

Czwartek, 6 maja 2010 r.

Walka z rakiem: partnerstwo europejskie

P7_TA(2010)0152

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 6 maja 2010 r. w sprawie komunikatu Komisji pt. „Walka z rakiem: partnerstwo europejskie” (2009/2103 (INI))

(2011/C 81 E/19)

Parlament Europejski,

- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie” (COM(2009)0291),
- uwzględniając decyzję nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającą drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 ⁽¹⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 9 października 2008 r. w sprawie białej księgi Komisji „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013” ⁽²⁾,
- uwzględniając decyzję nr 1982/2006/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. dotyczącą siódmego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007-2013) ⁽³⁾,
- uwzględniając konkluzje Rady przyjęte dnia 10 czerwca 2008 r. ⁽⁴⁾ w sprawie ograniczenia obciążenia związanego z chorobami nowotworowymi,
- uwzględniając zalecenie Rady 2003/878/WE z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku nowotworów ⁽⁵⁾,
- uwzględniając swoje oświadczenie z dnia 11 października 2007 r. w sprawie potrzeby szeroko zakrojonej strategii kontroli zachorowań na nowotwory ⁽⁶⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 10 kwietnia 2008 r. w sprawie zwalczania nowotworów w rozszerzonej Unii Europejskiej ⁽⁷⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 25 października 2006 r. w sprawie raka piersi w rozszerzonej Unii Europejskiej ⁽⁸⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 5 czerwca 2003 r. w sprawie raka piersi w Unii Europejskiej ⁽⁹⁾,
- uwzględniając decyzję nr 646/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 marca 1996 r. przyjmującą wspólnotowy plan zwalczania nowotworów w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1996-2000) ⁽¹⁰⁾,

⁽¹⁾ Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

⁽²⁾ Teksty przyjęte, P6_TA(2008)0477.

⁽³⁾ Dz.U. L 412 z 30.12.2006, s. 1.

⁽⁴⁾ Rada Unii Europejskiej, konkluzje Rady w sprawie ograniczenia obciążenia związanego z chorobą nowotworową, 2876. posiedzenie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Konsumentów, Luksemburg, 10 czerwca 2008 r.

⁽⁵⁾ Dz.U. L 327 z 16.12.2003, s. 34.

⁽⁶⁾ Dz.U. C 227 E z 4.9.2008, s. 160.

⁽⁷⁾ Dz.U. C 247 E z 15.10.2009, s. 11.

⁽⁸⁾ Dz.U. C 313 E z 20.12.2006, s. 273.

⁽⁹⁾ Dz.U. C 68 E z 18.3.2004, s. 611.

⁽¹⁰⁾ Dz.U. L 95 z 16.4.1996, s. 9.

Czwartek, 6 maja 2010 r.

- uwzględniając decyzję Rady 2004/513/WE dnia 2 czerwca 2004 r. w sprawie zawarcia Ramowej konwencji antytytoniowej Światowej Organizacji Zdrowia ⁽¹⁾,
 - uwzględniając trzecią wersję Europejskiego kodeksu walki z rakiem,
 - uwzględniając światowy raport na temat raka z 2008 r. przygotowany przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem (IARC),
 - uwzględniając oświadczenie Parlamentu Europejskiego w sprawie zapalenia wątroby typu C ⁽²⁾,
 - uwzględniając działalność i konkluzje międzypartyjnej grupy interesu „Posłowie do PE przeciwko rakowi” (MAC),
 - uwzględniając art. 184 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,
 - uwzględniając art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej ⁽³⁾,
 - uwzględniając art. 48 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności, a także opinie Komisji Przemysłu, Badań Naukowych i Energii oraz Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A7-0121/2010),
- A. mając na uwadze, że mimo postępów w medycynie rozwój raka na świecie przybiera rozmiary epidemii,
- B. mając na uwadze, że niektóre kraje osiągnęły postęp w zmniejszaniu zachorowalności na raka dzięki strategiom przeciwko paleniu tytoniu, usprawnionej profilaktyce wtórnej i leczeniu określonych rodzajów raka ⁽⁴⁾,
- C. mając na uwadze, że według Światowej Organizacji Zdrowia rak jest jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie, a w 2004 r. spowodował ok. 13 % wszystkich zgonów,
- D. mając na uwadze, że nowotwory stanowiły drugą co do częstości przyczynę zgonów w 2006 r., powodując dwa na dziesięć zgonów w populacji kobiet oraz trzy na dziesięć zgonów w populacji mężczyzn, co równa się około 3,2 mln obywateli UE, u których corocznie stwierdza się nowotwór; mając na uwadze, że zgony te są spowodowane w głównej mierze rakiem płuc, rakiem jelita grubego i rakiem piersi,
- E. mając na uwadze, że – jak szacuje Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) – w ciągu całego życia u co trzeciego Europejczyka diagnozuje się chorobę nowotworową, a co czwarty Europejczyk na nią umiera,
- F. mając na uwadze, że według przewidywań w 2010 r. u 3 mln Europejczyków rozwinie się choroba nowotworowa, a blisko 2 mln umrze z powodu raka, natomiast prognozy na rok 2020 przewidują zachorowanie na raka 3,4 mln Europejczyków i zgon w następstwie choroby ponad 2,1 mln osób,
- G. mając na uwadze, że najczęstsze rodzaje raka są różne u kobiet i mężczyzn, przy czym kobiety cierpią najczęściej na raka piersi, szyjki macicy, trzonu macicy, jajowodu, jajnika i pochwy, lecz także na raka żołądka i jelita grubego; mając na uwadze, że wśród kobiet w wielu krajach europejskich rośnie zachorowalność na raka piersi, dotykając także młodych kobiet, a co roku w UE rak piersi rozwija się u 275 000 tys. kobiet,

⁽¹⁾ Dz.U. L 213 z 15.6.2004, s. 8.

⁽²⁾ Dz.U. C 27 E z 31.1.2008, s. 247.

⁽³⁾ Dz.U. C 364 z 18.12.2000, s. 1.

⁽⁴⁾ Jemal A, Ward E, Thun M (2010) Declining Death Rates Reflect Progress against Cancer (Zmniejszająca się umieralność odzwierciedleniem postępów w walce z rakiem). PLoS ONE 5(3): e9584. doi:10.1371/journal.pone.0009584.

