Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie komunikatu Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie”

COM(2009) 291 wersja ostateczna

(2010/C 255/13)

Sprawozdawca: **Ingrid KÖSSLER**

Dnia 24 czerwca 2009 r. Komisja Europejska, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie

komunikatu Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie”

COM(2009) 291 wersja ostateczna.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 10 listopada 2009 r. Sprawozdawcą była Ingrid KÖSSLER.

Na 458. sesji plenarnej w dniach 16–17 grudnia 2009 r. (posiedzenie z 16 grudnia) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny 176 głosami – 1 osoba wstrzymała się od głosu – przyjął następującą opinię:

1. Zalecenia

1.1 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę Komisji Europejskiej dotyczącą utworzenia Partnerstwa europejskiego na rzecz walki z rakiem. Choroba nowotworowa stanowi ogromne obciążenie zarówno dla osoby chorej, jak i dla europejskiego społeczeństwa. Choroby te cechują się najwyższą śmiertelnością. W 2006 r. nowotwory stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonów, po chorobach układu krążenia, powodując dwa na dziesięć zgonów w populacji kobiet oraz trzy na dziesięć zgonów w populacji mężczyzn. Oznacza to, że co roku w UE diagnozuje się raka u około 3,2 mln osób [1].

1.2 Komitet podkreśla znaczenie wspólnego działania na poziomie UE, w postaci wymiany informacji, wiedzy specjalistycznej i najlepszych praktyk, dla wspierania państw członkowskich w walce z rakiem.

1.2.1 Komitet zwraca uwagę na niedopuszczalne duże różnice między państwami członkowskimi, jeśli chodzi o zapadalność i umieralność na nowotwory, i popiera cel stworzenia we wszystkich państwach członkowskich zintegrowanych planów walki z rakiem przed zakończeniem działań w ramach Partnerstwa.

1.2.2 Komitet zgadza się ze stanowiskiem Komisji, że zintegrowane strategie walki z rakiem powinny być oparte na jasno określonych celach, które będą stanowiły podstawę wdrażania i umożliwią ocenę, czy osiągnięto zamierzone rezultaty.

1.2.3 Komitet uznaje duże znaczenie działań profilaktycznych, które mogą przyczynić się do dobrego stanu zdrowia oraz do zdrowszego i dłuższego życia ludzi w przyszłości.

1.2.4 Komitet uważa, że Partnerstwo, które ma trwać do 2013 r., to ważny kolejny krok po kroku pierwszym, wykonanym w 2003 r. [2] Uważa także, że istnieje potrzeba kontynuowania Partnerstwa, w jakiejkolwiek formie, po 2013 r., jako że niektóre cele obejmują dłuższą perspektywę czasową (do 2020 r.).

1.2.5 Komitet podkreśla znaczenie zdrowego stylu życia i postrzega Partnerstwo jako ważny instrument, za pomocą którego można przekonać krajowych decydentów i podmioty działające w dziedzinie zdrowia publicznego, że konieczne są większe starania w państwach członkowskich.

1.2.6 Komitet podkreśla, że Partnerstwo jest zgodne z art. 152 TWE dotyczącym zdrowia, który mówi, że działanie Wspólnoty nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego.

1.2.7 Komitet popiera Partnerstwo i pragnie wnieść czynny wkład, za pośrednictwem swoich kontaktów, współpracując ze społeczeństwem obywatelskim na szczeblu lokalnym i krajowym.

1.2.8 Komitet zwraca uwagę, jak ważne jest wykorzystanie funduszy strukturalnych, z których można by finansować działania w zakresie infrastruktury i przedsięwzięcia edukacyjne, a z których państwa członkowskie nie korzystają w stopniu wystarczającym.

2. Kontekst ogólny

2.1 Komitet ponownie wskazuje na fakt, że choroby nowotworowe dotykają bardzo wielu ludzi i ich bliskich. Jest to poważny problem zdrowotny i społeczny, gdyż nowotwory są przyczyną największej liczby zgonów wśród ludności w wieku produkcyjnym.

[1] Źródło: Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC), 2007 r.

[2] Zalecenie Rady z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka (2003/878/EG), Dz.U. L 327 z 16.12.2003, s. 34.

