialne za prawie połowę (47 %) nowych zachorowań i za co trzeci (32 %) zgon z powodu nowotworu u kobiet w UE. U mężczyzn rak jelita grubego odpowiada za co ósme (13 %) nowe zachorowanie i za co dziewiąty (11 %) zgon z powodu nowotworu (zob. rys. 1b i 1c).

Rys. 1b: Całkowita liczba zachorowań na nowotwory w UE w 2006 r. oraz odsetek zachorowań na raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego[9,10]



Rys 1c. Całkowita liczba zgonów spowodowanych rakiem w UE w 2006 r. oraz odsetek zgonów z powodu raka piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego. Odsetki dla kobiet nie dają stu z powodu zaokrągleń[9,10]



1.5. Zróżnicowanie zachorowalności na nowotwory w 27 państwach członkowskich UE[10]

Wskaźniki zachorowalności i śmiertelności z powodu wymienionych nowotworów różnią się znacząco w UE, wskazując na poważny problem zdrowotny w niektórych państwach członkowskich.

Szacunki IARC wskazują, że najwyższy wskaźnik zachorowalności na raka piersi, wynoszący 137,8[12], występuje w Belgii, a wskaźnik śmiertelności wynosi tam 33,5, natomiast najwyższy wskaźnik śmiertelności występuje w Danii i wynosi 34,5, a wskaźnik zachorowalności 122,6. Najniższy wskaźnik zachorowalności na raka piersi, wynoszący 61,2, występuje w Rumunii, a wskaźnik śmiertelności wynosi tam 23,9, natomiast najniższy wskaźnik śmiertelności, wynoszący 19,2, występuje w Hiszpanii, a wskaźnik zachorowalności wynosi tam 93,6.

Zachorowalność na nowotwory jest szczególnie nierówno rozłożona w przypadku raka szyjki macicy. W przypadku tego rodzaju nowotworu szacunki IARC podają najwyższy wskaźnik zachorowalności, wynoszący 24,5, dla Rumunii, gdzie występuje również najwyższy wskaźnik umieralności, wynoszący 17,0. Najniższy wskaźnik zachorowalności, wynoszący 4,9, występuje w Finlandii, w którym to kraju również wskaźnik śmiertelności jest najniższy i wynosi 1,6. Odsetek zachorowań i zgonów z powodu tego rodzaju nowotworu jest znacząco wysoki we wszystkich, z wyjątkiem jednego, państwach członkowskich, które przystąpiły do UE w 2004 r. i 2007 r.

W przypadku raka jelita grubego najwyższy wskaźnik zachorowalności, wynoszący 106,0, odnotowano na Węgrzech, gdzie występuje również najwyższa śmiertelność, wynosząca 54,4. Najniższy wskaźnik zachorowalności, wynoszący 31,0, występuje w Grecji, w którym to kraju również wskaźnik śmiertelności jest najniższy i wynosi 15,5.