Czwartek, 6 maja 2010 r.

- H. mając na uwadze, że walkę z rakiem należy uznać za podstawową część strategii w zakresie zdrowia,
- I. mając na uwadze, że w ok. 30 % przypadków można zapobiec rakowi i ograniczyć jego skutki poprzez wczesne wykrywanie i leczenie oraz że skuteczność krajowych programów badań przesiewowych kobiet jest niejednorodna i zależy od stopnia objęcia nimi żeńskiej części populacji, dostępności mammografii i jej jakości, leczenia i innych czynników,
- J. mając na uwadze, że choroby nowotworowe u dzieci, które stanowią główną przyczynę śmierci młodzieży, mogą być skutecznie leczone, przy czym wskaźnik przeżywalności osiąga 80 %,
- K. mając na uwadze, że profilaktyka obejmuje zarówno profilaktykę pierwotną zachorowalności, jak i profilaktykę wtórną w postaci badań przesiewowych i wczesnego wykrywania,
- L. mając na uwadze, że skuteczna profilaktyka pierwotna może w znaczący sposób wpłynąć na poprawę zdrowia poprzez działania oparte na danych dotyczących mieszkańców i środki mające na celu zachęcanie do prowadzenia zdrowego stylu życia,
- M. mając na uwadze, że profilaktyka obejmuje profilaktykę pierwotną zachorowalności, którą można osiągnąć poprzez ograniczenie ekspozycji populacji na substancje zanieczyszczające związane z rakiem obecne w środowisku naturalnym, stanowiącą uzupełnienie profilaktyki wtórnej poprzez badania przesiewowe i wczesne wykrywanie,
- N. mając na uwadze, że zachorowalności na raka szyjki macicy (będącego drugim po raku piersi najczęstszym rodzajem raka u kobiet) można zapobiegać dzięki odpowiedniemu leczeniu, takiemu jak szczepionki profilaktyczne przeciwko wirusom rakotwórczym,
- O. mając na uwadze, że nowotwory są wywoływane przez wiele czynników w różnych stadiach, a zatem potrzebny jest nowy model zapobiegania chorobom nowotworowym, uwzględniający w równym stopniu uwarunkowania genetyczne, styl życia, jak i przyczyny natury zawodowej i środowiskowej w sposób odzwierciedlający rzeczywiste łączne skutki wywołane przez poszczególne czynniki zamiast skupiania się na pojedynczych przyczynach,
- P. mając na uwadze, że czynniki środowiskowe obejmują nie tylko dym tytoniowy w otoczeniu, promieniowanie i nadmierne narażenie na promieniowanie ultrafioletowe, lecz także narażenie na chemiczne substancje zanieczyszczające w żywności, powietrzu, glebie i wodzie, spowodowane m.in. procesami przemysłowymi, praktykami rolniczymi lub obecnością tych substancji np. w budownictwie i towarach konsumpcyjnych,
- Q. mając na uwadze, że zasadniczo choroba ta rozwija się w rezultacie kontaktu danej osoby z czynnikami rakotwórczymi, które są obecne w tym, co ta osoba wdycha, je i pije, lub na których działanie jest narażona w środowisku prywatnym lub zawodowym; nawyki, takie jak palenie tytoniu, nawyki żywieniowe i nawyki dotyczące aktywności fizycznej, jak również warunki w miejscu pracy i warunki środowiskowe odgrywają podstawową rolę w pojawianiu się raka,
- R. mając na uwadze, że według Światowej Organizacji Zdrowia co najmniej 10 % zgonów spowodowanych nowotworami w skali roku jest bezpośrednim wynikiem narażenia na substancje rakotwórcze w miejscu pracy; mając na uwadze, że takiemu narażeniu można by zapobiec, gdyby substancje rakotwórcze zostały zastąpione mniej szkodliwymi substancjami,
- S. mając na uwadze, że gwałtowny wzrost liczby przypadków niektórych rodzajów nowotworów, takich jak np. niezróżnicowany chłoniak jądra, oraz zwiększanie się o 1 % rocznie liczby przypadków występowania w Europie nowotworów u dzieci w okresie ostatnich 20 lat, zgodnie z danymi WHO, pokazują, że wpływ na to z pewnością mają czynniki środowiskowe,
- T. mając na uwadze, że skuteczna profilaktyka wtórna ukierunkowana na wczesne wykrywanie choroby może również w istotny sposób przyczynić się do poprawy profilaktyki zdrowotnej i znacząco wpłynąć na poprawę zdrowia; mając na uwadze, że oczekuje się, iż objęcie 100 % populacji programem przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy może doprowadzić do zmniejszenia liczby utraconych lat życia o ponad 94 %, a każdy z 152 przeprowadzonych wymazów z szyjki macicy może przynieść jeden dodatkowy rok życia,

Czwartek, 6 maja 2010 r.

