

#EUCanBeatCancer

Wnioski Grupy EPL
dotyczące Komisji
Specjalnej ds. Walki
z Rakiem (BECA)



SPIS TREŚCI

Przedmowa przewodniczącego Grupy EPL, Manfred Weber	3
Rak w Europie, Bartosz Arłukowicz Przewodniczący Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem	4
• Dysproporcje w dostępie do leczenia	4
• Nasza obietnica	4
• Dotrzyliśmy naszych obietnic!	5
• O co walczymy?	5
• Jak pracowaliśmy?	6
• Tylko razem możemy pokonać raka	6
• Rak a Covid	7
• Raport końcowy	8
• Nadszedł czas na realną walkę z rakiem	8
• Wielka nadzieja	9
Osobiste doświadczenie, Cindy Franssen , Koordynator Grupy EPL w Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem	11
Członkowie Grupy EPL w Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem ..	12
Raport w sprawie wzmocnienia Europy w walce z chorobami nowotworowymi - w kierunku kompleksowej i skoordynowanej strategii	15
• Projekt Rezolucji Parlamentu Europejskiego	15
• Informacje o przyjęciu przez komisję przedmiotowo właściwą	59
• Głosowanie końcowe w formie głosowania imiennego w komisji przedmiotowo właściwej	59





PRZEDMOWA

Drodzy Przyjaciele!

Publikacja, którą właśnie otworzyliście, jest wynikiem prawie dwóch lat ciężkiej i bardzo owocnej pracy. Przypomina również, zwłaszcza teraz, w czasach zawirowań politycznych i niepewności, o tym, co Europejczycy są w stanie osiągnąć, gdy pracują razem. Musimy zacząć od tego, co jest naprawdę ważne dla obywateli, od tego, co ma wpływ na ich życie. Dążenie do tego, by leczyć raka, nie jest tylko deklaracją.

Nowotwory stanowią pierwszą przyczynę zgonów w Europie. W coraz większej liczbie krajów europejskich 40% z nas spotka się z diagnozą nowotworu. Większość z nas ma przyjaciela lub krewnego, który walczył z rakiem. To bardzo intymna kwestia dla rodziny, ale dotyczy nas wszystkich. Wynaleźliśmy szczepionkę na ospę. Dzięki odkryciu penicyliny możemy wyleczyć zapalenie płuc. Wspólnie wyeliminowaliśmy te groźne choroby. Dlaczego nie miałyby nam się udać zwalczyć i raka? Dlatego też jako Grupa EPL domagamy się, aby walka z rakiem była w Europie absolutnym priorytetem. W 2019 roku przedstawiliśmy centralny plan walki z rakiem. Dzięki temu Unia Europejska zobowiązała się do opracowania europejskiego planu walki z tą chorobą.

Bezpośrednim skutkiem było powołanie przez Parlament Europejski w czerwcu 2020 r. Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem (BECA). Posłowie w niej zasiadający wykonali ogromną pracę, dążąc do połączenia w Europie wysiłków, wiedzy i środków w celu zwalczania jednej z najstraszniejszych chorób znanych człowiekowi. Eksperti mówią, że jest to możliwe – to tylko kwestia woli politycznej, aby poczynić postępy na rzecz milionów ludzi w całej Europie.

Członkowie komisji z Grupy EPL z powodzeniem walczyli:

- o skuteczniejszą transgraniczną wymianę danych, aby pomóc naukowcom ratować życie. Jest to szczególnie ważne w przypadku rzadkich nowotworów, które dotyczą głównie dzieci.
- o pomoc wszystkim pacjentom, niezależnie od tego, gdzie mieszkają w Europie. Nie możemy zaakceptować faktu, że pacjenci w Europie Wschodniej mają o 30% mniejsze szanse na powrót do zdrowia w porównaniu z pacjentami w Europie Zachodniej.
- o ułatwienie pacjentom podejmowania leczenia w innym kraju UE.

Parlament Europejski przyjął raport końcowy 16 lutego 2022 r. Nadszedł czas, aby pójść krok dalej i poszerzyć liczbę obszarów, w których UE może zapewnić obywatelom wartość dodaną i dążyć do tego, by Unia Europejska stała się prawdziwą unią zdrowia.



Manfred Weber

Posel do PE

Przewodniczący Grupy EPL
w Parlamencie Europejskim



Bartosz Arłukowicz
Poseł do PE
Przewodniczący Komisji
Specjalnej ds. Walki z Rakiem

RAK W EUROPIE

Rak jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów wśród Europejczyków. Skala zagrożenia jest tak duża, że walka z rakiem stała się wyzwaniem cywilizacyjnym i jednym z najważniejszych zadań, stojących przed systemami ochrony zdrowia w Europie.

Co roku na Starym Kontynencie na jeden z rodzajów tej choroby zapada 3,5 miliona ludzi, a 1,3 miliona umiera. Co więcej, rak dotyka nie tylko osób starszych, ale także coraz częściej ten problem dotyczy również osób młodych, nastolatków czy dzieci.

Każdego roku w Europie z powodu nowotworów umiera około 6 tysięcy dzieci. Można więc powiedzieć, że jesteśmy świadkami kolejnej epidemii - epidemii raka.

DYSPROPORCJE W DOSTĘPIE DO LECZENIA

Mimo znaczącego rozwoju cywilizacyjnego i technologicznego, Europa nadal boryka się z wieloma problemami zdrowia publicznego. Liczba ofiar raka w Europie rośnie każdego roku.

Według obliczeń Komisji Europejskiej, przy obecnym tempie wzrostu, do 2035 roku liczba zgonów z powodu raka w Europie wzrośnie o 24%. Co ważne, walka z nowotworami to wyzwanie zarówno dla mniej zamożnych państw członkowskich, jak i dla najbogatszych. W 2018 roku Francja zanotowała niedobory aż 868 leków, w tym kilkudziesięciu leków onkologicznych. Tego samego roku Niemcy zgłosiły niewystarczające zapasy 7 leków onkologicznych, w tym tych kluczowych w walce z rakiem piersi, płuc czy żołądka.

Oprócz nierównego dostępu do leczenia, niepokojące są także różnice w skuteczności leczenia. W niektórych państwach UE, kobiety chorujące na raka piersi mają aż o 25% mniejsze szanse na przeżycie, niż w innych. Nie we wszystkich państwach członkowskich wprowadzono populacyjne programy wykonywania kolonoskopii. W niektórych państwach średnie uczestnictwo w badaniach mammograficznych wynosi poniżej 20%.

Te i wiele innych danych o stanie opieki onkologicznej w Europie sprawiają, że wspólne europejskie działanie w tej sferze jest konieczne.

NASZA OBIETNICA

Zdając sobie sprawę z powagi zagrożenia dla zdrowia publicznego, jakie stanowią nowotwory, Europejska Partia Ludowa, a w szczególności Platforma Obywatelska, postawiła sobie za cel walczyć z tym śmiertelnym przeciwnikiem.

W trakcie kampanii wyborczej do Parlamentu Europejskiego, Manfred Weber, przewodniczący Grupy EPL, podkreślał, że

Unia Europejska musi wspomóc krajowe wysiłki na rzecz walki z nowotworami. Europosłowie Platformy Obywatelskiej obiecywali, że Polacy w Brukseli będą walczyć o lepsze finansowanie i realną pomoc dla pacjentów onkologicznych i ich rodzin.

W maju 2019 roku partie tworzące Europejską Partię Ludową wygrały wybory do Parlamentu Europejskiego. W tym momencie zaczął się czas wdrażania kampanijnych planów w życie.

DOTRZYMALIŚMY NASZYCH OBIETNIC!

Po miesiącach międzypartyjnych negocjacji, posłowie EPL dopięli swego. Przekonali partnerów z innych grup politycznych w Parlamencie Europejskim i 23 września 2020 roku ukonstytuowała się, pierwsza w historii zjednoczonej Europy, Specjalna Komisja do Spraw Walki z Rakiem.

Po latach wspólnych prac nad poprawą infrastruktury, tworzenia Wspólnej Polityki Rolnej, Polityki Spójności, Jednolitego Rynku, Parlament Europejski uznał, że czas na wspólną walkę z rakiem. W Komisji rozpoczęto pracę 34 posłów z 17 państw członkowskich Unii Europejskiej.

Stanąłem na czele tej Komisji, jako były minister zdrowia w rządzie Donalda Tuska i lekarz, którzy przez lata pracował na oddziale onkologii dziecięcej.

O CO WALCZYMY?

Wraz z pozostałymi polskimi posłami, zasiadającymi w Komisji Specjalnej, Ewą Kopacz i Adamem Jarubasem, jasno określiliśmy priorytety nowej komisji:

- stworzenie europejskiego standardu szybkiej diagnozy - szybka diagnoza jest jednym z najważniejszych elementów skutecznego leczenia,
- stworzenie europejskiego standardu opieki - każdy pacjent w Europie, bez względu na kraj zamieszkania, powinien mieć taki sam standard opieki onkologicznej,
- wspólne zakupy nowoczesnych leków onkologicznych - pozwoliłoby to efektywnie pożytkować fundusze, przy jednoczesnym zapewnieniu ciągłości dostępu do leków,
- zapobieganie deficytom leków na raka - stały monitoring dostępności leków pozwoliłoby na szybką reakcję na potencjalne braki leków,
- europejskie zapasy leków krytycznie potrzebnych w onkologii,
- stworzenie skutecznego systemu drugiej opinii - dzięki niemu onkolodzy z jednego państwa członkowskiego UE mogliby konsultować trudne przypadki nowotworów ze specjalistami z innych państw,
- stworzenie rejestru danych o przebiegach choroby nowotworowej - w szczególności rejestr ten mógłby

gromadzić dane o przebiegach rzadkich nowotworów, oraz o nietypowych przebiegach dobrze znanych nowotworów, by specjaliści mieli stały dostęp do najnowszej wiedzy medycznej.