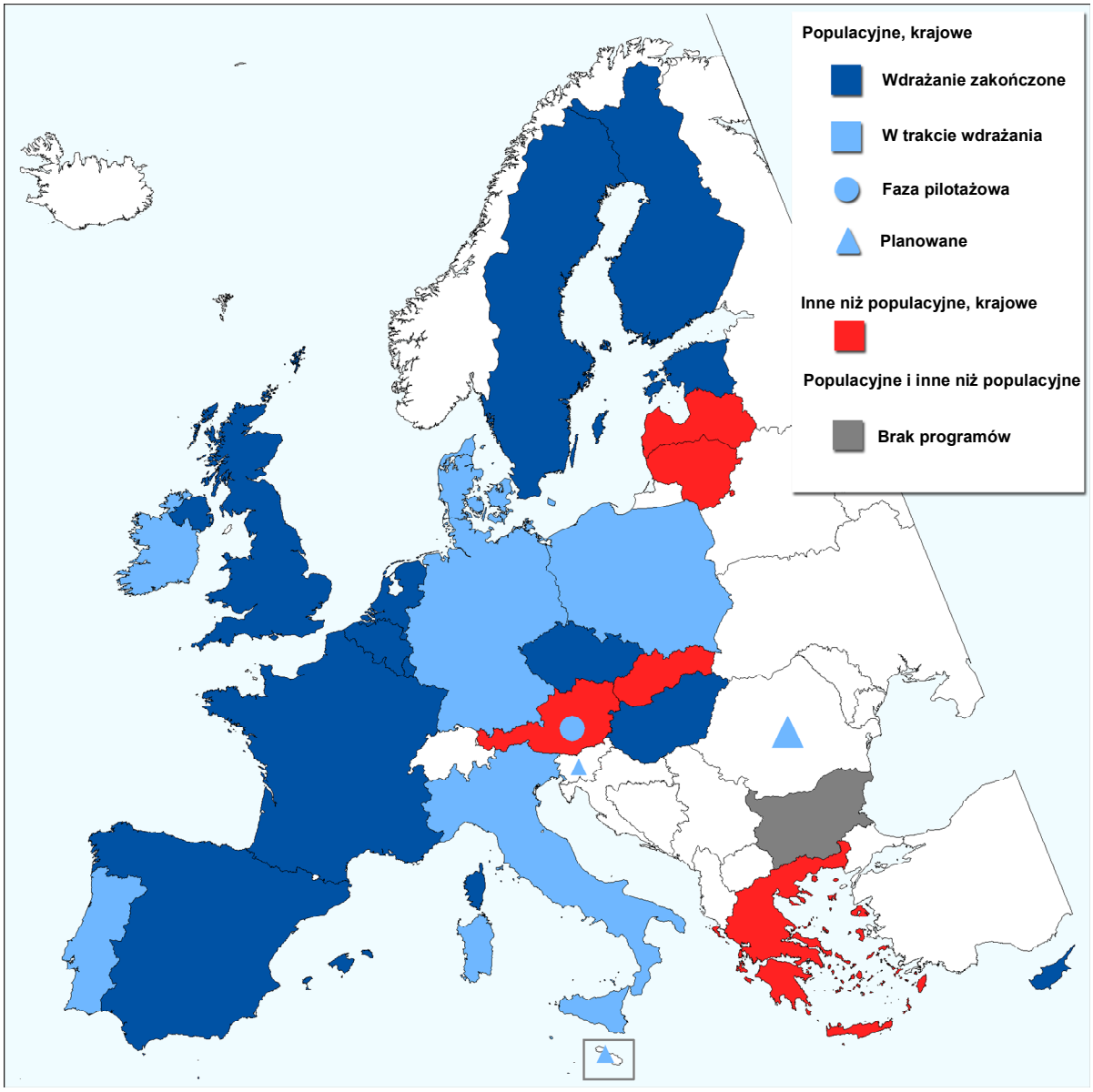
2. WYNIKI

2.1. Przegląd wyników

Poniższe mapy pokazują obecny zasięg programów populacyjnych badań przesiewowych w UE.

[12] Wskaźniki zachorowalności i śmiertelności w niniejszym sprawozdaniu podaje się w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców, tj. w oparciu o standardowe metody naliczania.