- U. mając na uwadze, że substancje chemiczne powodujące zaburzenia endokrynologiczne mogą odgrywać ważną rolę w powstawaniu nowotworów, na przykład w przypadku raka piersi lub raka jąder, wymagają zatem specjalnych działań,
- V. mając na uwadze, że systemy ochrony zdrowia w Europie stoją w obliczu poważnych wyzwań związanych z utrzymaniem ich równowagi w perspektywie długofalowej, a najważniejsze z nich to wpływ starzenia się społeczeństwa na wymogi rynku pracy i ogólne wydatki na ochronę zdrowia; ponadto nowe technologie, chociaż przynoszą istotne korzyści, wymagają odpowiednio wykwalifikowanego personelu i prawdopodobnie większych wydatków,
- W. mając na uwadze, że zachorowalność na określone rodzaje nowotworów, takie jak rak szyjki macicy, jest znacznie wyższa w określonych grupach migrantek i w związku z tym konieczne jest dopilnowanie, aby programy profilaktyki i wczesnego wykrywania koncentrowały się na tych grupach wysokiego ryzyka i były dla nich dostępne,
- X. mając na uwadze, że starzenie się mieszkańców Unii to jedna z przyczyn wzrostu obciążenia związanego z chorobami nowotworowymi w całej Unii, oraz mając na uwadze, że wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe będzie dodatkowym obciążeniem dla finansów publicznych i wydajności gospodarki sektora prywatnego, a także że w związku z tym poprawa wskaźników zdrowotnych dotyczących nowotworów przyczyni się również do poprawy długoterminowych wskaźników gospodarczych,
- Y. mając na uwadze, że częstość występowania nowotworów jest związana ze starzeniem się i jest ściśle powiązana z wiekiem starczym, a wraz ze starzeniem się społeczeństwa ogólna zachorowalność na nowotwory również się zwiększy; tendencja ta będzie widoczna głównie wśród starszych kobiet, ponieważ średnia długość życia kobiet wciąż jest większa niż mężczyzn, w związku z czym konieczne jest dopilnowanie, aby programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nie były dostępne wyłącznie dla kobiet w średnim wieku, lecz również dla kobiet starszych i najstarszych,
- Z. mając na uwadze, że wspólne kompetencje Unii Europejskiej i państw członkowskich, przewidziane w traktacie lizbońskim, odnoszą się do wspólnych względów bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego, na przykład ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego,
- AA. mając na uwadze, że w nowych państwach członkowskich umieralność z powodu nowotworów jest wyższa niż w UE-15,
- AB. mając na uwadze, że WHO szacuje, iż co najmniej jednej trzeciej wszystkich zachorowań na nowotwory można zapobiec oraz że profilaktyka stanowi najbardziej opłacalną długoterminową strategię zwalczania nowotworów, a także że według szacunków nowotworom można zapobiegać poprzez zmodyfikowanie lub unikanie głównych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, nadwaga, niskie spożycie owoców i warzyw, brak aktywności fizycznej oraz spożywanie alkoholu, czynniki zakaźne oraz narażenie na określone substancje chemiczne i promieniowanie jonizujące,
- AC. mając na uwadze, że niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej, otyłość, tytoń i alkohol są czynnikami ryzyka wpływającymi również na występowanie innych chorób przewlekłych, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2 i choroby układu oddechowego, i w związku z tym programy profilaktyki raka powinny być prowadzone w ramach zintegrowanego programu profilaktyki chorób przewlekłych,
- AD. mając na uwadze, że już w 1987 r. eksperci opracowali Europejski kodeks walki z rakiem jako oparty na dowodach instrument prowadzenia działań profilaktycznych,
- AE. mając na uwadze, że do przyczyn poważnych różnic w osiągnięciu wskaźnika pięcioletniej przeżywalności w przypadku większości nowotworów w całej Europie należą zaskakujące i niedopuszczalne różnice dotyczące jakości zaplecza przeznaczonego do leczenia nowotworów, programów badań przesiewowych, opartych na dowodach naukowych wytycznych dotyczących najlepszych praktycznych wzorców, sprzętu do radioterapii, a także dostępności leków antynowotworowych,

Czwartek, 6 maja 2010 r.

- AF. mając na uwadze, że nierówności w zakresie zdrowia nadal występują powszechnie w Unii Europejskiej, oraz mając na uwadze, że zdrowie społeczności znajdujących się w niekorzystnej sytuacji – na skutek ograniczonego dostępu do zasobów, informacji i usług – jest bardziej zagrożone niż zdrowie społeczności o wyższym statusie społeczno-gospodarczym,
- AG. mając na uwadze, że zapadalność na nowotwory można obniżyć i kontrolować poprzez wdrożenie opartych na dowodach strategii wczesnego wykrywania choroby i opieki nad pacjentami chorymi na raka,
- AH. mając na uwadze, że szacuje się, iż 25 % wszystkich zgonów z powodu nowotworów w Unii może być wywołanych paleniem papierosów; mając na uwadze, że palenie jest przyczyną 80-90 % zgonów z powodu raka płuc na świecie i że coraz więcej młodych dziewcząt zaczyna palić papierosy, co może doprowadzić do zwiększonego ryzyka zapadalności na raka płuc wśród kobiet w przyszłości,
- AI. mając na uwadze, że w ciągu minionych 20 lat współczynnik zachorowalności na raka wątroby wzrósł ponad dwukrotnie, i w 2006 r. odnotowano 50 300 nowych przypadków raka w EU-27, a 45 771 osób zmarło w wyniku tej choroby, a także mając na uwadze, że poza nadwagą i spożyciem alkoholu 75-85 % przypadków pierwotnego raka wątroby jest prawdopodobnie wywołane przewlekłym zakażeniem wirusowym zapaleniem wątroby (typu B lub C),
- AJ. mając na uwadze, że dobrze udokumentowano, iż styl życia, zwłaszcza nawyki żywieniowe, mają wpływ na rozwój nowotworów, w związku z czym zachowanie dobrego odżywiania przyczynia się do podniesienia wskaźnika przeżywalności (przynajmniej w przypadku niektórych nowotworów) oraz jakości życia pacjentów chorych na raka,
- AK. mając na uwadze, że niektórych nowotworów można uniknąć, a ogólny stan zdrowia można poprawić prowadząc zdrowszy tryb życia, oraz mając na uwadze, że nowotwory można wyleczyć, a perspektywy wyleczenia znacznie wzrastają, jeżeli nowotwór zostanie wykryty we wczesnym stadium,
- AL. mając na uwadze, że rak jest również silnie powiązany ze statusem społecznym i ekonomicznym, a czynniki ryzyka zachorowania na raka są najliczniejsze w grupach o najniższym wykształceniu; ponadto wskaźnik przeżywalności pacjentów pochodzących z niższych grup społeczno-ekonomicznych jest stale niższy niż w przypadku pacjentów pochodzących z grup wyższych,
- AM. mając na uwadze, że dobrze opracowany i zarządzany krajowy program zwalczania nowotworów zmniejsza współczynniki zachorowalności i umieralności na raka, w niektórych przypadkach o ponad 70 %, i poprawia jakość życia pacjentów chorych na raka, niezależnie od rodzaju ograniczenia zasobów występującego w danym kraju,
- AN. mając na uwadze, że między państwami członkowskimi istnieją znaczne rozbieżności w dziedzinie opracowywania, wdrażania i jakości planów zwalczania raka,
- AO. mając na uwadze, że wdrożenie w skali kraju skutecznych programów badań przesiewowych w oparciu o dane dotyczące mieszkańców – zgodnie z europejskimi wytycznymi, jeżeli takowe są już dostępne – znacząco poprawia jakość i dostępność badań przesiewowych w kierunku nowotworów oraz odnośnych usług diagnostycznych i terapeutycznych dla ludności, tym samym zwiększając także możliwości w zakresie zwalczania nowotworów,
- AP. mając na uwadze, że obecnie w UE występują znaczne różnice pod względem jakości w odniesieniu do badań przesiewowych w kierunku nowotworów, wczesnego wykrywania i prowadzenia działań następczych; mając na uwadze, że różnice te dotyczą w szczególności stosowania procedur mających na celu wczesne wykrywanie oraz opracowywanie metod oszczędzającego ograniczania skutków chorób nowotworowych, którego koszty można byłoby mierzyć,
- AQ. mając na uwadze, że krajowe rejestry nowotworów we wszystkich państwach członkowskich są istotnym warunkiem dostarczania porównywalnych danych dotyczących nowotworów,