JAK PRACOWALIŚMY?

W Komisji Specjalnej do Spraw Walki z Rakiem pracowaliśmy od września 2020 roku do grudnia 2021 roku.

Na początku prac Komisji Specjalnej do Spraw Walki z Rakiem, ustaliliśmy, że raport końcowy powinien odnosić się do każdego aspektu walki z nowotworami - od prewencji przez diagnozę i leczenie, aż po wsparcie rodzin pacjentów onkologicznych.

W trakcie 15 miesięcy prac Komisji Specjalnej zorganizowano szereg wysłuchań publicznych na tematy, takie jak:

- czynniki ryzyka nowotworowego,
- wsparcie badań nad rakiem,
- sytuacja pacjentów i opiekunów,
- nowotwory dziecięce i rzadkie,
- wpływ pandemii COVID-19 na opiekę onkologiczną,
- badania przesiewowe i wczesna diagnoza.

Wysłuchano głosu 118 ekspertów z całej Europy. Komisja Specjalna spotkała się z pacjentami, rodzinami chorych, lekarzami, pielęgniarkami, jak również naukowcami i badaczami.

Komisja Specjalna stała się miejscem, w którym głos tych osób mógł być słyszalny zarówno w Brukseli, jak i we wszystkich innych europejskich stolicach.

TYLKO RAZEM MOŻEMY POKONAĆ RAKA

Do pracy nad raportem końcowym Komisji Specjalnej wyznaczono Veronique Trillet-Lenoir, profesor onkologii z Francji, członkinię liberalnej grupy „Odnówmy Europę”.

Każda z pozostałych grup nominowała swoich przedstawicieli, tzw. kontrsprawozdawców, którzy mieli wspomagać i monitorować przygotowywanie raportu. Byli to:

- Dr Peter Liese (Niemcy) - Europejska Partia Ludowa,
- Nicolas Gonzales Casares (Hiszpania) - Socjaliści i Demokraci,
- Michele Rivasi (Francja) - Zieloni,
- Joelle Melin (Francja) - Tożsamość i Demokracja,

- Pietro Fiocchi (Włochy) - Europejscy Konserwatyści i Reformatorzy,
- Giorgos Georgiou (Cypr) - Lewica,

Od samego początku wypracowaliśmy bardzo dobrą współpracę. Byliśmy świadomi, że tylko działając razem, jako przedstawiciele całej Europy, mamy szansę na pokonanie raka. Przegramy, jeśli rak stanie się zakładnikiem partyjnych gier.

RAK A COVID

Prace Komisji Specjalnej do Spraw Walki z Rakiem zbiegły się w czasie z pandemią Sars-Cov-2 (COVID-19), która ograniczyła w znacznym stopniu możliwość bezpośrednich spotkań i interakcji z interesariuszami, pacjentami, lekarzami i badaczami.

Pandemia znacząco obciążyla systemy ochrony zdrowia, doprowadzając do opóźnień w leczeniu innych chorób, w tym raka. Wielu pacjentów nie zgłaszało się do specjalistów w obawie przed zakażeniem, a tysiące zaplanowanych onkologicznych zabiegów chirurgicznych zostało odłożonych w czasie.

Te i wiele innych czynników sprawiło, że Europejczycy chorzy na raka byli leczeni dłużej i mniej skutecznie. Jednak nie znano skali problemu. Komisja Specjalna na początku 2021 roku zdecydowała, że zorganizuje ogólnoeuropejskie konsultacje społeczne, by zbadać realny wpływ pandemii COVID-19 na pacjentów onkologicznych.

Przygotowaną przez Komisję ankietę internetową wypełnili przedstawiciele ponad 300 organizacji i stowarzyszeń pacjentów, lekarzy, badaczy i innych interesariuszy z całej Europy. Konkluzje były jednoznaczne - także osoby chore na raka stały się cichymi ofiarami pandemii.

Pacjenci trafiali do specjalistów na znacznie późniejszych etapach choroby, a ograniczony dostęp do szpitali opóźnił leczenie chirurgiczne i inne standardowe cykle leczenia. Na podstawie zebranych danych Komisja Specjalna uzgodniła, że w raporcie końcowym część rekomendacji dotycząca leczenia nowotworów, musi być poświęcona likwidacji opóźnień w ich leczeniu, spowodowanych światową pandemią.

Prace nad projektem raportu końcowego, zaprezentowanym przez sprawozdawczynię w lipcu 2021 roku, trwały 5 miesięcy. W tym czasie posłowie złożyli do dokumentu aż 1537 poprawek, co z jednej strony pokazuje zaangażowanie, ale z drugiej i to, jak wiele aspektów walki z rakiem wymaga działania.

Podczas spotkań, w które zaangażowane były wszystkie grupy polityczne, uzgodniono tekst kompromisowy, który poddano pod głosowanie 9 grudnia.

Za raportem końcowym głosowało 29 z 34 posłów zasiadających w Komisji Specjalnej do Spraw Walki z Rakiem, czterech się wstrzymało od głosu, a tylko jeden był przeciw. Ta przytłaczająca większość wskazuje na to, że udało nam

się stworzyć raport, o bardzo szerokim poparciu i będący fundamentem europejskiej walki z największym wyzwaniem naszych czasów w Europie.

RAPORT KOŃCOWY

Raport końcowy Komisji Specjalnej do Spraw Walki z Rakiem zawiera wiele konkretnych rekomendacji, które wspólnie mogą stanowić pozytywny impuls dla opieki onkologicznej w całej Europie. Przytoczmy tylko niektóre z nich:

- uproszczenie zasad zwrotu kosztów w ramach istniejących ram UE, dla tych, którzy poszukują transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym prawa do drugiej opinii,
- ogólnounijne prawo „do bycia zapomnianym”, aby zapobiegać dyskryminacji osób, które przeżyły chorobę nowotworową i poprawić dla nich dostęp do usług finansowych, takich jak ubezpieczenia i kredyty na rynkowych warunkach,
- rozszerzenie wspólnych zamówień publicznych, zwłaszcza na leki na choroby rzadkie, pediatryczne i na nowoczesne metody leczenia raka,
- promowanie i skoncentrowanie wysiłków finansowych na innowacje w zakresie metod leczenia raka, ratujących życie,
- powszechne szczepienie dzieci, chłopców i dziewcząt, przeciwko wirusowi HPV, co znacznie zmniejszy liczbę przypadków raka szyjki macicy, w przypadku tych drugich, znacznie zmniejszy.

Te i wiele innych postulatów tworzą całościowy dokument, który jest realnym kamieniem milowym europejskich wysiłków na rzecz walki z rakiem. Jest także dużym osiągnięciem Grupy Europejskiej Partii Ludowej oraz polskich posłów, zasiadających w jej ławach.

NADSZEDŁ CZAS NA REALNĄ WALKĘ Z RAKIEM

Parlament Europejski przyjął raport Komisji Specjalnej do Spraw Walki z Rakiem na posiedzeniu plenarnym 16 lutego 2022 roku.

Za dokumentem głosowało 652 spośród 705 posłów ze wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej. To najlepszy dowód na to, że jest wola polityczna, by rozpocząć wspólną, europejską walkę z rakiem.

Kolejne lata muszą być naznaczone działaniem i konkretnym finansowaniem, wspomagającym walkę z rakiem.

Wysiłki te będą niezbędne, aby coraz mniej dzieci, młodzieży, rodziców, babć i dziadków chorowało, cierpiało i umierało na choroby nowotworowe. Musi nam się udać! Razem pokonamy raka!

WIELKA NADZIEJA

Pandemia Covid-19 sprawiła, że przyspieszono badania nad nowatorskimi metodami leczenia, w tym nad szczepionkami opartymi o technologię mRNA.

Podczas jednego z wysłuchań publicznych Specjalnej Komisji do Spraw Walki z Rakiem (BECA) dr Andreas Kuhn, dyrektor w firmie BioNTech powiedział:

“

Myślę, że w ciągu najbliższych 3-5 lat
będziemy w stanie stworzyć
szczepionkę na niektóre nowotwory
w oparciu o technologię **mRNA**.

”



OSOBISTE DOŚWIADCZENIE

„Jeśli zbierzemy wszystkie talenty, wiedzę i zasoby, możemy prawdziwie połączyć wszystkie nasze siły w walce z rakiem” – stwierdził Manfred Weber podczas kampanii wyborczej w 2019 roku. W ten sposób pomógł zainicjować proces prowadzący do europejskiego planu walki z rakiem.

Teraz szczególnie potrzebujemy takiego planu. W Europie rośnie liczba zachorowań na raka. Jeżeli nie podejmiemy działań już teraz, do 2035 r. ich liczba się podwoi. Chociaż stanowimy tylko jedną dziesiątą ludności świata, na nasz kontynent przypada około 25% rocznej liczby zachorowań na raka. Nie możemy po prostu beczynnienie się temu przyglądać. Pacjenci zasługują na to, by dać im nadzieję.