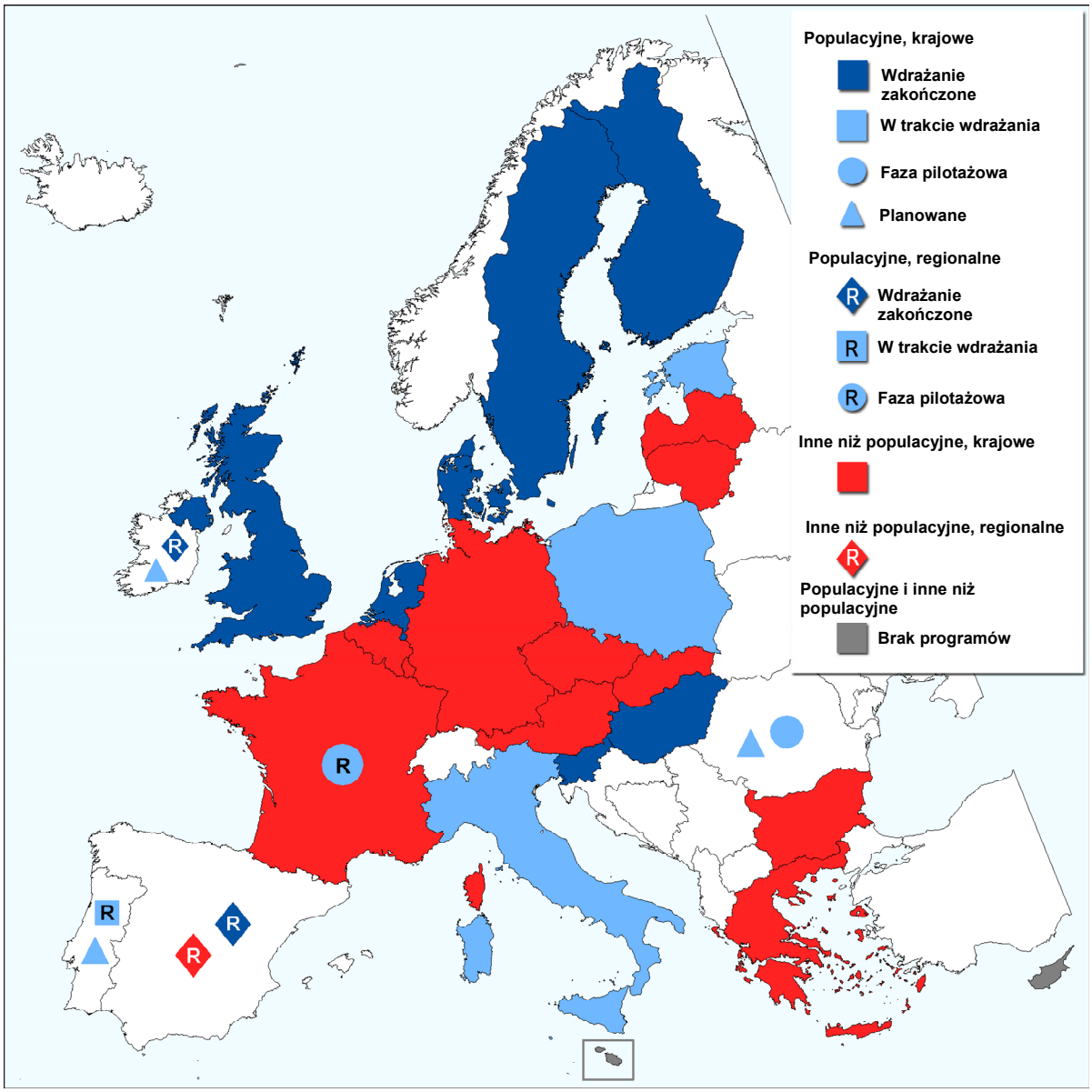
Zasięg programów mammograficznych badań przesiewowych w kierunku raka piersi
w UE w 2007 r.



Rysunek 2. Programy badań przesiewowych w kierunku raka piersi w Unii Europejskiej w 2007 r. w podziale na typ programu (populacyjne; inne niż populacyjne; brak programu) oraz na status wdrażania w państwach członkowskich (populacyjne: krajowe lub regionalne, wdrażanie zakończone lub w trakcie wdrażania, projekty pilotażowe lub planowane; inne niż populacyjne: krajowe lub regionalne). Wskazane programy korzystają z testów przesiewowych (mammografia) zaleconych przez Radę Unii Europejskiej w 2003 r.[1]

Źródło: ECN[9]