Czwartek, 6 maja 2010 r.

- AR. mając na uwadze, że współpraca międzyinstytucjonalna może przyczynić się do większej skuteczności wspólnych działań,
- AS. mając na uwadze, że nie we wszystkich państwach członkowskich uznaje się specjalizację onkologiczną w medycynie oraz mając na uwadze, że należy zapewnić ustawiczne kształcenie medyczne,
- AT. mając na uwadze, że swoboda przemieszczania się osób oraz swoboda przemieszczania się pracowników są gwarantowane prawem Wspólnoty, a swoboda przedsiębiorczości co do zasady przyczynia się do zapewnienia usług pracowników służby zdrowia tam, gdzie są one najbardziej potrzebne, co przynosi bezpośrednie korzyści pacjentom i pozwala uniknąć licznych trudności związanych z przemieszczaniem pacjentów do innych państw,
- AU. mając na uwadze, że zdrowie fizyczne i psychiczne są ze sobą ściśle powiązane, a to wzajemne powiązanie jest zbyt często niedostrzegane w trakcie opieki nad osobami chorymi na raka i innymi osobami korzystającymi z usług opieki zdrowotnej,
- AV. mając na uwadze, że złożony charakter nowotworów wymaga lepszej komunikacji między różnymi i licznymi pracownikami służby zdrowia biorącymi udział w leczeniu pacjentów chorych na raka, oraz mając na uwadze, że jakość i średnią długość życia pacjentów chorych na raka może poprawić opieka psychospołeczna i opieka z zakresu zdrowia psychicznego,
- AW. mając na uwadze, że pacjenci chorzy na raka nie mają obecnie jednakowego dostępu do informacji medycznych i pilnie potrzebują dalszych informacji w każdym stadium choroby,

1. z zadowoleniem przyjmuje wniosek Komisji w sprawie utworzenia Partnerstwa europejskiego na rzecz walki z rakiem na lata 2009-2013 w celu wsparcia wysiłków państw członkowskich w walce z chorobami nowotworowymi poprzez stworzenie ram dla pozyskiwania i wymiany informacji, umiejętności i wiedzy specjalistycznej dotyczących profilaktyki i kontroli nowotworów, a także poprzez zaangażowanie we wspólne działania zainteresowanych stron w całej Unii Europejskiej;

2. utrzymuje, że zdecydowana walka z rakiem na szczeblu europejskim może doprowadzić do stworzenia ram dla skoordynowanych działań na szczeblu państw członkowskich oraz szczeblu regionalnym i lokalnym; Partnerstwo europejskie na rzecz walki z rakiem powinno uzupełniać działania prowadzone już przez europejskie instytucje w obszarze zdrowia oraz powinno się na nich opierać, a także dążyć do tworzenia partnerstw z innymi usługami i sektorami w celu zapewnienia kompleksowego podejścia do profilaktyki i leczenia raka;

3. przyznaje, że na mocy art. 168 TFUE działania związane z kwestiami zdrowotnymi należą przede wszystkim do kompetencji państw członkowskich, ale podkreśla znaczenie opracowania wspólnotowego harmonogramu działań i zachęca Komisję oraz państwa członkowskie do podjęcia wspólnych działań i kompleksowego podejścia poprzez włączenie kwestii medycznych do takich obszarów polityki, jak edukacja, ochrona środowiska, badania naukowe i kwestie społeczne;

4. podkreśla, że w celu stworzenia reprezentatywnego i skutecznego partnerstwa należy ustanowić ściślejszą współpracę z zainteresowanymi stronami przy udziale społeczeństwa obywatelskiego oraz organizacji pracodawców i pracowników na szczeblu międzynarodowym, europejskim, krajowym, regionalnym i lokalnym; Partnerstwo europejskie na rzecz walki z rakiem powinno gromadzić te zainteresowane strony faktycznie zaangażowane w poprawę rezultatów w zakresie zdrowia; nie należy lekceważyć potencjału tego forum w zakresie przyczyniania się do opracowywania i rozpowszechniania wytycznych dotyczących najlepszych praktyk; partnerstwo to powinno również tworzyć kanały komunikacji z innymi forami, takimi jak forum UE na temat polityki w zakresie ochrony zdrowia, w celu dopilnowania, aby w działaniach na rzecz walki z rakiem należycie uwzględniano inne kwestie, takie jak nierówności zdrowotne, czynniki warunkujące zdrowie i rola pracowników służby zdrowia, z których wszystkie mają oczywisty wpływ na częstość występowania i leczenia nowotworów;

Czwartek, 6 maja 2010 r.