Na podstawie planu zaproponowanego w lutym 2020 r. przez Komisję Europejską, europosłowie w Parlamencie Europejskim powołali Komisję Specjalną, która ma zbadać, jak Europa może skuteczniej walczyć z rakiem. W ścisłej współpracy z pracownikami ochrony zdrowia, naukowcami, pacjentami i ich rodzinami wytyczyliśmy drogę, którą należy podążać, aby przynieść korzyści wszystkim Europejczykom.

Nasze działania zawsze skupiały się na pacjentach. Aby ten plan okazał się sukcesem, potrzebujemy całościowego, ogólnoeuropejskiego podejścia. Musi ono obejmować wszystkie aspekty: od badań naukowych i profilaktyki, po badania przesiewowe, leczenie, aż po opiekę po leczeniu onkologicznym. Będziemy wspierać nowoczesne badania naukowe, dbać o szybkie zatwierdzanie nowych metod leczenia, znajdować rozwiązania problemu niedoborów leków, zapewniać obywatelom zdrowe środowisko życiowe oraz walczyć z dyskryminacją, zwłaszcza wobec i wśród młodzieży. Kluczowe znaczenie ma powszechny szybki dostęp do najlepszej możliwej opieki onkologicznej w całej Unii.

Odegranie aktywnej roli w tym ważnym zadaniu było dla mnie bardzo istotne. Podobnie jak większość Europejczyków, w mojej rodzinie doświadczyłam problemów i konsekwencji związanych z diagnozą nowotworu. Mój mąż usłyszał ją już cztery razy. Za każdym razem wiadomość ta uruchamia emocjonalny rollercoaster, a przyszłość ogranicza się do terminu następnej kontroli. Byłam zaszczyczona, mogąc pracować nad tak ważną kwestią z kompetentnymi i doświadczonymi kolegami. Przede wszystkim mam tu na myśli naszą Grupę EPL, ale również inne grupy polityczne. Walka z rakiem nie powinna mieć barw politycznych.

Teraz pora wcielić słowa w czyn. Zalecenia pozostają tylko słowami, jeśli ich nie realizujemy. Walka z rakiem musi pozostać w centrum uwagi podczas przeglądu lub opracowywania nowych przepisów. Chodzi tu o jakość powietrza, szkodliwe chemikalia, produkty farmaceutyczne i przyszłe środki na badania naukowe. Tylko wtedy będziemy w stanie rzeczywiście zmienić sytuację wszystkich chorych na raka. Naukowcy, lekarze, pielęgniarki, pacjenci czy rodziny – razem możemy pokonać raka.



Cindy Franssen

Posel do PE
Koordynator Grupy EPL w
Komisji Specjalnej ds. Walki
z Rakiem



Bartosz ARŁUKOWICZ
Przewodniczący



Nathalie COLIN-OESTERLÉ
Wiceprzewodnicząca



Cindy FRANSEN
Członkini, Koordynator



Loucas FOURLAS
Członek



Ewa KOPACZ
Członkini



Peter LIESE
Członek, Kontrsprawozdawca



Deirdre CLUNE
Zastępstwo



Jens GIESEKE
Zastępstwo



Sunčana GLAVAK
Zastępstwo

CZŁONKOWIE GRUPY EPL W KOMISJI SPECJALNEJ DS. WALKI Z RAKIEM



Marian-Jean MARINESCU
Członek



Dolors MONTSERRAT
Członkini



Maria SPYRAKI
Członkini



Adam JARUBAS
Zastępstwo



Liudas MAŽYLIS
Zastępstwo



Aldo PATRICIELLO
Zastępstwo



Lídia PEREIRA
Zastępstwo



Christian SAGARTZ
Zastępstwo



Tomislav SOKOL
Zastępstwo

W SPRAWIE WZMOCNIENIA EUROPY W WALCE Z CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI – W KIERUNKU KOMPLEKSOWEJ I SKOORDYNOWANEJ STRATEGII

Komisja Specjalna ds. Walki z Rakiem

Sprawozdawczyni: **Véronique Trillet-Lenoir**

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

w sprawie wzmocnienia Europy w walce z chorobami nowotworowymi – w kierunku kompleksowej i skoordynowanej strategii

Parlament Europejski,

- uwzględniając swoją decyzję z dnia 18 czerwca 2020 r. w sprawie powołania, kompetencji, składu liczbowego i długości kadencji Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem¹,
- uwzględniając dokument roboczy Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem z dnia 27 października 2020 r. w sprawie wkładu Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem (BECA) w kształtowanie przyszłego europejskiego planu walki z rakiem²,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 3 lutego 2021 r. pt. „Europejski plan walki z rakiem” (COM(2021)0044),
- uwzględniając unijny program ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji „Horyzont Europa” na lata 2021–2027 oraz specjalną misję badawczą dotyczącą chorób nowotworowych w ramach tego programu³,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 11 grudnia 2019 r. „Europejski Zielony Ład” (COM(2019)0640),
- uwzględniając konkluzje Rady z dnia 15 czerwca 2021 r. w sprawie dostępu do leków i wyrobów medycznych z myślą o silniejszej i odpornej UE⁴,
- uwzględniając przewodniki opracowane w ramach wspólnych działań na rzecz walki z rakiem (EPAAC, CANCON, iPAAC) i program na rzecz walki z rzadkimi chorobami nowotworowymi 2030 ustanowiony w ramach wspólnego działania na rzecz walki z rzadkimi nowotworami (JARC),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 30 września 2020 r. w sprawie nowej europejskiej przestrzeni badawczej na rzecz badań naukowych i innowacji (COM(2020)0628),
- uwzględniając zalecenie Rady 2003/878/WE z dnia 2 grudnia 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka⁵,
- uwzględniając sprawozdanie Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) z maja 2017 r. dotyczące wdrażania zalecenia Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka⁶,

¹ Dz.U. C 362 z 8.9.2021, s. 182.

² Dokument roboczy z dnia 27 października 2020 r.

³ Rozporządzenie (UE) 2021/695 z dnia 28 kwietnia 2021 r. ustanawiające program ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji „Horyzont Europa” oraz zasady uczestnictwa i upowszechniania obowiązujące w tym programie, Dz.U. L 170 z 12.5.2021, s. 1.

⁴ Wstępne sprawozdanie rady ds. misji badawczej dotyczącej chorób nowotworowych pt. „Conquering cancer: Mission possible” [„Walka z rakiem: misja możliwa do zrealizowania”].

⁵ Dz.U. C 2691 z 7.7.2021, s. 3.

⁶ Dz.U. L 327 z 16.12.2003, s. 34.

⁷ https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf

- uwzględniając Europejskie wytyczne w zakresie zapewniania jakości badań przesiewowych w kierunku raka sutka, szyjki macicy i jelita grubego oraz ich diagnostyki,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 20 maja 2020 r. pt. „Strategia »od pola do stołu« na rzecz sprawiedliwego, zdrowego i przyjaznego dla środowiska systemu żywnościowego” (COM(2020)0381),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 28 czerwca 2021 r. w sprawie strategicznych ram UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027 (COM(2021)0323),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie strategii farmaceutycznej dla Europy (COM(2020)0761),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 14 października 2020 r. pt. „Strategia w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności na rzecz nietoksycznego środowiska” (COM(2020)0667),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 12 maja 2021 r. pt. „Droga do zdrowej planety dla wszystkich – Plan działania UE na rzecz eliminacji zanieczyszczeń wody, powietrza i gleby” (COM(2021)0400),
- uwzględniając dyrektywę 2004/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie ochrony pracowników przed zagrożeniem dotyczącym narażenia na działanie czynników rakotwórczych lub mutagenów podczas pracy (dyrektywa w sprawie czynników rakotwórczych i mutagenów)⁸, w tym trzy dyrektywy zmieniające tę dyrektywę oraz wnioski Komisji dotyczące czwartej dyrektywy zmieniającej (COM(2020)0571),
- uwzględniając dyrektywę Rady 98/24/WE z dnia 7 kwietnia 1998 r. w sprawie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników przed ryzykiem związanym ze środkami chemicznymi w miejscu pracy⁹,
- uwzględniając sprawozdanie zbiorcze z konsultacji publicznych Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem z dnia 19 kwietnia 2021 r. pt. „The impact of the COVID-19 pandemic on cancer prevention, health services, cancer patients and research: lessons from a public health crisis” [Wpływ pandemii COVID-19 na profilaktykę nowotworów, świadczenia zdrowotne, pacjentów onkologicznych i badania naukowe: wnioski z kryzysu w dziedzinie zdrowia publicznego],
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 11 listopada 2020 r. pt. „Budowanie Europejskiej Unii Zdrowotnej: Zwiększenie odporności UE na transgraniczne zagrożenia zdrowia” (COM(2020)0724) oraz powiązane wnioski Komisji i wstępne porozumienia dotyczące rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 listopada 2020 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia (COM(2020)0727), w sprawie wzmocnienia roli Europejskiej Agencji Leków w zakresie gotowości na wypadek sytuacji kryzysowej i zarządzania kryzysowego w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych (COM(2020)0725) oraz rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 851/2004 ustanawiające Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (COM(2020)0726),
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021–2027¹⁰,
- uwzględniając wniosek Komisji i porozumienie dotyczące rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie oceny technologii medycznych i zmiany dyrektywy 2011/24/UE (COM(2018)0051),
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (rozporządzenie w sprawie badań klinicznych)¹¹ oraz system informacji o badaniach klinicznych ustanowiony zgodnie z tym rozporządzeniem,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/694 z dnia 29 kwietnia 2021 r. ustanawiające program „Cyfrowa Europa”¹²,

⁸ Dz.U. L 158 z 30.4.2004, s. 50.