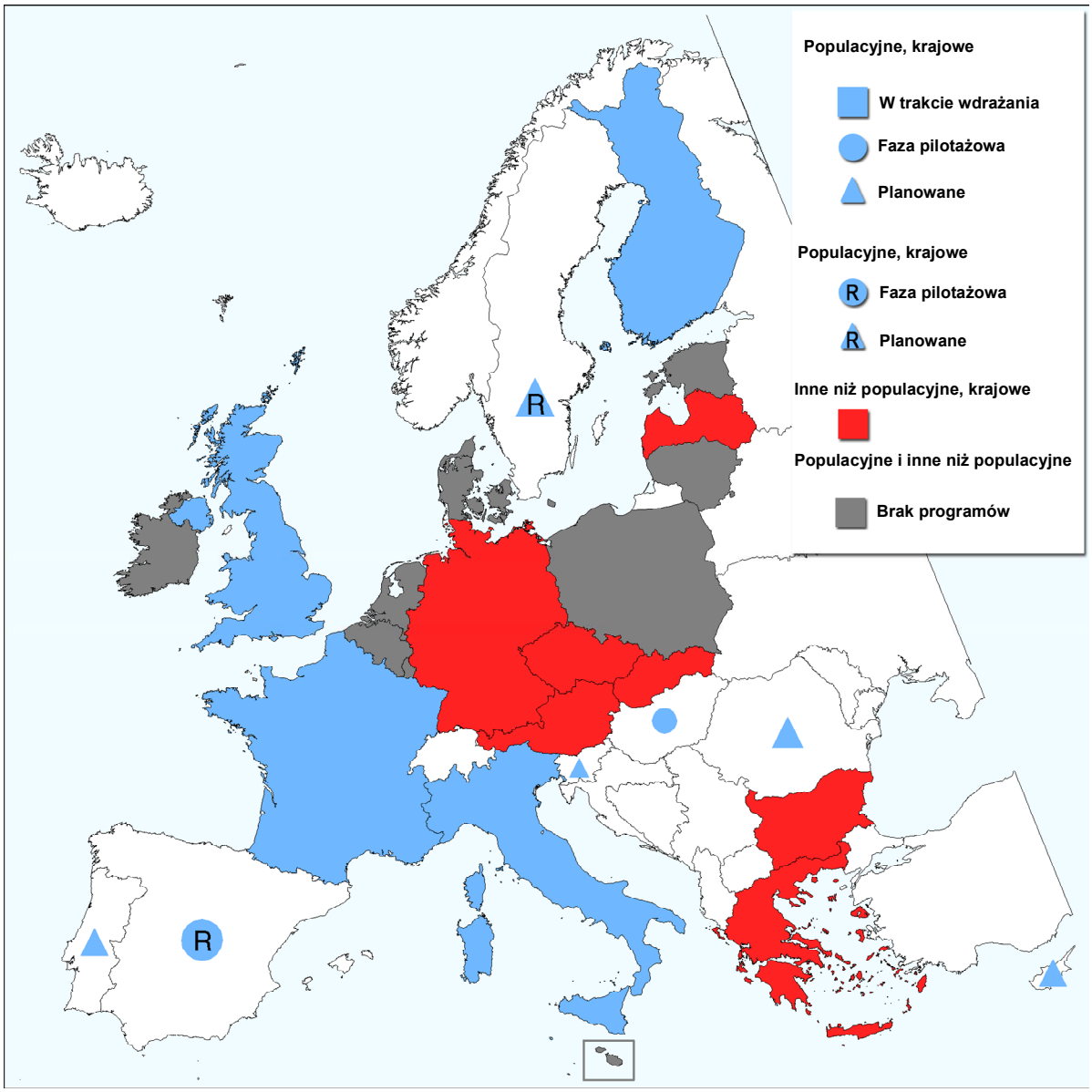
Zasięg programów cytologicznych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy w UE w 2007 r.



Rysunek 3. Programy badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy w Unii Europejskiej w 2007 r. w podziale na typ programu (populacyjne; inne niż populacyjne; brak programu) oraz na status wdrażania w państwach członkowskich (populacyjne: krajowe lub regionalne, wdrażanie zakończone lub w trakcie wdrażania, projekty pilotażowe lub planowane; inne niż populacyjne: krajowe lub regionalne). Wskazane programy korzystają z testów przesiewowych (wymaz szyjki macicy) zaleconych przez Radę Unii Europejskiej w 2003 r[1].

Źródło: ECN[9]

Zasięg badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego opartych na badaniu na krew utajoną w kale w UE w 2007 r.



Rysunek 4. Programy badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w oparciu o badania na krew utajoną w kale w Unii Europejskiej w 2007 r. w podziale na typ programu (populacyjne; inne niż populacyjne; brak programu) oraz na status wdrażania w państwach członkowskich (populacyjne: krajowe lub regionalne, wdrażanie zakończone lub w trakcie wdrażania, projekty pilotażowe lub planowane; inne niż populacyjne: krajowe lub regionalne). Wskazane programy korzystają z testów przesiewowych zaleconych przez Radę Unii Europejskiej w 2003 r[1].