5. wzywa Komisję Europejską i Radę Europejską do współpracy z Parlamentem Europejskim w ramach dobrze skoordynowanego międzyinstytucjonalnego partnerstwa w celu zmniejszenia obciążenia związanego z chorobami nowotworowymi, z wykorzystaniem podstawy prawnej określonej w Traktacie z Lizbony w celu ochrony zdrowia publicznego i profilaktyki chorób; Komisja Europejska i Rada Europejska powinny rozważyć wykorzystanie różnych istniejących formalnych i nieformalnych struktur w celu przeprowadzania konsultacji z posłami do Parlamentu Europejskiego;
6. wzywa Komisję do określenia charakteru i źródeł finansowania Partnerstwa europejskiego na rzecz walki z rakiem;
7. podkreśla, że kompleksowe podejście do chorób nowotworowych oraz międzydyscyplinarne zespoły mogą zapewnić skuteczniejszą opiekę nad pacjentami chorymi na raka oraz że zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi uwzględniająca dobre samopoczucie i wsparcie psychospołeczne i psychiczne jest istotnym elementem opieki, który także należy rozwijać;
8. podkreśla, że szczególne działania należy podejmować w przypadku rzadkich i mniej powszechnych rodzajów nowotworów w celu przyspieszenia diagnozy i powszechniejszego udostępniania specjalistycznej wiedzy w centrach doskonałości;
9. wskazuje, że na mocy traktatu lizbońskiego Parlament Europejski i Rada, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą prawodawczą i po zasięgnięciu opinii Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, mogą również przyjmować środki zachęcające, służące ochronie i poprawie zdrowia ludzkiego;
10. uważa, że zważywszy na brak dodatkowego wsparcia do końca aktualnego okresu finansowego (2013 r.) powodzenie partnerstwa zależy od optymalnego wykorzystania dostępnych zasobów;
11. wzywa państwa członkowskie do jak najszybszego przygotowania zintegrowanych planów walki z rakiem, ponieważ mają one kluczowe znaczenie dla osiągnięcia ambitnego długoterminowego celu partnerstwa polegającego na ograniczeniu do 2020 r. obciążenia związanego z chorobami nowotworowymi o 15 %;
12. wzywa Komisję do uwzględniania wniosków Partnerstwa na rzecz walki z rakiem dotyczących planów zwalczania raka i do przedstawienia wniosku dotyczącego zalecenia Rady w sprawie planów zwalczania raka; wzywa Komisję do niezależnego corocznego monitorowania wdrażania przyjętego zalecenia i jego postępów;
13. podkreśla, że profilaktyka stanowi najbardziej opłacalne działanie, ponieważ jednej trzeciej zachorowań na raka można uniknąć, oraz wzywa do systematycznego i strategicznego inwestowania coraz większych środków zarówno w profilaktykę pierwotną, jak i wtórną; podkreśla znaczenie utrzymania inwestycji w zdrowie, w szczególności poprzez działania profilaktyczne; w związku z tym Komisja Europejska i Rada Europejska powinny rozważyć podjęcie dodatkowych działań w celu zagwarantowania otoczenia wpływającego na poprawę zdrowia, w tym działań dotyczących tytoniu, odżywiania i alkoholu, oraz przepisów ukierunkowanych na zwiększanie możliwości podejmowania aktywności fizycznej;
14. wzywa partnerstwo do dopilnowania, aby wszystkie działania w grupach „Promocja zdrowia i profilaktyka” oraz „Badania naukowe” zawierały element z zakresu czynników środowiskowych obejmujących nie tylko dym tytoniowy w otoczeniu, promieniowanie i nadmierne narażenie na promieniowanie ultrafioletowe, lecz także niebezpieczne substancje chemiczne wewnątrz i na zewnątrz budynków, na których działanie ludzie są narażeni, w tym substancje powodujące zaburzenia endokrynologiczne;
15. jest zdania, że kluczem do profilaktyki jest zajęcie się „czynnikami ryzyka” w odniesieniu do nowotworów, i apeluje do państw członkowskich o potraktowanie tej kwestii priorytetowo;

Czwartek, 6 maja 2010 r.

16. podkreśla że, istnieje rosnąca potrzeba poświęcenia większej uwagi sprawie jakości życia coraz większej liczby pacjentów z przewlekłą chorobą nowotworową, której nie można wyleczyć, ale którą można na wiele lat ustabilizować;

17. podkreśla, że działania mające na celu zmniejszenie nierówności w obciążeniu związanym z chorobami nowotworowymi powinny obejmować ukierunkowane promowanie programów zdrowotnych, edukacyjnych i profilaktycznych, a także gromadzenie danych z krajowych populacyjnych rejestrów nowotworów i porównywalnych, kompletnych i dokładnych danych na temat raka z tych rejestrów;

18. wzywa Komisję do zachęcania tych państw członkowskich, które mają wysoki wskaźnik śmiertelności z powodu raka, żeby zreformowały swoje krajowe ewidencje nowotworów w celu dysponowania danymi niezbędnymi do opracowania lepiej przemyślanej i ukierunkowanej polityki;

19. apeluje, aby w partnerstwie na rzecz walki z rakiem i w przyszłych inicjatywach UE, na przykład zmienionym zaleceniu Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku nowotworów, podjąć – poza promocją zdrowia oraz walką z otyłością i spożyciem alkoholu – problemy profilaktyki i zwalczania chorób, które mogą przekształcić się w nowotwór, takie jak pierwotna i wtórna profilaktyka i, w stosownych przypadkach, leczenie wirusowego zapalenia wątroby;

20. podkreśla rolę badań przesiewowych jako jednego z najważniejszych instrumentów w walce z rakiem; apeluje do państw członkowskich o inwestowanie w programy badań przesiewowych w kierunku nowotworów i jest zdania, że inicjatywy te są najskuteczniejsze, gdy są stale dostępne dla możliwie największej grupy osób;

21. podkreśla, że należy prowadzić zintegrowane badania (podstawowe i kliniczne) w zakresie wykorzystania odżywiania w profilaktyce raka i leczeniu niedożywienia związanego z rakiem, jak również opracować sprawdzone i szeroko akceptowane wytyczne dotyczące wsparcia żywieniowego dla pacjentów z chorobą nowotworową; apeluje zatem do Komisji o zapewnienie środków finansowych na opracowanie i zatwierdzenie zintegrowanych badań (podstawowych i klinicznych) w zakresie wykorzystania odżywiania w profilaktyce raka i leczeniu niedożywienia związanego z rakiem, jak również na opracowanie powszechnie akceptowanych wytycznych dotyczących wsparcia żywieniowego dla pacjentów z chorobą nowotworową, przeznaczonych dla pracowników opieki społecznej i pracowników służby zdrowia w Europie, a także wzywa państwa członkowskie do wspierania wdrażania takich wytycznych;