⁹ Dz.U. L 131 z 5.5.1998, s. 11.

¹⁰ Dz.U. L 107 z 26.3.2021, s. 1.

¹¹ Dz.U. L 158 z 27.5.2014, s. 1.

¹² Dz.U. L 166 z 11.5.2021, s. 1.

- uwzględniając sprawozdanie Europejskiej Agencji Środowiska (EEA) nr 21/2019 pt. „Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and wellbeing in Europe” [„Zdrowe środowisko – zdrowe życie: jak środowisko wpływa na zdrowie i dobrostan w Europie”]¹³,
- uwzględniając opinię Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego z dnia 9 czerwca 2021 r. w sprawie europejskiego planu walki z rakiem¹⁴,
- uwzględniając konkluzje i zalecenia przedstawione w ramach analizy przygotowanej w lipcu 2021 r. na potrzeby Zespołu ds. Przyszłości Nauki i Techniki (STOA) Parlamentu Europejskiego, dotyczącej wpływu technologii 5G na zdrowie¹⁵,
- uwzględniając cele zrównoważonego rozwoju ONZ, zwłaszcza cel 3 „Dobre zdrowie i jakość życia”,
- uwzględniając czwartą wersję Europejskiego kodeksu walki z rakiem¹⁶,
- uwzględniając Europejski kodeks postępowania onkologicznego¹⁷,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 24 marca 2021 r. pt. „Strategia UE na rzecz praw dziecka” (COM(2021)0142),
- uwzględniając dokument roboczy służb Komisji z dnia 19 lipca 2018 r. w sprawie zwalczania HIV/AIDS, wirusowego zapalenia wątroby i gruźlicy w Unii Europejskiej i w krajach sąsiadujących – aktualna sytuacja, instrumenty polityczne i dobre praktyki (SWD(2018)0387),
- uwzględniając sprawozdanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2020 r. pt. „Alcohol and cancer in the WHO European Region: An appeal for better prevention” [Alkohol i rak w regionie europejskim WHO: apel o lepsze zapobieganie]¹⁸,
- uwzględniając działalność i konkluzje międzypartyjnej grupy interesu „Posłowie do PE przeciwko rakowi” (MAC),
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 stycznia 2020 r. w sprawie Europejskiego Zielonego Ładu¹⁹,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 2 marca 2017 r. w sprawie unijnych możliwości zwiększenia dostępu do leków²⁰,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 10 lipca 2020 r. w sprawie strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności²¹,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 lutego 2019 r. w sprawie wdrażania dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej²²,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 16 stycznia 2019 r. w sprawie unijnej procedury wydawania zezwoleń na dopuszczenie pestycydów do obrotu²³,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 10 lipca 2020 r. w sprawie unijnej strategii w zakresie zdrowia publicznego po pandemii COVID-19²⁴,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 17 września 2020 r. w sprawie braku leków – jak poradzić sobie z narastającym problemem²⁵,

¹³ <https://www.eea.europa.eu/publications/healthy-environment-healthy-lives>

¹⁴ Dz.U. C 341 z 24.8.2021, s. 76.

¹⁵ [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/690012/EPRS_STU\(2021\)690012_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/690012/EPRS_STU(2021)690012_EN.pdf)

¹⁶ <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>

¹⁷ <https://www.europecancer.org/2-standard/66-european-code-of-cancer-practice>

¹⁸ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004.eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁹ Dz.U. C 270 z 7.7.2021, s. 2.

²⁰ Dz.U. C 263 z 25.7.2018, s. 4.

²¹ Dz.U. C 371 z 15.9.2021, s. 75.

²² Dz.U. C 449 z 23.12.2020, s. 71.

²³ Dz.U. C 411 z 27.11.2020, s. 48.

²⁴ Dz.U. C 371 z 15.9.2021, s. 102.

²⁵ Dz.U. C 385 z 22.9.2021, s. 83.

- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie rozporządzenia w sprawie produktów leczniczych stosowanych w pediatrii²⁶ oraz przedstawioną przez Komisję wstępną ocenę skutków dotyczącą przeglądu ustawodawstwa UE odnoszącego się do leków dla dzieci i osób cierpiących na choroby rzadkie,
 - uwzględniając art. 54 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem (A9-0001/2022),
- A. mając na uwadze, że europejski plan walki z rakiem (zwany dalej „planem”) powinien realnie odpowiadać na apel o poczynienie postępów wystosowany przez rodziny i lekarzy 1,3 miliona osób, w tym 6000 dzieci, które każdego roku umierają na raka w Europie, na kluczowe potrzeby pacjentów wymagających obecnie terminowej diagnostyki oraz skutecznych, innowacyjnych i przystępnych cenowo metod leczenia raka, powikłań związanych z rakiem i chorób współistniejących oraz opieki w tym zakresie, na słuszne oczekiwania ponad 12 milionów osób żyjących z rakiem lub wyleczonych i ich rodzin mierzących się z wyzwaniem trudnego powrotu do „normalnego życia”, na wyraźną wolę przyszłych pokoleń dotyczącą ochrony przed zagrożeniami dla zdrowia i czynnikami ryzyka, a także na obawy rządów stojących w obliczu rosnącego obciążenia ekonomicznego i społecznego związanego z chorobami nowotworowymi i ich leczeniem; mając na uwadze, że celem działań Unii w ramach walki z rakiem powinno być zwiększenie wynoszące obecnie pięć lat wskaźnika przeżycia pacjentów, u których zdiagnozowano raka;
- B. mając na uwadze, że w Europie żyje mniej niż 10 % ludności świata, ale odnotowuje się w niej jedną czwartą wszystkich zachorowań na raka, a także mając na uwadze, że rak jest drugą główną przyczyną zgonów w Europie po chorobach układu krążenia oraz główną przyczyną zgonów spowodowanych chorobami u dzieci w wieku powyżej roku; mając na uwadze, że szczególne potrzeby dzieci i nastolatków cierpiących na raka wymagają stałej uwagi i wsparcia na całym świecie, a onkologię dziecięcą należy odróżnić od leczenia nowotworów u dorosłych; mając na uwadze, że wprawdzie dzięki kampaniom badań przesiewowych, poprawie diagnozowania i innowacyjnym terapiom nastąpił niewielki spadek wskaźnika umieralności, to jednak liczba diagnozowanych przypadków wzrasta, przede wszystkim z powodu wydłużenia średniego trwania życia, które skutkuje starzeniem się społeczeństwa; mając na uwadze, że prawie trzy czwarte wszystkich przypadków zachorowań na raka w UE dotyczy osób w wieku 60 lat lub starszych;
- C. mając na uwadze, że rak uwidacznia niesprawiedliwość społeczną i nierówność w opiece zdrowotnej, ponieważ różnice we wskaźnikach przeżyć w przypadku nowotworów w poszczególnych państwach członkowskich UE przekraczają 25 %; mając na uwadze, że obywatele UE mają nierówny dostęp do profilaktyki, ochrony przed czynnikami ryzyka, edukacji w zakresie zdrowych nawyków oraz zasobów umożliwiających ochronę przed informacjami wprowadzającymi w błąd; mając na uwadze, że obywatele UE mają nierówny dostęp do terminowych, przystępnych cenowo i odznaczających się wysoką jakością terapii i opieki w poszczególnych państwach członkowskich i ich regionach; mając na uwadze, że dostęp do w pełni multidyscyplinarnych zespołów medycznych obejmujących specjalistów z różnych dziedzin jest w Europie bardzo zróżnicowany; mając na uwadze, że po wyzdrowieniu lub w okresie remisji obywatele UE mają nierówne szanse na powrót do pracy, na niezależność finansową oraz na powrót do harmonijnego życia rodzinnego, społecznego i emocjonalnego; mając na uwadze, że klasa i płeć to ważne czynniki i przyczyny nierówności i niesprawiedliwości na wszystkich etapach choroby;
- D. mając na uwadze, że w większości państw członkowskich wdrożono specjalne krajowe lub regionalne strategie polityczne przeciwdziałania nowotworom, o zróżnicowanych zadaniach, potencjale i budżetach; mając na uwadze, że niektóre regiony stały się ośrodkami walki z rakiem i posiadają wiedzę specjalistyczną, która powinna być udostępniona w całej Unii;
- E. mając na uwadze, że celem planu powinna być nie tylko walka z kluczowym problemem zdrowia publicznego i zapewnienie pacjentom dłuższego i lepszego życia, lecz także zapoczątkowanie procesu zmniejszania nierówności i dysproporcji w zakresie zdrowia oraz obniżenie społecznego i ekonomicznego obciążenia związanego z chorobą; mając na uwadze, że Komisja powinna promować podejście skoncentrowane na pacjencie i oparte na prawach obywateli, poprzez uznanie rozważań dotyczących sprawiedliwości, zrównoważonego rozwoju, równości, solidarności, innowacji i współpracy za kluczowe elementy planu, w tym zawartej w nim inicjatywy na rzecz pomocy dzieciom chorym na nowotwór;
- F. mając na uwadze, że pandemia COVID-19 spowodowała i nadal powoduje poważne zakłócenia w programach badań przesiewowych w kierunku raka, leczeniu, badaniach naukowych oraz w usługach