2.2 Wysoka liczba przypadków raka ma więc także znaczące konsekwencje społeczno-gospodarcze w państwach członkowskich.

2.3 Jako że należy spodziewać się dalszego wzrostu zapadalności na raka, można oczekiwać także dalszych niekorzystnych skutków.

2.4 Dzięki skutecznej profilaktyce można byłoby zapobiec prawie jednej trzeciej zachorowań na raka. Kolejną jedną trzecią przypadków można byłoby skutecznie leczyć, a często nawet wyleczyć, jeżeli choroba zostałaby wcześnie wykryta.

2.5 Cztery najczęściej występujące w UE typy nowotworu to rak piersi, rak jelita grubego, rak płuc i rak prostaty.

2.6 Typy raka, które powodują najwięcej zgonów w UE-27, to – w kolejności od najwyższego do najniższego wskaźnika śmiertelności – rak płuc, rak jelita grubego, rak piersi, rak prostaty i rak żołądka ([3]).

2.7 Zachorowalność i śmiertelność spowodowaną tymi pięcioma typami nowotworów można zmniejszyć poprzez zdrowszy tryb życia.

2.8 Typ raka, który powoduje najwięcej zgonów w UE, to rak płuc. Prawie jedna piąta wszystkich zgonów na raka w 2006 r. spowodowana była rakiem płuc, którego z kolei przyczyną było w większości przypadków palenie tytoniu. Na raka płuc umiera rocznie w Europie ok. 335 tysięcy osób ([3]).

3. **Streszczenie dokumentu Komisji**

3.1 Zaproponowane przez Komisję Europejską Partnerstwo europejskie na rzecz walki z rakiem na lata 2009–2013 ma na celu wsparcie wysiłków państw członkowskich w tworzeniu zintegrowanych planów walki z rakiem, które mają przyczynić się do zmniejszenia obciążenia chorobami nowotworowymi w UE o 15 % do roku 2020 r. (co odpowiadałoby 510 tys. nowych przypadków).

3.2 Komisja proponuje działania (i określa cele) w czterech obszarach:

Obszar 1: Promocja zdrowia i wczesne wykrywanie

Cel: Skuteczniejsza realizacja wytycznych Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka oraz wspieranie szeroko zakrojonych kampanii informacyjnych dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka, skierowanych do ogółu społeczeństwa oraz do pracowników opieki zdrowotnej.

Obszar 2: Określanie i rozpowszechnianie dobrych praktyk

Cel: Usuwanie dysproporcji w umieralności na nowotwory, poprzez zmniejszanie różnic między państwami członkowskimi o najlepszych i najgorszych wynikach.

Obszar 3: Współpraca i koordynacja badań nad rakiem

Cel: Osiągnięcie do 2013 r. koordynacji jednej trzeciej badań ze wszystkich źródeł finansowania.

Obszar 4: Analiza porównawcza

Cel: Zapewnienie dokładnych i porównywalnych danych dotyczących chorób nowotworowych.

4. **Zdrowie i wczesne wykrywanie**

4.1 Zdaniem EKES-u, dla ograniczenia rosnącego zagrożenia rakiem w całej UE konieczne jest podejście horyzontalne.

4.2 Nowotwory mogą być spowodowane wieloma przyczynami, części przypadków można jednak zapobiec. Dlatego profilaktyka powinna dotyczyć stylu życia, czynników zawodowych i czynników środowiskowych.

4.3 W działaniach profilaktycznych należy kierować się zasadą „uwzględniania kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki" (HIAP/Health in All Policies). Partnerstwo można wzmocnić poprzez uwzględnianie polityki zdrowotnej w innych dziedzinach polityki (takich jak np. ochrona środowiska i rolnictwo), zarówno na szczeblu krajowym, jak i europejskim, w koordynacji z unijną strategią w zakresie ochrony zdrowia.

4.4 EKES uważa za szczególnie ważne, by ukierunkować profilaktykę na te aspekty stylu życia, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka. Istotne jest zwłaszcza uświadomienie osobom należącym do młodego pokolenia, że zdrowy tryb życia zmniejsza zagrożenie nowotworami. Zrozumienie tego przez młodych ludzi, którzy w przyszłości zostaną rodzicami, może mieć ogromne znaczenie dla ich dzieci i dla przyszłych pokoleń.

4.5 Obecnie znane są już czynniki, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka. Największym z nich jest palenie tytoniu.