22. podkreśla, że należy dokonać przeglądu Europejskiego kodeksu walki z rakiem oraz szerzej i bardziej energicznie promować go w UE-27 oraz że szczególne działania należy skierować na nowe państwa członkowskie objęte Europejskim partnerstwem na rzecz walki z rakiem;

23. apeluje do państw członkowskich o ustanowienie prawnego obowiązku zgłaszania przypadków zachorowań na raka z wykorzystaniem standardowej europejskiej terminologii w celu zapewnienia sposobów oceny programów profilaktyki, badań przesiewowych i leczenia, wskaźników przeżywalności oraz porównywalności danych pochodzących z różnych państw członkowskich, oraz do przygotowania na ich podstawie informacji skierowanych do opinii publicznej;

24. podkreśla, że zapadalność na nowotwory można obniżyć i kontrolować poprzez wdrożenie opartych na dowodach strategii wczesnego wykrywania choroby i opieki nad pacjentami chorymi na raka, obejmujących odpowiednie działania informacyjne, podnoszące świadomość korzyści z badań przesiewowych, skierowane do osób, które powinny na nich zyskać; w związku z tym apeluje do państw członkowskich o przeanalizowanie, czy badania przesiewowe w kierunku raka piersi u kobiet poniżej 50. i powyżej 69. roku życia są przydatne, i zwraca się do Komisji o gromadzenie i analizowanie tych informacji;

25. podkreśla pilną potrzebę uzgodnienia wspólnych, stosowanych w całej UE-27 norm jakości leczenia nowotworów u dzieci;

26. wzywa państwa członkowskie do podjęcia dodatkowych działań w celu zwiększenia świadomości na temat nowotworów typowych dla danej płci w celu zwiększenia poziomów profilaktyki i zachęcania do wykonywania badań przesiewowych w kierunku tych chorób;

Czwartek, 6 maja 2010 r.

27. apeluje do Komisji o zapewnienie finansowania dalszego rozwoju badań krwi i moczu (oznaczanie markerów biologicznych) w ramach siódmego programu ramowego, mając na uwadze, że te procedury wczesnego wykrywania są obiecującymi narzędziami wykrywania różnych rodzajów nowotworów (raka prostaty, okrężnicy, jajnika, nerki i pęcherza moczowego);
28. uważa, że środki dostępne w 7. programie ramowym na walkę z rakiem powinny być wykorzystane bardziej skutecznie poprzez np. lepszą koordynację poszczególnych unijnych ośrodków prowadzących badania nad rakiem;
29. wzywa Komisję Europejską, by wypełniała swoją rolę polegającą na wspieraniu poprzez wprowadzanie wspólnych działań w zakresie badań;
30. apeluje o zwiększenie wsparcia badań nad profilaktyką raka, w tym badań skutków szkodliwych substancji chemicznych i substancji zanieczyszczających środowisko, wpływu odżywiania, stylu życia, czynników genetycznych, a także wzajemnego oddziaływania wszystkich wymienionych czynników, oraz apeluje o zbadanie związku między rakiem a potencjalnymi czynnikami ryzyka, takimi jak tytoń, alkohol i hormony farmaceutyczne i syntetyczne obecne w środowisku;
31. zauważa, że czeski rząd nie ratyfikował jeszcze ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu, która weszła w życie w lutym 2005 r., i w związku z tym apeluje o uczynienie tego;
32. wzywa, aby w badaniach z zakresu biomonitorowania zwracać szczególną uwagę na najważniejsze źródła narażenia na substancje rakotwórcze, w szczególności ruch uliczny, emisje pochodzące z przemysłu, jakość powietrza w dużych miastach oraz emanacje i wody powierzchniowe w pobliżu składowisk odpadów;
33. wzywa Komisję do dopilnowania, aby w ramach wspólnotowej strategii dotyczącej substancji powodujących zaburzenia endokrynologiczne podejmowano bardziej zdecydowane działania;
34. podkreśla, że wyniki badań powinny jak najszybciej przekładać się na konkretne działania oraz że trwające badania nie powinny być wykorzystywane do opóźniania działań zwalczających znane czynniki lub czynniki podejrzewane o powodowanie lub zwiększanie zachorowalności na choroby nowotworowe;
35. wzywa Komisję do zachęcania państw członkowskich do przyjmowania strategii na rzecz wspierania zasad określonych w globalnej strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia, przyjętej w 2004 r.;
36. uważa, że należy prowadzić więcej badań nad związkiem między rakiem a płcią, jak również odrębnych i całościowych badań nad wpływem środowiska pracy na zachorowalność na raka;
37. wzywa Komisję do wspierania w każdy możliwy sposób zasady profilaktyki zarówno w ramach praktyk medycznych, jak i coraz zdrowszych stylów życia, oraz do zachęcania państw członkowskich, aby inwestowały więcej zasobów w profilaktykę, zarówno profilaktykę pierwotną (tj. zapobieganie czynnikom, które powodują lub zwiększają zachorowalność na choroby nowotworowe, takim jak kontakt z substancjami zanieczyszczającymi środowisko, lub ograniczanie tych czynników), jak i profilaktykę wtórną w postaci badań przesiewowych i wczesnego wykrywania;
38. podkreśla konieczność opracowywania w ramach programów badawczych prowadzonych na dużą skalę alternatywnych rozwiązań dla substancji szkodliwych innych niż substancje rakotwórcze; należy zachęcać do innowacyjności, która powinna umożliwiać stopniowe wycofywanie wszystkich szkodliwych substancji gromadzących się w ciele człowieka lub w środowisku naturalnym i mogących powodować nowotwory lub skutki mutagenne; w perspektywie długoterminowej należy zastąpić na rynku te substancje;

Czwartek, 6 maja 2010 r.