²⁶ OJ C 238, 6.7.2018, p. 128.

dla osób wyleczonych i w dalszej opiece nad nimi, co ma wpływ na pacjentów chorych na raka, rodziny i pracowników służby zdrowia; mając na uwadze, że z powodu pandemii pilnie potrzebna stała się odbudowa usług związanych z nowotworami we wszystkich krajach europejskich oraz uporanie się z wysoce niepokojącymi zaległościami w zakresie działań profilaktycznych, a także w zakresie wczesnego wykrywania i diagnozowania; mając na uwadze, że zgodnie z szacunkami w Europie podczas pandemii nie wykonano 100 mln badań przesiewowych i niezdiagnozowanych pozostaje 1 mln zachorowań na raka; mając na uwadze, że 1 na 5 pacjentów onkologicznych nie został poddany na czas potrzebnym zabiegom chirurgicznym lub chemioterapii²⁷; mając na uwadze, że pracownicy służby zdrowia mierzą się z ciężarem pandemii i muszą pracować w wysoce stresującym otoczeniu;

- G. mając na uwadze, że kompetencje zdrowotne obejmują pozyskiwanie wiedzy i umiejętności, wiedzę na temat praw oraz pewność siebie w zakresie podejmowania działań na rzecz poprawy własnego stanu zdrowia oraz stanu zdrowia społeczności; mając na uwadze, że działania ukierunkowane na promowanie kompetencji zdrowotnych w ramach planu powinny koncentrować się na wzmacnianiu pozycji pacjentów i obywateli, przy wykorzystaniu najnowszych narzędzi komunikacji oraz poszukiwaniu wiedzy specjalistycznej, którą dysponują organizacje pacjentów i inne organizacje pozarządowe działające od lat na rzecz szerzenia i upowszechniania kompetencji zdrowotnych, a także we współpracy z tymi organizacjami; mając na uwadze, że wzmocnienie pozycji pacjentów wymaga, by pomóc pacjentom zrozumieć przysługujące im prawa; mając na uwadze, że we wszelkich działaniach na rzecz zwiększenia kompetencji zdrowotnych, w tym umiejętności cyfrowych, należy uwzględniać osoby doświadczające wykluczenia oraz potrzeby osób mających problemy z uczeniem się; mając na uwadze, że należy uwzględnić nierówności w zakresie wiedzy na temat technologii informatycznych, dostępu do nich i korzystania z nich, a także rozbieżności regionalne, krajowe, społeczne i gospodarcze; mając na uwadze, że niezbędne informacje powinny być powszechnie dostępne w językach spoza UE, aby dotrzeć do migrantów, osób nowo przybyłych oraz innych szczególnie narażonych grup i mniejszości; mając na uwadze, że w działaniach ukierunkowanych na zwiększanie kompetencji zdrowotnych powinno się uwzględniać potrzebę pomagania obywatelom w identyfikowaniu informacji wprowadzających w błąd, ze wskazaniem szkodliwego wpływu, jaki mogą one mieć we wszystkich obszarach opieki onkologicznej, w tym profilaktyki, szczepień i leczenia;
- H. mając na uwadze, że około 40 % przypadków raka w UE można zapobiec; mając na uwadze, że zapobieganie jest skuteczniejsze niż jakiegokolwiek leczenie, a także jest najbardziej opłacalną długoterminową strategią kontroli zachorowań na raka; mając na uwadze, że plan powinien uwzględniać wszystkie główne czynniki ryzyka i społeczne uwarunkowania raka; mając na uwadze, że szczybel UE ma kluczowe znaczenie w profilaktyce nowotworów, ponieważ UE posiada znaczne kompetencje mające wpływ na większość czynników ryzyka zachorowania na raka;
- I. mając na uwadze, że według sprawozdania nr 21/2019 EEA rak to najczęstsza choroba niezakaźna powodowana czynnikami środowiskowymi – w roku 2016 w 32 krajach europejskich o wysokim poziomie dochodów czynniki te przyczyniły się do 250 000 zgonów z powodu raka; mając na uwadze, że jako środowiskowe czynniki ryzyka zachorowania na raka EEA wskazała zanieczyszczenie powietrza, chemikalia, spalanie paliwa we wnętrzach i promieniowanie;
- J. mając na uwadze, że zanieczyszczenie powietrza, pochodzące z szerokiego zakresu źródeł, takich jak energetyka, transport, rolnictwo i przemysł, to główna przyczyna umieralności, prowadząca corocznie do 400 000 przedwczesnych zgonów, w tym z powodu raka płuc, chorób układu krążenia i udarów;
- K. mając na uwadze, że w komunikacie w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień (COM(2018)0245) Komisja zaleca opracowanie unijnych wytycznych dotyczących utworzenia kompleksowych elektronicznych systemów informacji na temat immunizacji na szczeblu krajowym, aby skutecznie monitorować programy immunizacji; mając na uwadze, że należy przy tym w pełni przestrzegać przepisów o ochronie danych; mając na uwadze, że wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) jest zakażeniem przenoszonym drogą płciową powiązany z prawie 5 % wszystkich nowotworów u kobiet i mężczyzn na całym świecie, w tym z rakiem szyjki macicy i rakiem ustogardła, ale także rakiem odbytu, prącia, pochwy i sromu; mając na uwadze, że osiągnięcie celów w zakresie szczepień przeciwko HPV u dziewcząt oraz ustanowienie wysokiej jakości zorganizowanych

²⁷ <https://www.europeancancer.org/resources/201:time-to-act.html>
<https://www.europeancancer.org/timetoact/impact/data-intelligence>

badani przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy jest konieczne, aby osiągnąć cele WHO na 2030 r. dotyczące wyeliminowania raka szyjki macicy jako problemu zdrowia publicznego; mając na uwadze, że wskaźniki wyszczerpienia przeciwko VHP są w państwach członkowskich niepokojąco niskie; mając na uwadze, że niestety występują znaczne rozbieżności we wskaźnikach wyszczerpienia w poszczególnych państwach członkowskich, które to wskaźniki wynoszą od mniej niż 30 % do ponad 70 % (przy czym wymagany poziom odporności populacji wynosi 70 %); mając na uwadze, że *Helicobacter pylori* stanowi główną zakaźną przyczynę nowotworów na całym świecie, przede wszystkim gruczolakoraka żołądka typu non-cardia;

- L. mając na uwadze, że coraz częściej występują niektóre nowotwory neuroendokrynne (np. rak tarczycy, sutka, jąder); mając na uwadze, że endokrynologiczne leczenie nowotworów hormonozależnych może mieć endokrynologiczne efekty uboczne; mając na uwadze, że leczenie raka może mieć długoterminowe efekty uboczne, takie jak endokrynologiczne choroby współistniejące u osób żyjących z rakiem lub wyleczonych; mając na uwadze, że otyłość to znany czynnik ryzyka w przypadku wielu rodzajów raka, w tym nowotworów neuroendokrynnych; mając na uwadze, że zgodnie z dostępną wiedzą narażenie na substancje zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego wpływa na rozwój otyłości i raka; mając na uwadze, że takie substancje kosztują państwa członkowskie od 157 do 270 mld EUR rocznie (do 2 % europejskiego PKB)²⁸ w postaci wydatków na służbę zdrowia i utraconej możliwości dochodów, w dużej mierze ze względu na zaburzenia neurorozwojowe i metaboliczne oraz raka;
- M. mając na uwadze, że narażenie na działanie niebezpiecznych substancji w miejscu pracy jest przyczyną około 120 000 zachorowań na raka związanych z pracą rocznie, co prowadzi do około 80 000 zgonów rocznie i stanowi 8 % wszystkich zgonów związanych z nowotworami (12 % zgonów wśród mężczyzn i 7 % zgonów wśród kobiet); mając jednak na uwadze, że ustalenie związków przyczynowo-skutkowych może być trudne ze względu na długie okresy utajnienia; mając na uwadze, że Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem przy WHO zidentyfikowała 50 priorytetowych czynników rakotwórczych i wykazała, że pracownicy w Europie są na nie narażeni w dużej mierze; mając na uwadze, że zdecydowana większość nowotworów wywołanych czynnikami rakotwórczymi w miejscu pracy wydaje się możliwa do uniknięcia, jeżeli obowiązują odpowiednie przepisy dotyczące substancji rakotwórczych, ale zgodnie z dyrektywą 2004/37/WE wiążące dopuszczalne wartości narażenia zawodowego istnieją dotychczas tylko dla 27 z nich; mając na uwadze, że niezbędne są dalsze działania w celu zapobiegania nowotworom pochodzenia zawodowego związanym z pracą na nocną zmianę i promieniowaniem UV (w przypadku pracowników pracujących na zewnątrz), ich wykrywania i lepszego rozpoznawania;
- N. mając na uwadze, że ewolucja rynku pracy w powiązaniu ze zmianami demograficznymi, nowymi technologiami oraz nowymi rodzajami miejsc pracy może mieć wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy; mając na uwadze, że pracownicy przechodzą na pracę za pośrednictwem platform internetowych, nietradycyjne formy pracy lub niestandardowe zatrudnienie; mając na uwadze, że wszystkie czynniki takie jak promieniowanie, stres, organizacja pracy i warunki pracy powiązane z nowotworami pochodzenia zawodowego²⁹; mając na uwadze, że obecnie brakuje wiarygodnych i porównywalnych danych na poziomie UE dotyczących narażenia w miejscu pracy na czynniki ryzyka zachorowania na raka³⁰;
- O. mając na uwadze, że w przeciwieństwie do wypadków przy pracy, po których łatwiej jest ocenić urazy i przyznać odszkodowania, mogą minąć lata lub dziesięciolecia zanim nowotwory pochodzenia zawodowego zostaną zdiagnozowane, a ich przyczyna należy zidentyfikowana; mając na uwadze, że w swoim zaleceniu dotyczącym chorób zawodowych³¹ Komisja zaleca państwom członkowskim, aby możliwie najszybciej wprowadziły krajowe przepisy ustawowe, wykonawcze lub administracyjne dotyczące chorób zawodowych, za które należy się odszkodowanie, wyszczególnionych w europejskim wykazie zawartym w załączniku I do wspomnianego zalecenia; mając na uwadze, że z powodu różnic między państwami członkowskimi pod względem wskaźników uznawania chorób zawodowych choroby, na które cierpi wielu pracowników, nigdy nie zostaną uznane;
- P. mając na uwadze, że radon jest bezbarwnym i bezwonym gazem promieniotwórczym ulegającym rozpadowi