4.6 Inne czynniki ryzyka to otyłość, brak aktywności fizycznej, nadmierne korzystanie z kąpieli słonecznych oraz wysokie spożycie alkoholu.

4.7 Najwięcej przypadków śmiertelnych wiąże się z paleniem tytoniu, otyłością, niskim spożyciem owoców i warzyw oraz nadmiernym oddziaływaniem promieniowania słonecznego.

4.8 Komitet uważa za ważne, by Partnerstwo koncentrowało się na profilaktyce i kontroli.

4.9 Komitet przyjmuje z zadowoleniem propozycję przekrojowych celów dotyczących profilaktyki i badań przesiewowych oraz podkreśla znaczenie wskaźników, za pomocą których można kontrolować realizację celów w państwach członkowskich.

4.10 Profilaktyka i wczesne wykrywanie (badania przesiewowe) są decydujące dla skutecznego leczenia i wyleczenia.

4.11 Komitet przypomina, że od 2001 r. w UE zaleca się umieszczanie na opakowaniach papierosów ostrzeżeń obrazkowych. Stosują je jednak tylko trzy państwa członkowskie. Ostrzeżenia obrazkowe powinny być bardziej rozpowszechnione w państwach członkowskich. Przemawiają one także do dzieci, które nie umieją jeszcze czytać.

4.12 Komitet podkreśla znaczenie środków przeciwdziałających biernemu paleniu.

([3]) Źródło: Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC), 2007 r.

4.13 Zdaniem Komitetu ważne jest, aby młodzi ludzie przekonali się do zdrowego trybu życia. Można to osiągnąć poprzez propagowanie go w systemach kształcenia w państwach członkowskich, czyli poprzez wczesne przekazywanie informacji i wiedzy, które mogą służyć przedłużeniu życia. O zagrożeniach związanych z paleniem tytoniu, niezdrowymi zwyczajami żywieniowymi, niskim spożyciem owoców oraz szkodliwym działaniem promieni słonecznych trzeba informować już we wczesnym dzieciństwie. Państwa członkowskie powinny wprowadzić w szkołach podstawowych co najmniej 2 lub 3 godziny wychowania fizycznego tygodniowo. Aktywność fizyczna, upodobanie do przebywania na świeżym powietrzu i do sportu przyczyniają się do ograniczenia nadwagi także w dorosłym wieku.

4.14 Komitet podkreśla rolę, jaką w praktycznych działaniach służących realizacji celów Partnerstwa w państwach członkowskich mogą odegrać naukowcy, podmioty działające w dziedzinie zdrowia publicznego, organizacje pacjentów, ekonomiści, nauczyciele, pracownicy służby zdrowia i opieki, organy nadzoru, politycy i inni decydenci oraz społeczeństwo obywatelskie.

4.15 Komitet uznaje znaczenie organizacji pacjentów na szczeblu europejskim. Mogą one odegrać ważną rolę w ramach Partnerstwa. Także inne organizacje wolontariackie i sieci mogą znacząco przyczynić się do propagowania informacji o sposobach zapobiegania chorobom nowotworowym i o znaczeniu wczesnego wykrywania. Komitet wskazuje ponadto na rolę mediów w kształtowaniu świadomości na rzecz zdrowego stylu życia, wczesnego wykrywania i poprawy profilaktyki.

4.16 Komitet podkreśla, że skuteczne działania profilaktyczne w perspektywie 20–30 lat ratują życie ludzi i przynoszą korzyści z punktu widzenia gospodarki, ponieważ zapobieganie chorobom jest znacznie tańsze niż ich leczenie.

4.17 Zdaniem Komitetu ważne jest, by określić wskaźniki, które umożliwią długoterminowe monitorowanie profilaktyki pierwotnej. Aby skutecznie mierzyć w perspektywie długoterminowej działania państw członkowskich w zakresie profilaktyki pierwotnej, proponuje się, by państwa członkowskie w regularnych przedziałach czasowych badały liczbę palących piętnastolatków lub stosowały miernik nadwagi (np. wskaźnik masy ciała BMI). Być może można by w państwach członkowskich przy okazji opieki nad ciężarnymi i matkami badać występowanie nadwagi u kobiet, a badania lekarskie w związku ze służbą wojskową mogłyby wykazać długofalową tendencję wśród mężczyzn.