39. uważa, że przed rozpoczęciem powszechnego stosowania procedur i technik wczesnego wykrywania należy poddać je bardziej dogłębnym badaniom, aby zagwarantować, że ich wykorzystywanie i stosowanie jest bezpieczne i oparte na dowodach; konieczne jest zatem, aby badania te prowadziły do opracowania jednoznacznych zaleceń i wytycznych opartych na dowodach;

40. uważa, że obecne finansowanie przeznaczone na walkę z rakiem w UE jest niewystarczające, aby zaowocować koniecznymi badaniami naukowymi i koordynacją, a także dostarczyć obywatelom UE rzetelnych informacji na temat profilaktyki;

41. zachęca Komisję do ujęcia środków na wspieranie profilaktyki raka w perspektywie finansowej;

42. wzywa Komisję i państwa członkowskie do ustanowienia w ramach Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem europejskiej sieci profilaktyki, która zajmowałaby się wszystkimi uwarunkowaniami zdrowotnymi odnoszącymi się do raka, w tym czynnikami środowiskowymi;

43. wzywa Komisję, aby zachęcała do podejmowania i wspierania inicjatyw łączących różne zainteresowane strony w celu profilaktyki raka poprzez ograniczanie narażenia w miejscu pracy i w środowisku naturalnym na substancje rakotwórcze i inne substancje powodujące raka oraz poprzez propagowanie zdrowego stylu życia, a zwłaszcza podkreślanie głównych czynników ryzyka, takich jak tytoń, alkohol, otyłość, niewłaściwe odżywianie, brak ruchu i ekspozycja na słońce, i koncentrowanie się przede wszystkim na dzieciach i młodzieży;

44. wzywa do pilnego rozwiązania problemów środowiskowo-zdrowotnych, które mają wpływ na rozwój określonych rodzajów nowotworów, zgodnie z tym, co określono w Europejskim planie działania na rzecz środowiska i zdrowia na lata 2004-2010, konkretnie poprzez ocenę późniejszych krajowych planów działania na rzecz środowiska i zdrowia oraz poprzez współpracę między państwami członkowskimi w zakresie rezultatów osiągniętych w ramach tego procesu, aby zagwarantować, że rezultaty uzyskane w poszczególnych krajach będą mogły wesprzeć działania w tym obszarze podejmowane na szczeblu europejskim;

45. podkreśla, że optymalna opieka nad pacjentem wymaga podejścia międzydiscyplinarnego oraz że kluczową rolę odgrywają lekarze-onkolodzy jako osoby stykające się bezpośrednio z pacjentami, podkreśla także, iż aby zapewnić optymalne kwalifikacje lekarzy stosujących leki do zwalczania raka, potrzebne jest kształcenie oraz jasne kryteria i wytyczne;

46. wzywa Komisję i partnerstwo do poddania przegładowi zalecenia Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku nowotworów w świetle najnowszych osiągnięć naukowych w celu zachęcania do tworzenia przyszłych europejskich programów akredytacji/certyfikacji w obszarze badań przesiewowych w kierunku nowotworów, diagnozy i leczenia, które mają być opracowywane na podstawie europejskich wytycznych dotyczących zapewniania jakości, zważywszy, że takie programy mogłyby również stanowić wzór dla innych obszarów opieki zdrowotnej;

47. nalega, by Komisja i państwa członkowskie wspierały kampanie informacyjne na temat badań przesiewowych w kierunku nowotworów skierowane do całego społeczeństwa oraz do wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej, a także wymianę najlepszych praktycznych wzorców dotyczących stosowania środków profilaktycznych i sposobów wczesnego wykrywania, takich jak oszczędne połączenie właściwych testów na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) jako badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy i szczepionki HPV chroniącej młode kobiety przed rakiem szyjki macicy, oraz zwraca się do Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem o zbadanie potrzeby aktualizacji zalecenia Rady dotyczącego badań przesiewowych w kierunku nowotworów w celu uwzględnienia dowodów na skuteczność badań przesiewowych w kierunku raka prostaty u mężczyzn;

48. wzywa Komisję do wykorzystania już istniejącego Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), które po rozszerzeniu mandatu o choroby niezakaźne może być wykorzystywane jako unijne centrum badań nad rakiem, gdzie wszystkie dane zebrane w poszczególnych państwach członkowskich mogłyby być zestawione razem i analizowane w celu dostarczenia naukowcom i lekarzom najlepszych rozwiązań i szerszej wiedzy na temat tej choroby;

Czwartek, 6 maja 2010 r.

49. przyjmuje z zadowoleniem wniosek Komisji w sprawie Europejskiego partnerstwa na rzecz walki z rakiem na lata 2009-2013 oraz propozycję zmniejszenia do 2013 r. obciążenia chorobami nowotworowymi poprzez objęcie 100 % populacji badaniami przesiewowymi w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego i wzywa państwa członkowskie do pełnego wdrożenia przedmiotowych wytycznych;
50. wzywa Komisję do opracowania karty ochrony praw pacjentów chorych na raka i osób przewlekle chorych w miejscu pracy, wymagającej od przedsiębiorstw umożliwienia pacjentom utrzymania zatrudnienia w czasie leczenia i powrotu na rynek pracy po jego zakończeniu;
51. wzywa Komisję, państwa członkowskie i Europejską Agencję Chemikaliów do wdrożenia rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH) oraz do aktualizowania wykazu substancji budzących szczególnie poważne obawy, do których zalicza się substancje rakotwórcze;
52. wzywa Komisję, pracującą w ramach partnerstwa, aby zachęcała do podejmowania i wspierania inicjatyw mających na celu uniemożliwienie przywozu towarów zawierających substancje chemiczne powodujące raka, a także aby przedsięwzięła środki na skalę europejską w celu zintensyfikowania kontroli mających na celu wykrywanie takich substancji chemicznych, w tym pestycydów, które mogą być obecne w artykułach spożywczych;
53. zauważa, że opieka paliatywna nad pacjentami z chorobą nowotworową w fazie terminalnej charakteryzuje się różną jakością w różnych państwach członkowskich i może zyskać na wymianie dobrych praktyk, wzywa zatem Komisję i państwa członkowskie do wspierania i promowania opieki paliatywnej oraz do opracowania wytycznych dotyczących jej stosowania;
54. podkreśla potrzebę nasilenia wysiłków w zakresie programów rehabilitacji psychospołecznej i zawodowej skierowanych do pacjentów z chorobą nowotworową, które obejmowałyby szeroki zakres działań ukierunkowanych na informowanie, konsultacje, porady dotyczące ewentualnych zmian stylu życia i zachowania, wsparcie psychologiczne oraz kwestie opieki socjalnej; podkreśla znaczenie monitorowania i oceniania stanu zdrowia psychicznego osób z chorobą nowotworową;
55. wzywa Komisję i państwa członkowskie do dopilnowania, aby prowadzone na skalę europejską badania dotyczące biomonitorowania człowieka uzyskiwały środki finansowe konieczne do monitorowania substancji rakotwórczych i innych substancji powodujących raka w celu oceny skuteczności polityki;
56. uznaje, że partnerstwo powinno dążyć do skutecznego zintegrowania już istniejących inicjatyw w zakresie koordynacji badań nad rakiem i starać się w większym stopniu zachęcać partnerstwa publiczno-prywatne do stymulowania badań i badań przesiewowych, w szczególności w zakresie obrazowania medycznego;
57. uważa zaproponowany system za niedoskonały, gdyż nie przewidziano w nim jasnych definicji celów działań szczegółowych, takich jak sposób realizacji integracji planów wszystkich państw członkowskich na rzecz walki z rakiem do roku 2013 i wzywa Komisję do naprawienia tego braku spójności;
58. apeluje o zwiększenie środków finansowych na programy w dziedzinie polityki regionalnej i programy Europejskiego Funduszu Społecznego, których celem jest uczenie i informowanie kobiet o ochronie przed rakiem piersi i jego profilaktyce;
59. wzywa Komisję do zapewnienia w prawodawstwie wspólnotowym zachęt zarówno dla przemysłu, jak i dla badaczy, mających na celu promowanie prowadzonych badań i opracowanie nowych, opartych na dowodach leków i metod leczenia w zwalczaniu nowotworów;