²⁸ <https://www.endocrine.org/news-and-advocacy/news-room/2015/estimated-costs-of-endocrine-disrupting-chemical-exposure-exceed-150-billion-annually-in-eu>

²⁹ EU-OSHA: <https://osha.europa.eu/en/themes/work-related-diseases/work-related-cancer>

³⁰ EU-OSHA: <https://osha.europa.eu/en/publications/worker-survey-exposure-cancer-risk-factors/view>

³¹ Zalecenie Komisji z dnia 19 września 2003 r. dotyczące europejskiego wykazu chorób zawodowych, Dz.U. L 238 z 25.9.2003, s. 28.

w powietrzu i uwalniającym promieniowanie, które może uszkodzić DNA komórek wewnątrz ciała; mając na uwadze, że poziomy radonu znacznie różni się w poszczególnych regionach lub nawet na obszarach mieszkalnych oraz że może być on obecny w powietrzu zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz pomieszczeń;

- Q. wskazuje, że w 2011 r. IARC sklasyfikowała pola elektromagnetyczne o częstotliwości radiowej jako potencjalnie rakotwórcze dla ludzi ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia glejaka związane z korzystaniem z telefonów komórkowych; mając na uwadze, że w 2015 r. i 2018 r. opublikowano wyniki badań wykazujących znaczny (ponad dwukrotny) wzrost występowania glejaków w okresie dwudziestu lat (1995– 2015) we wszystkich grupach wiekowych oraz innych badań pokazujących zwiększone ryzyko wystąpienia glejaka związane z korzystaniem z telefonów komórkowych i bezprzewodowych u osób w wieku 18–80 lat; mając na uwadze, że potrzebne są dalsze badania w celu ustalenia tych powiązanych zagrożeń;
- R. mając na uwadze, że co roku w całej Europie 24 % wszystkich nowo zdiagnozowanych zachorowań na raka, w tym na wszystkie nowotwory wieku dziecięcego, stanowią rzadkie nowotwory, które są wyzwaniem dla sektora zdrowia publicznego; mając na uwadze, że pacjenci cierpiący na rzadkie nowotwory stoją w obliczu wyzwań związanych z późną lub nieprawidłową diagnozą, brakiem dostępu do odpowiednich terapii i wiedzy specjalistycznej, brakiem zrozumienia wyjaśnień naukowych, brakiem komercyjnej opłacalności rozwoju nowych terapii, niewielką liczbą dostępnych banków tkanek, trudnościami w prowadzeniu badań klinicznych z wystarczającą liczbą uczestników oraz poczuciem izolacji;
- S. mając na uwadze, że plan powinien być wdrażany w ścisłym związku z zaleceniami i działaniami IARC, celami zrównoważonego rozwoju ONZ w zakresie zdrowia na świecie, w tym celem polegającym na osiągnięciu powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego, zaleceniami i wytycznymi WHO, międzynarodowymi porozumieniami zdrowotnymi, w tym Ramową konwencją WHO o ograniczeniu użycia tytoniu i globalną inicjatywą WHO na rzecz walki z rakiem u dzieci, wspólnymi działaniami UE w zakresie walki z rakiem, a także zaleceniami i wytycznymi ekspertów i stowarzyszeń pacjentów; mając na uwadze, że w planie należy uznać za priorytet solidarność i partnerstwo UE z krajami o niskim i średnim dochodzie, w tym z krajami w szerzej pojętym europejskim regionie WHO;
- T. mając na uwadze, że Akt dotyczący warunków przystąpienia Austrii, Finlandii i Szwecji przyznaje Szwecji zwolnienie z ogólnounijnego zakazu sprzedaży niektórych rodzajów tytoniu do stosowania doustnego;
- U. mając na uwadze, że dieta śródziemnomorska jest znana jako zdrowa, zrównoważona dieta, która odgrywa rolę ochronną w profilaktyce pierwotnej i wtórnej głównych przewlekłych chorób zwyrodnieniowych;
- V. mając na uwadze, że choć w planie zwrócono szczególną uwagę na szereg potrzeb politycznych w zakresie badań przesiewowych w kierunku raka, to zaproponowano mniej inicjatyw dotyczących wczesnego wykrywania nowotworów nieobjętych programami badań przesiewowych; mając na uwadze, że w związku z tym konieczne jest podjęcie ukierunkowanych działań w celu zwiększenia świadomości obywateli i pracowników służby zdrowia na temat sygnałów ostrzegających o nowotworze;
- W. mając na uwadze, że ceny leków przeciwnowotworowych wzrosły bardziej niż łączne wydatki związane z rakiem, a nowe, drogie leki przeciwnowotworowe trafiające na rynek zidentyfikowano jako istotny czynnik powodujący wzrost wydatków na opiekę onkologiczną; mając na uwadze, że – jak dostrzeżono w sprawozdaniu technicznym WHO z 2018 r. w sprawie cen leków przeciwnowotworowych i ich skutków³² – ceny tych leków były wyższe niż ceny leków na inne choroby, a ich koszt rósł szybciej, co skutkowało brakiem dostępu do leczenia dla wielu pacjentów na całym świecie oraz ograniczeniem zdolności rządów do zapewnienia wszystkim dostępu do leczenia po przystępnych cenach;
- X. mając na uwadze, że walkę z rakiem w ramach kompleksowej strategii, takiej jak przedstawiony przez Komisję plan walki z rakiem, można wykorzystać jako model w przypadku innych chorób niezakaźnych, a także mając na uwadze, że pacjenci cierpiący na inne choroby przewlekłe powinni w związku z tym również skorzystać z osiągnięć i zasad planu oraz że należy opracować podobne plany dotyczące innych schorzeń odznaczających się wysokim wskaźnikiem umieralności;

³² <https://www.who.int/publications/m/item/technical-report-on-pricing-of-cancer-medicines-and-its-impacts>

- Y. mając na uwadze, że koordynacja między krajami europejskimi, wspólna polityka prowadzona na szczeblu europejskim i transgraniczne przekazywanie wiedzy są absolutnie niezbędne, by poczynić postępy w dziedzinie nowotworów; mając na uwadze, że główna odpowiedzialność za ochronę zdrowia i systemy opieki zdrowotnej spoczywa na państwach członkowskich;
- Z. mając na uwadze, że potrzebne jest kompleksowe, wielodyscyplinarne i skoordynowane podejście do behawioralnych, biologicznych, środowiskowych, związanych z pracą, społeczno-ekonomicznych i handlowych uwarunkowań zdrowia na szczeblu regionalnym, krajowym i europejskim, aby wspierać działania ukierunkowane na wszystkie aspekty nowotworów (profilaktyka, wykrywanie, leczenie, opieka paliatywna, dalsza opieka nad osobami żyjącymi z rakiem lub wyleczonymi i reintegracja) poprzez skuteczne wykorzystywanie kluczowych narzędzi, takich jak odpowiednie zasoby i finansowanie, ustawodawstwo, badania naukowe i dzielenie się wiedzą; mając na uwadze, że, jak wykazano, skoncentrowane na pacjencie podejście do leczenia poprawiają jakość życia i ogólną przeżywalność pacjentów; mając na uwadze, że nowe technologie i sztuczna inteligencja mają duży potencjał w zakresie przyspieszenia postępów w dziedzinie badań nad nowotworami, ich leczenia i opieki;
- AA. mając na uwadze, że badania naukowe i innowacje to jedyna nadzieja na to, aby kiedyś definitywnie pokonać raka; mając na uwadze, że potrzebne jest stałe i skuteczne finansowanie wspierające ambitne projekty oraz dobre i stabilne warunki pracy dla badaczy zajmujących się rakiem; mając na uwadze, że przedsiębiorstwa farmaceutyczne, w tym MŚP, są podmiotami kluczowymi dla innowacji w dziedzinie raka;
- AB. mając na uwadze, że należy dalej promować podejście „Zdrowie we wszystkich politykach” oraz „Jedno zdrowie”, a wysiłki na rzecz walki z rakiem powinny zostać włączone do wszystkich obszarów polityki UE;
- AC. mając na uwadze, że UE i jej państwa członkowskie powinny zmobilizować swoje siły oraz zapewnić odpowiednie zachęty i zrównoważone budżety, aby osiągnąć ambitny cel, jakim jest pokonanie obciążenia związanego z chorobami nowotworowymi i obniżenie śmiertelności z powodu nowotworów w Europie;
- AD. mając na uwadze, że w związku z powyższym plan może być ważnym krokiem w kierunku prawdziwej Europejskiej Unii Zdrowotnej oraz publicznie pokazać obywatelom, że unijna współpraca w dziedzinie zdrowia może okazać się sukcesem;
1. z zadowoleniem przyjmuje plan i wzywa Komisję do poszukiwania nowych synergii między planem a Programem UE dla zdrowia, strategią farmaceutyczną dla Europy, strategią w zakresie chemikaliów i zaktualizowaną europejską strategią przemysłową; uważa, że takie kompleksowe ramy walki z rakiem przyczyniłyby się do profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia nowotworów; wzywa Komisję do podjęcia działań na rzecz opracowania wspólnej polityki walki z rakiem, obejmującej, w razie potrzeby, wnioski dotyczące projektów aktów prawnych;