Wczesne wykrywanie

4.18 Komitet uważa, że wczesne wykrywanie to inwestycja w poprawę zdrowia, która może zapobiec zachorowaniom jednostek.

4.19 Zdaniem Komitetu ważne jest, by wprowadzane programy badań przesiewowych mogły być poddawane ocenie.

4.20 Komitet podziela pogląd, że zaproponowany program badań przesiewowych w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego powinien, zgodnie z zaleceniem Rady z 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka, objąć do 2013 r. możliwie szeroką populację. Już w 2003 r. jasno określono cele, nie zostały one jednak zrealizowane.

4.21 Komitet popiera postulat, by państwa członkowskie zwiększyły wysiłki na rzecz realizacji do 2013 r. zalecenia Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka. Komitet przyjąłby z zadowoleniem dążenie przez państwa członkowskie do stosownych, etapowych celów w tym zakresie.

4.22 Komitet jest zdania, że informacja i wsparcie skierowane specjalnie do grup ryzyka są ważne, aby także te osoby uświadomiły sobie zalety wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. Ponadto istotne jest zdanie sobie sprawy ze stresu i obciążenia, które może powodować obawa przed zachorowaniem na raka.

4.23 Komitet wyraża nadzieję, że każdy program badań przesiewowych zalecany na szczeblu UE jest oparty na udokumentowanej wiedzy. W związku z planowanym wprowadzeniem programów badań przesiewowych apeluje, by UE przedstawiła państwom członkowskim zalecenia dotyczące przedziałów wiekowych. Jednolite przedziały wiekowe i taka sama częstotliwość kontroli w państwach członkowskich zmniejszyłyby rozbieżności w wynikach, a ponadto służyły nauce.

4.24 Komitet przyjmuje z zadowoleniem pilotażowy, europejski dobrowolny system akredytacji.

5. **Określanie i rozpowszechnianie dobrych praktyk**

5.1 Komitet przyjmuje z zadowoleniem cel przeciwdziałania dysproporcjom w umieralności na nowotwory poprzez zmniejszenie różnic między państwami członkowskimi w tym zakresie.

5.2 Komitet zwraca uwagę, że dla osiągnięcia tego celu bardzo istotne jest, by wszystkie państwa członkowskie rozpoczęły gromadzenie danych i tworzenie rejestrów chorób nowotworowych. Szczególnie ważne są tu jawne i dokładne porównania. Minimalnym warunkiem realizacji celów jest istnienie lub utworzenie w każdym państwie członkowskim rejestru ludności oraz dokumentowanie nowych zachorowań na raka i przyczyn zgonów. W ten sposób będzie można zdobyć dokładne dane dotyczące zapadalności, zachorowalności, chorobowości, wyleczalności, przeżywalności i umieralności na nowotwory. Komitet proponuje, aby na późniejszym etapie włączyć do porównań także rejestry prowadzone przez szpitale. W takim przypadku można by osiągnąć jeszcze lepszą porównywalność, także w odniesieniu do terapii.

5.3 Komitet popiera zidentyfikowanie przeszkód w zbieraniu danych i proponuje podjęcie ukierunkowanych wysiłków, by państwa członkowskie, w których nie ma jeszcze rejestru nowotworów, mogły takowy wprowadzić możliwie najszybciej.

5.4 Uważa także, że ważne jest zbieranie danych dotyczących społecznych kosztów nowotworów. Służy ono realizacji celów i może poszerzyć wiedzę o tym problemie społecznym.

5.5 Komitet popiera przeprowadzenie badania ankietowego mierzącego opinię Europejczyków na temat rejestracji danych dotyczących nowotworów. W tej sprawie jako dobry przykład mogłyby posłużyć doświadczenia skandynawskich państw członkowskich.

5.6 Komitet podziela pogląd, że nowotwory powodowane są przez wiele czynników, między innymi styl życia oraz czynniki zawodowe i środowiskowe, dlatego też w profilaktyce należy przyjąć szeroko zakrojone podejście.

5.7 Komitet podkreśla w szczególności znaczenie profilaktyki dotyczącej spożycia tytoniu. W wielu państwach członkowskich, zwłaszcza nowych, liczba osób palących jest duża. Często największe spożycie tytoniu występuje w grupach najsłabszych pod względem społecznym i gospodarczym. Także tzw. bierne palenie niesie ze sobą zagrożenia dla zdrowia, których nie wolno pomijać.