Źródło: ECN[9]

Jak pokazują trzy powyższe mapy, chociaż osiągnięto znaczący postęp, potrzebne są dalsze wysiłki w tej dziedzinie:

- W przypadku raka piersi jedynie 22 państwa członkowskie realizują lub przygotowują programy populacyjnych badań przesiewowych;
- W przypadku raka szyjki macicy jest to 15 państw członkowskich;
- W przypadku raka jelita grubego jest to 12 państw członkowskich.

Liczba badań przesiewowych przeprowadzanych obecnie w UE w ciągu roku jest znacząca. Niemniej jednak liczba ta stanowi mniej niż połowę minimalnej rocznej liczby badań, które należałoby przeprowadzić, w przypadku gdyby badania przesiewowe w kierunku raka wyszczególnione w zaleceniu Rady były dostępne dla wszystkich obywateli UE w odpowiednim wieku (około 125 mln badań rocznie). Ponadto mniej niż połowę badań (41 %) przeprowadza się obecnie w ramach programów badań populacyjnych, które dają ramy organizacyjne dla kompleksowego zapewnienia jakości, jakiego wymaga się w zaleceniu Rady.

2.2. Wdrażanie zalecenia Rady przez państwa członkowskie

2.2.1. Wdrażanie programów badań przesiewowych w kierunku raka

Sekcja pierwsza zalecenia Rady zawiera zestaw zabezpieczeń, norm technicznych, etycznych i prawnych, których należy przestrzegać przy wdrażaniu programów badań przesiewowych w państwach członkowskich. Obejmuje ona osiem zaleceń mających na celu zapewnienie rzetelnych podstaw dla wdrażania programów badań przesiewowych, uznania wytycznych UE dotyczących najlepszych praktyk, przestrzegania norm etycznych dotyczących informowania o korzyściach i ryzyku oraz w celu właściwego leczenia wykrytych zmian chorobowych, jak również aby zapewnić konieczny poziom ochrony danych. Większość z tych ośmiu zaleceń, dotyczących zwłaszcza ustanowienia programów badań przesiewowych, jest – zgodnie z przedstawionymi informacjami – przestrzegana przez co najmniej dwie trzecie państw członkowskich (67 %).

2.2.2. Rejestrowanie danych pochodzących z badań przesiewowych i zarządzanie nimi:

Sekcja druga zawiera zestaw czterech zaleceń mających na celu zagwarantowanie właściwego funkcjonowania wszelkich programów badań przesiewowych wysokiej jakości wymagających elektronicznego systemu wezwań/ponownych wezwań oraz zbierania danych zebranych w wyniku badań przesiewowych, ich zarządzania i oceny.

Punkty te, zgodnie z przedstawianymi informacjami, są przestrzegane przez znaczącą liczbę państw członkowskich, które udzieliły odpowiedzi. Osiemnaście spośród 22 (82 %) państw członkowskich stosuje scentralizowane systemy zbierania danych dla realizowanych programów oraz systemy wezwań/ponownych wezwań w celu zapraszania na badanie wybranych osób. Dwadzieścia spośród 22 (91 %) państw członkowskich poinformowało, iż dane są zbierane, zarządzane i oceniane nie tylko w oparciu o wyniki badań przesiewowych, lecz również w oparciu o badanie osób, w przypadku których uzyskano pozytywny wynik badania przesiewowego, oraz o diagnozę. Taką samą wysoką zgodność odnotowano w przypadku danych zbieranych

zgodnie z europejskimi przepisami dotyczącymi ochrony danych, szczególnie dotyczy to danych osobowych dotyczących zdrowia, przyjętymi przed wdrożeniem programów badań przesiewowych w kierunku raka.

2.2.3. Monitorowanie

Sekcja trzecia zawiera trzy zalecenia mające na celu ustanowienie podstawowych zasad zapewnienia jakości poprzez regularne monitorowanie programów badań przesiewowych.

Chociaż większość państw członkowskich wskazuje, że przestrzega dwóch spośród trzech konkretnych zaleceń dotyczących monitorowania programów badań przesiewowych zamieszczonych w tej sekcji, zgodność ta była istotnie niższa niż w przypadku większości pozostałych zaleceń zamieszczonych we wszystkich pozostałych sekcjach (z wyjątkiem sekcji szóstej).