A. Obszary działania

1. Profilaktyka nowotworów we wszystkich politykach europejskich

2. wyraża silne przekonanie, że kompleksowe działania profilaktyczne przeciwko nowotworom uzupełnione środkami wspierającymi eliminację lub ograniczanie szkód związanych z modyfikowalnymi czynnikami ryzyka należy prowadzić w ramach wszystkich europejskich strategii politycznych i programów finansowania; wzywa Komisję i państwa członkowskie do włączenia publicznych kampanii uświadamiających na temat profilaktyki nowotworów do wszystkich odpowiednich strategii politycznych; wzywa Komisję do uwzględnienia celów planu we wszystkich odpowiednich politykach sektorowych; jest głęboko przekonany, że działania profilaktyczne powinny opierać się na dowodach; wzywa zatem Komisję i państwa członkowskie do zwiększenia finansowania badań naukowych nad przyczynami raka oraz skuteczności i wdrażania środków zapobiegawczych;
3. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby opracowały i wdrożyły skuteczne środki profilaktyczne na szczeblu krajowym i unijnym w oparciu o niezależną wiedzę specjalistyczną, najlepsze praktyki, zdobyte doświadczenia i wytyczne kliniczne; w związku z powyższym wzywa w szczególności do wdrożenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem w celu zmniejszenia ryzyka zachorowań na raka na podstawie najnowszych wyników badań naukowych oraz do regularnego uaktualniania tego kodeksu w ramach cyklu opartego na ciągłym monitorowaniu i ocenie;

4. przyznaje, że można zapobiec ponad 40 % wszystkich nowotworów poprzez skoordynowane działania dotyczące behawioralnych, biologicznych, środowiskowych, związanych z pracą, społeczno-ekonomicznych i handlowych uwarunkowań zdrowia; wzywa do poświęcenia większej uwagi prowadzeniu zdrowego stylu życia, aby zapobiegać nowotworom i ograniczyć ponowne wystąpienie niektórych nowotworów;
5. popiera cel europejskiej misji badawczej dotyczącej chorób nowotworowych w ramach programu „Horyzont Europa”, jakim jest uniknięcie ponad 3 milionów dodatkowych przedwczesnych zgonów w latach 2021-2030 poprzez przyspieszenie postępów w programach profilaktyki i kontroli nowotworów w dążeniu do stworzenia możliwości równego dostępu do tych programów; apeluje do Komisji, aby przydzieliła adekwatne finansowanie na rzecz misji badawczej dotyczącej chorób nowotworowych w ramach programu „Horyzont Europa” oraz wszelkich innych odpowiednich programów (takich jak „Nauka i polityka na rzecz zdrowej przyszłości” – HBM4EU) z myślą o osiągnięciu tego celu;
6. ubolewa nad poważnymi rozbieżnościami i nierównością w zakresie zdrowia w UE w odniesieniu do profilaktyki nowotworów; podkreśla potrzebę zidentyfikowania wrażliwych i zmarginalizowanych, wykluczonych społecznie grup społeczeństwa oraz osób mieszkających na obszarach oddalonych (np. na obszarach wiejskich i odizolowanych, daleko od ośrodków medycznych) oraz zwrócenia szczególnej uwagi na te grupy i osoby, aby zapewnić im dostęp do usług w zakresie profilaktyki nowotworów; uważa w związku z powyższym, że profilaktyka nowotworów powinna być także rozpatrywana w kontekście sprawiedliwości społecznej, co pociągnie za sobą potrzebę zmian systemowych wprowadzanych za pośrednictwem obejmującej całą ludność polityki publicznej, wykraczającej poza zmiany indywidualnych zachowań;
7. przyznaje, że używanie tytoniu jest w UE zdecydowanie główną przyczyną nowotworów, którym można zapobiegać, jako że powoduje 15-20 % chorób nowotworowych w Europie i jest głównym czynnikiem ryzyka zgonów z powodu raka w Europie (27 % zgonów z powodu raka, co odpowiada 700 000 ofiarom śmiertelnym nowotworów rocznie w UE); przypomina o znacznych różnicach w UE, gdzie odsetek palaczy między państwami różni się ponad pięciokrotnie;
8. zdecydowanie popiera zdefiniowany w planie cel „pokolenia wolnego od tytoniu”, zgodnie z którym do 2040 r. tytoniu używać będzie mniej niż 5% populacji, w porównaniu z około 25% obecnie; wzywa Komisję do ustanowienia celów pośrednich, których realizacja będzie stale monitorowana i promowana, także na szczeblu krajowym, oraz odnotowywana w rejestrze nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom, aby optymalnie ukierunkować wysiłki z myślą o osiągnięciu celu głównego; wzywa Komisję do finansowania programów wspierających rzucenie palenia tytoniu; wzywa Komisję do wspierania współpracy między państwami członkowskimi w zakresie wymiany najlepszych i najbardziej efektywnych praktyk w zakresie ograniczania palenia tytoniu;
9. z zadowoleniem przyjmuje zamiar dokonania przez Komisję przeglądu dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych³³, dyrektywy w sprawie stawek akcyzy stosowanych do wyrobów tytoniowych³⁴ oraz ram prawnych dotyczących transgranicznego nabywania tytoniu przez osoby prywatne, a także apeluje do Komisji o podjęcie odpowiednich działań i przedstawienie wniosków ustawodawczych w celu wprowadzenia następujących zmian:
 - a) zwiększenie i pozytywna konwergencja minimalnych stawek akcyzy na wszystkie wyroby tytoniowe oraz ich ostatecznej ceny rynkowej, co usprawniłoby profilaktykę przez ograniczenie używania i upowszechniania tytoniu, zwłaszcza wśród osób młodych,
 - b) wprowadzenie wymogu stosowania standardowych opakowań oraz obowiązek umieszczania ostrzeżeń zdrowotnych, w tym ostrzeżeń obrazkowych, na 80 % przedniej i tylnej części opakowania papierosów, a także
 - c) ścisłe egzekwowanie zakazu stosowania charakterystycznych środków aromatyzujących

³³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów, Dz.U. L 127 z 29.4.2014, s. 1.

³⁴ Dyrektywa Rady 2011/64/UE z dnia 21 czerwca 2011 r. w sprawie struktury oraz stawek akcyzy stosowanych do wyrobów tytoniowych, Dz.U. L 176 z 5.7.2011, s. 24.

we wszystkich wyrobach tytoniowych w celu zmniejszenia atrakcyjności tych wyrobów dla osób palących, niepalących i osób młodych;