Czwartek, 6 maja 2010 r.

60. podkreśla znaczenie poddania przeglądowi dyrektywy 2001/20/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, odnoszących się do wdrożenia zasady dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania przez człowieka (dyrektywa w sprawie badań klinicznych)⁽¹⁾ w celu zachęcania do podejmowania większych wysiłków na rzecz badań nad nowotworami, przy skoncentrowaniu się przede wszystkim na badaniach przesiewowych, w tym na wczesnym wykrywaniu, bez lekceważenia jednak wpływu wydatków ponoszonych na sektor badań niekomercyjnych, oraz wzywa do ulepszenia dostępnych dla pacjentów i ogółu opinii publicznej informacji dotyczących trwających badań klinicznych lub pomyślnie ukończonych badań klinicznych;
61. wzywa Komisję do dopilnowania, aby prawodawstwo UE przewidywało bodźce dla naukowców i sektora przemysłowego, zachęcające do opracowywania żywieniowych i innych opartych na produktach naturalnych sposobów podejścia do profilaktyki raka, które byłyby zatwierdzane w oparciu o badania z zakresu nutrigenomiki i epigenetyki;
62. nalega także na pilne wprowadzenie patentu wspólnotowego, a także patentu międzynarodowego;
63. wzywa Komisję do zapewnienia – poprzez sieci pracowników służby zdrowia – upowszechniania najlepszych praktycznych wzorców w leczeniu i opiece w celu zagwarantowania obywatelom dostępu do najlepszych dostępnych metod leczenia;
64. wzywa państwa członkowskie i Komisję do opracowania i nasilenia inicjatyw na rzecz udzielania wsparcia osobom bezpośrednio lub pośrednio dotkniętym rakiem, zwłaszcza poprzez stworzenie i rozwój psychologicznej opieki i wsparcia na terenie całej UE dla pacjentów, którzy wygrali walkę z rakiem;
65. wzywa państwa członkowskie i Komisję do wykorzystania wszystkich niezbędnych sposobów w celu opracowania wytycznych dla wspólnego zdefiniowania niepełnosprawności, obejmującej osoby cierpiące na choroby przewlekłe lub chorujące na raka, a w międzyczasie do dopilnowania, aby te państwa członkowskie, które dotychczas tego nie uczyniły, poczyniły bezzwłocznie kroki konieczne do włączenia powyższych kategorii osób do swoich krajowych definicji niepełnosprawności;
66. wzywa Komisję i państwa członkowskie do dopilnowania, aby leki antynowotworowe, w tym sposoby leczenia rzadkich i mniej powszechnych rodzajów nowotworów, były dostępne w jednakowym stopniu dla wszystkich potrzebujących ich pacjentów we wszystkich państwach członkowskich; wzywa Komisję i państwa członkowskie do podejmowania konkretnych i skoordynowanych działań w celu ograniczenia nierówności w dostępie do terapii raka i opieki nad chorymi, w tym do nowych „ukierunkowanych” leków przeciwnowotworowych, niedawno wprowadzonych do obrotu;
67. oczekuje od państw członkowskich przyjęcia lepszej polityki informacyjnej na temat znaczenia badań przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, mającej na celu zwiększenie ich akceptacji i udziału w nich wszystkich docelowych grup społecznych, ze szczególnym naciskiem na objęcie nimi mniejszości i grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu społeczno-ekonomicznym;
68. wskazuje, że cele wyznaczone przez partnerstwo na rzecz walki z rakiem są długoterminowe, w związku z czym wzywa instytucje europejskie do wspierania tego partnerstwa w przyszłym budżecie Wspólnoty na opiekę zdrowotną w perspektywie jego dziesięcioletniej trwałości i skuteczności; wzywa Komisję do oceny, monitorowania i przedstawiania corocznych sprawozdań w sprawie postępów i skuteczności we wdrażaniu zaleceń partnerstwa europejskiego;
69. uważa, że odpowiednie wdrożenie obowiązującego prawodawstwa z zakresu substancji powodujących lub zwiększających zachorowalność na raka ma podstawowe znaczenie w walce z rakiem; wzywa zatem Komisję do zapewnienia pełnego wdrożenia odnośnego prawodawstwa z zakresu zdrowia pracowników oraz do pilnego przyczynienia się w sposób zdeterminowany do opracowania kompleksowego wykazu substancji kwalifikujących się jako wzbudzające szczególne obawy, jako kolejnego etapu podejmowania szybkich decyzji dotyczących substancji CMR w kontekście pozwoleń udzielanych na mocy rozporządzenia REACH;
70. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie oraz Komisji.

(1) Dz.U. L 121 z 1.5.2001, s. 34.