W przypadku pkt 3 (a) zamieszczonego w zaleceniu Rady jedynie 55 % państw członkowskich, które udzieliły odpowiedzi, stwierdziło, że przeprowadzanie badań przesiewowych i ich wyniki są regularnie monitorowane metodą niezależnej wzajemnej oceny, a 59 % stwierdziło, że wyniki badań przekazywane są bezzwłocznie opinii publicznej oraz personelowi przeprowadzającemu badania. Mniejszy odsetek państw członkowskich, które udzieliły odpowiedzi, przeprowadzających taki monitoring oznacza ograniczone zastosowanie poszczególnych pytań w badaniu UE skierowanym do państw członkowskich, w których nie rozpoczęto populacyjnych badań przesiewowych w kierunku raka. Stosunkowo bardzo niski odsetek państw członkowskich, które stwierdziły, że instytucje prowadzące krajowe ewidencje nowotworów monitorują programy badań przesiewowych (45 %), będzie wymagał dalszej analizy.

2.2.4. Szkolenia

Sekcja czwarta zawiera zalecenie podkreślające znaczenie szkoleń dla wszystkich pracowników służby zdrowia zaangażowanych w programy badań przesiewowych.

Bardzo wysoką zgodność odnotowano w przypadku sekcji czwartej zalecenia Rady, dotyczącej szkolenia. Dwadzieścia spośród 22 państw członkowskich (91 %) stwierdziło, że personel odpowiedzialny za programy badań przesiewowych na wszystkich poziomach przechodzi odpowiednie szkolenia, aby zagwarantować prowadzenie wysokiej jakości badań przesiewowych.

2.2.5. Współpraca

Sekcja piąta zawiera dwa zalecenia mające na celu zapewnienie wysokiego stopnia współpracy w przypadku grup społecznych wymagających specjalnych działań gwarantujących równy dostęp do badań dla szczególnie wrażliwych grup ekonomiczno-społecznych.

Duży odsetek państw członkowskich deklaruje przestrzeganie tych zaleceń. Dwadzieścia z 22 państw członkowskich (91 %) poinformowało, że próbują osiągnąć wysoki poziom współpracy ze strony populacji kwalifikującej się do badania w trakcie przeprowadzania badań przesiewowych. Osiemnaście spośród 22 państw członkowskich (82 %) wskazało, że podejmowane są działania mające na celu

zapewnienie równego dostępu do badań przesiewowych, biorąc pod uwagę potrzebę szczególnego uwzględnienia pewnych grup społeczno-ekonomicznych.

2.2.6. Wprowadzanie nowych rodzajów badań przesiewowych

Sekcja szósta zawiera zestaw pięciu zaleceń dotyczących stosowania i wprowadzania nowych metod badań przesiewowych w dwóch różnych sytuacjach: nowe rodzaje badań lub zmiany i ulepszenia w zalecanych badaniach wskazanych w załączniku do zalecenia Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka.

Około 11 z 22 państw członkowskich (50 %) stwierdziło zgodność z poszczególnymi punktami sekcji szóstej zalecenia Rady dotyczącymi wprowadzania nowych rodzajów badań przesiewowych w oparciu o wyniki badań międzynarodowych.

3. WNIOSKI

Cztery lata po przyjęciu przez Radę Ministrów Unii Europejskiej zalecenia w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka większość państw członkowskich podjęła działania związane z tym zaleceniem i zamierzają one podjąć dalsze kroki w obszarach, w których wdrażanie nie zostało zakończone. W związku z powyższym opracowanie wspólnych priorytetów i zasad polityki zdrowotnej na poziomie europejskim w celu wdrażania wspólnych polityk i priorytetów stało się podstawą dla działań na poziomie państw członkowskich.

Niemniej jednak, pomimo znaczących wysiłków, UE jest zasadniczo dopiero w połowie drogi do osiągnięcia celu. Jedynie nieco mniej niż połowa populacji, która powinna być poddana badaniom przesiewowym zgodnie z zaleceniem, jest nimi objęta. Mniej niż połowa z tych badań jest przeprowadzana w ramach programów badań przesiewowych zgodnie z zapisami zalecenia.