Badania

5.8 Komitet podziela pogląd Komisji, że wymianę informacji między państwami można jeszcze znacznie usprawnić i że istotna jest poprawa infrastruktury badawczej.

5.9 Komitet przyjmuje z zadowoleniem zaproponowane wzmocnienie publicznego dostępu do informacji o badaniach nad rakiem, a w szczególności o badaniach klinicznych.

5.10 Komitet podziela stanowisko Komisji odnośnie do wspólnych europejskich inicjatyw badawczych dotyczących profilaktyki, np. badań nad trybem życia. Jest to dziedzina zaniedbywana, a przy tym ważna i strategiczna, i należy nad nią pracować zgodnie z celami Partnerstwa. Trzeba także poprzez odpowiednie badania przeanalizować ryzyko skutków ubocznych i szkodliwych skutków terapii. To samo dotyczy problemów psychologicznych i społecznych.

5.11 Komitet wskazuje na znaczenie konkurencji w nauce i uważa, że współpracę w zakresie badań naukowych można ponadto poprawić głównie na poziomie infrastruktury. Komitet popiera banki biologiczne i ułatwienia w wymianie materiału, informacji i badań klinicznych w przypadkach, gdy materiał, którym dysponują poszczególne państwa nie jest wystarczający lub gdy współpraca kilku państw pozwoli szybciej uzyskać wyniki (europejskie badania wieloośrodkowe).

5.12 Komitet przyjąłby z zadowoleniem ocenę badań naukowych i praktyki naukowej z perspektywy europejskiej przez powołane do tego celu gremium. Takie niezależne gremium mogłoby ocenić i przeanalizować całą zgromadzoną w Europie aktualną wiedzę z danej dziedziny medycyny. Inaczej mówiąc, miałoby to na celu porównanie pracy naukowej wykonanej w danej dziedzinie z ustalonymi uprzednio kryteriami dobrych badań.

5.13 Komitet przyjąłby zwłaszcza z zadowoleniem określenie przez to gremium tematów badań nad rakiem, w których istnieje pilna potrzeba strategicznych, obejmujących całą UE, projektów badawczych, ale które nie są interesujące z komercyjnego punktu widzenia.

Porównania i analiza porównawcza

5.14 Cel: Zapewnienie dokładnych i porównywalnych danych dotyczących chorób nowotworowych, koniecznych do podjęcia środków w ramach polityki.

5.15 Podobnie jak Komisja, Komitet podkreśla znaczenie porównywalnych danych dotyczących chorób nowotworowych oraz potrzebę prowadzenia w państwach członkowskich rejestrów nowotworów.

5.16 EKES uważa za konieczne opracowanie porównywalnych i poddających się analizie wskaźników. Pierwszym krokiem powinno być wprowadzenie we wszystkich państwach członkowskich rejestrów nowotworów, z których przesyłano by sprawozdania do określonego dalszego organu. Jako partnerzy w kwestii sprawozdawczości wchodziłyby w grę IARC i UICC; obie te organizacje działają na szczeblu europejskim.

5.17 Komitet przypisuje duże znaczenie jawnym porównaniom, ponieważ w ten sposób można wskazywać i rozpowszechniać sprawdzone metody.

5.18 Porównywalność danych i zwiększenie ich wymiany ma także duże znaczenie dla badań naukowych.

5.19 Komitet podkreśla, że wszystkie elementy związane z leczeniem i opieką, takie jak terapia, rehabilitacja i opieka paliatywna, odgrywają ważną rolę w łagodzeniu obciążeń i cierpienia, które rak przynosi chorym i ich bliskim. Komitet opowiada się za tym, aby w pierwszym rzędzie kłaść nacisk na profilaktykę pierwotną (zapobieganie) i wtórną (badania przesiewowe), tak aby możliwie wcześniej rozpoznać ewentualną chorobę nowotworową i odpowiednio wcześnie rozpocząć terapię.

5.20 Zdaniem Komitetu ważne jest, by krajowe zintegrowane plany walki z rakiem uwzględniały wszystkie elementy leczenia i opieki, począwszy od terapii, rehabilitacji i opieki paliatywnej, a skończywszy na profilaktyce pierwotnej i wtórnej.

Bruksela, 16 grudnia 2009 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Mario SEPI