Wskazuje to na potrzebę zwiększenia wysiłków państw członkowskich, opartych na współpracy pomiędzy tymi państwami oraz w oparciu o merytoryczną, organizacyjną i naukową pomoc skierowaną do państw UE dążących do wdrożenia i poprawy jakości populacyjnych badań przesiewowych. Wsparcie takie oraz dodatkowe wysiłki na rzecz poprawy i utrzymania wysokiej jakości programów badań przesiewowych mogą stanowić istotną wartość dodaną.

Kontynuowane są prace w celu wsparcia wdrażania zalecenia. Na przykład opracowanie i pilotażowe stosowanie wspólnotowych programów akredytacji/certyfikacji[13] jednostek zajmujących się badaniami przesiewowymi w oparciu o wytyczne UE dla zapewnienia jakości badań przesiewowych w kierunku raka umożliwiłoby skoncentrowanie działań w ramach programów na osiągnięciu norm UE. To z kolei umożliwiłoby państwom członkowskim wykorzystanie potencjału populacyjnych badań przesiewowych w celu zmniejszenia zachorowalności na raka w danej populacji.

---

[13] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 765/2008 z dnia 9 lipca 2008 r. ustanawiające wymagania w zakresie akredytacji i nadzoru rynku odnoszące się do warunków wprowadzania produktów do obrotu i uchylające rozporządzenie (EWG) nr 339/93: Dz.U. L 218/30-47 z 13.8.2008.

Chociaż obecny zakres działań nie odzwierciedla tego, czego możemy się spodziewać w przyszłości, obecne nakłady zarówno osobowe, jak i finansowe, są już znaczące. Konieczne są zatem stałe wysiłki w celu określania właściwych i skutecznych środków zapewniających jakość, skuteczność i opłacalność obecnych i przyszłych badań przesiewowych na poziomie wspólnotowym oraz w państwach członkowskich. Badania te muszą brać pod uwagę postęp naukowy w tej dziedzinie. Systematyczne badanie, monitorowanie, ocena oraz wspólnotowy system sprawozdawczy dotyczący wdrażania programów badań przesiewowych w kierunku raka będą nadal wspierać wymianę informacji na temat skuteczności ich wdrażania oraz określania słabych punktów wymagających działań naprawczych.

Rak jest nadal jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w Unii Europejskiej. Zalecenie w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka stanowi wspólne europejskie zobowiązanie do podjęcia rzeczywistych kroków w celu praktycznego zminimalizowania tego problemu zdrowotnego i przyniesie korzyści indywidualnym obywatelom i ich rodzinom, jak również całemu społeczeństwu. Jak pokazuje niniejsze sprawozdanie wdrożenie wymienionych badań przesiewowych wymaga znacznego wysiłku, konieczne są zatem dalsze prace w celu pełnego wdrożenia zalecenia.

Działania te dotyczą tylko jednego aspektu walki z rakiem. Działania w celu lepszego monitorowania i zapobiegania nowotworom na poziomie Wspólnoty i państw członkowskich mogą pomóc w zmniejszeniu ogólnej liczby zachorowań. Stosowanie leczenia opartego na najlepszych praktykach może pomóc w osiągnięciu większych korzyści dla chorych na raka, pomocna byłaby również w przyszłości europejska współpraca w dziedzinie badań nad rakiem. Komisja rozważy również, czy możliwe jest udzielenie dalszego wsparcia państwom członkowskim, a jeżeli tak, to jakiego rodzaju wsparcie jest konieczne, aby rozwiązać pozostałe konkretne problemy związane z rakiem w przyszłości.

W 2009 r. Komisja planuje uruchomienie partnerstwa na rzecz zwalczania nowotworów. Partnerstwo to ma na celu wdrożenie w całej UE zobowiązań dotyczących konkretnych działań skierowanych na zapobieganie chorobom nowotworowym i ich zwalczanie, a tym samym zmniejszanie nierówności w przeciwdziałaniu tym chorobom. Partnerstwo to będzie wsparciem dla państw członkowskich dzięki opracowaniu ram dotyczących zbierania informacji i dzielenia się nimi, podniesieniu zdolności i wiedzy w zakresie przeciwdziałania chorobom nowotworowym i ich zwalczania oraz dzięki zaangażowaniu właściwych zainteresowanych podmiotów w całej Unii Europejskiej we wspólne wysiłki nakierowane na zmniejszenie zachorowalności na nowotwory.