10. wzywa do przeprowadzenia oceny i przeglądu stosowanych obecnie metod pomiaru zawartości substancji smolistych, nikotyny i tlenku węgla w tytoniu i powiązanych wyrobach, na podstawie niezależnych i najnowszych badań naukowych;
11. wzywa państwa członkowskie do wypełnienia obowiązków wynikających z dyrektywy 2019/904³⁵ w sprawie produktów jednorazowego użytku z tworzyw sztucznych w odniesieniu do filtrów w wyrobach tytoniowych zawierających tworzywa sztuczne w celu rozwiązania problemów środowiskowych i zdrowotnych związanych z tymi filtrami;
12. wzywa Komisję do podjęciadziałań następczych w związku z ocenami naukowymi zagrożeń dla zdrowia związanych z papierosami elektronicznymi, podgrzewanymi wyrobami tytoniowymi i nowatorskimi wyrobami tytoniowymi, w tym oceny ryzyka związanego ze stosowaniem tych wyrobów w porównaniu z używaniem innych wyrobów tytoniowych, a także do opracowania na szczeblu europejskim wykazu substancji zawartych w tych wyrobach i przez nie emitowanych; uważa, że papierosy elektroniczne mogłyby umożliwić niektórym palaczom stopniowe porzucenie palenia; uważa jednocześnie, że papierosy elektroniczne nie powinny być atrakcyjne dla osób niepełnoletnich i niepalących; apeluje zatem do Komisji, by w ramach dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych oceniła, które aromaty w papierosach elektronicznych są szczególnie atrakcyjne dla osób niepełnoletnich i niepalących, oraz by przedstawiła propozycję wprowadzenia zakazu stosowania tych aromatów, a ponadto do zaproponowała, by zakazać stosowania wszystkich charakterystycznych aromatów w podgrzewanych wyrobach tytoniowych i nowatorskich wyrobach tytoniowych;
13. wzywa do szybkiego i pełnego wdrożenia Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu (FCTC)³⁶ oraz Protokołu WHO w sprawie wyeliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi³⁷ i do zwrócenia przy tym szczególnej uwagi na art. 5 ust. 3 FCTC oraz zawarte tam wytyczne dotyczące ochrony polityki zdrowia publicznego przed partykularnymi interesami przemysłu tytoniowego; wzywa Komisję do wdrożenia obowiązujących wszystkich urzędników i innych pracowników szczegółowych zasad postępowania podczas kontaktów z przemysłem tytoniowym, zgodnie z decyzją Europejskiego Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie 852/2014/LP³⁸;
14. popiera wniosek Komisji dotyczący aktualizacji zalecenia Rady z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego³⁹ w celu objęcia zaleceniem nowych produktów, takich jak papierosy elektroniczne i podgrzewane wyroby tytoniowe, oraz zwiększenia zakresu stref wolnych od dymu tytoniowego, w tym na świeżym powietrzu;
15. przypomina, że etanol i aldehyd octowy powstający w wyniku metabolizmu etanolu w napojach alkoholowych są sklasyfikowane przez IARC jako rakotwórcze dla ludzi, a w Europie szacuje się, że spożycie alkoholu jest przyczyną 10 % wszystkich przypadków zachorowań na raka u mężczyzn i 3 % wszystkich przypadków zachorowań na raka u kobiet⁴⁰; podkreśla, że im mniejsza jest ilość spożywanego alkoholu, tym mniejsze ryzyko zachorowania na raka; przypomina, że spożycie alkoholu stanowi czynnik ryzyka zachorowania na wiele różnych nowotworów, w tym raka jamy ustnej, gardła, przełyku, wątroby, jelita grubego i raka piersi u kobiet; przypomina o badaniu, do którego odsyła WHO⁴¹ i w którym uznano, że nie istnieje bezpieczny poziom spożycia alkoholu, jeśli chodzi o profilaktykę nowotworową, oraz podkreśla, że należy brać to pod uwagę przy projektowaniu i wdrażaniu polityki walki z rakiem⁴²;

³⁵ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/904 z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie zmniejszenia wpływu niektórych produktów z tworzyw sztucznych na środowisko, Dz.U. L 155 z 12.6.2019, s. 1.

³⁶ <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>

³⁷ <https://fctc.who.int/protocol/overview>

³⁸ <https://www.ombudsman.europa.eu/en/decision/en/73774>

³⁹ Dz.U. C 296 z 5.12.2009, s. 4..

⁴⁰ Scoccianti C., Cecchini M., Anderson A.S. i in., „Europejski kodeks walki z rakiem. Wydanie czwarte: Picie alkoholu i nowotwory”, *Cancer Epidemiol.*, grudzień 2016 r.; 45: s. 181-188. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27816465/>

⁴¹ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2018/09/there-is-no-safe-level-of-alcohol,-new-study-confirms>

⁴² <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931310-2>

16. z zadowoleniem przyjmuje cel Komisji, jakim jest zmniejszenie szkodliwego używania alkoholu o co najmniej 10 % do 2025 r.; zachęca Komisję i państwa członkowskie do wspierania działań mających na celu ograniczenie szkód spowodowanych spożyciem alkoholu i zapobieganie im w ramach zmienionej strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu⁴³, w tym europejskiej strategii zerowego spożycia alkoholu przez nieletnich, którym to strategiom powinny towarzyszyć w stosownych przypadkach wnioski ustawodawcze, z poszanowaniem zasady pomocniczości i obowiązujących przepisów krajowych w sprawie limitów wiekowych dotyczących spożycia alkoholu; opowiada się za rzetelnym informowaniem konsumentów poprzez lepsze oznakowanie napojów alkoholowych, tak aby zawierały one komunikaty ostrzegające o zagrożeniu dla zdrowia, oraz za wprowadzeniem obowiązku podawania wykazu składników i informacji o wartości odżywczej z wykorzystaniem etykiet cyfrowych; zwraca się do Komisji o podjęcie konkretnych działań ukierunkowanych na nadmierne spożywanie alkoholu związane z ryzykiem⁴⁴; uważa, że należy chronić osoby niepełnoletnie przed informacjami handlowymi dotyczącymi spożywania alkoholu, a także lokowaniem produktu i sponsorowaniem marek alkoholowych, w tym w środowisku cyfrowym, ponieważ reklamy nie mogą być ukierunkowane szczególnie na nieletnich ani zachęcać do spożywania alkoholu; wzywa do zakazu reklamowania alkoholu podczas imprez sportowych, gdy uczestniczą w nich głównie osoby niepełnoletnie, oraz do zakazu sponsorowania sportu przez producentów alkoholu; wzywa do ścisłego monitorowania wdrażania zmienionej dyrektywy o audiowizualnych usługach medialnych⁴⁵; domaga się, by przyszły wniosek dotyczący aktu o usługach cyfrowych zwiększał zdolność państw członkowskich do utrzymywania i egzekwowania przepisów mających na celu ochronę nieletnich i innych grup społeczeństwa podatnych na zagrożenia przed informacjami handlowymi dotyczącymi napojów alkoholowych; zachęca do przydzielania funduszy publicznych na kampanie uświadamiające o zasięgu krajowym i europejskim; popiera planowany przegląd prawodawstwa UE dotyczącego opodatkowania alkoholu i transgranicznego nabywania alkoholu przez osoby prywatne oraz przegląd polityki cenowej dotyczącej alkoholu, w tym rozważenie podniesienia podatków od napojów alkoholowych;
17. podkreśla, że żywność wywiera istotny wpływ na zdrowie ludzi oraz że dowody naukowe pokazują, iż spożycie porcji żywności nieodpowiedniej wielkości wywiera negatywny wpływ na zdrowie i może zwiększać ryzyko rozwoju nowotworów; domaga się opracowania kompleksowych kampanii dotyczących odżywiania, zgodnych ze strategią Unii Europejskiej „Od pola do stołu”;
18. zachęca państwa członkowskie, by rozważyły udostępnianie porad dotyczących odżywiania w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
19. podkreśla rolę zdrowej diety w profilaktyce i ograniczaniu zachorowalności na nowotwory i nawrotów nowotworów oraz zaznacza, że można zmniejszyć indywidualne ryzyko zachorowania na raka poprzez częstsze spożywanie roślin produkowanych w sposób zrównoważony i żywności pochodzenia roślinnego, takiej jak świeże owoce i warzywa, całe ziarna i rośliny strączkowe; podkreśla ponadto potrzebę zajęcia się problemem nadmiernego spożycia mięsa i produktów wysoko przetworzonych oraz produktów o wysokiej zawartości cukrów, soli i tłuszczów; w związku z powyższym przyjmuje z zadowoleniem zbliżający się przegląd unijnego programu „Owoce, warzywa i mleko w szkole” oraz polityki UE w zakresie promocji produktów rolnych; zwraca się do Komisji i państw członkowskich o zachęcanie i wspieranie konsumentów w dokonywaniu świadomych, zdrowych i zrównoważonych wyborów dotyczących produktów spożywczych poprzez przyjęcie obowiązkowego i zharmonizowanego w UE etykietowania z przodu opakowania, dotyczącego wartości odżywczej zarówno, które jest opracowywane na podstawie wyników solidnych i niezależnych badań naukowych; z zadowoleniem przyjmuje priorytet związany ze zdrowym odżywianiem określony w europejskiej gwarancji dla dzieci⁴⁶ i wzywa do opracowania nowego planu działania UE w sprawie otyłości u dzieci; popiera środki polityki budżetowej mające na celu obniżenie cen i zwiększenie dostępności świeżej żywności (takiej jak owoce i warzywa, nasiona roślin strączkowych, rośliny strączkowe i pełne ziarna zbóż) na szczeblu krajowym, zwłaszcza dla osób o niskim

⁴³ Komunikat Komisji z dnia 24 października 2006 r. „Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu” (COM(2006)0625).

⁴⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(21\)00279-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(21)00279-5/fulltext)

⁴⁵ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1808 z dnia 14 listopada 2018 r. zmieniająca dyrektywę 2010/13/UE w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych) ze względu na zmianę sytuacji na rynku, Dz.U. L 303 z 28.11.2018, s. 69.

⁴⁶ Wniosek Komisji z dnia 24 marca 2021 r. dotyczący zalecenia Rady ustanawiającego europejską gwarancję dla dzieci (COM(2021)0137).

dochodzie; zachęca państwa członkowskie do stosowania polityki cenowej, takiej jak zróżnicowanie podatku od wartości dodanej, oraz środków kontroli rynku, aby wpływać na popyt na żywność i napoje o niskiej zawartości tłuszczów nasyconych, tłuszczów trans, soli i cukru, na dostęp do nich oraz na ich przystępność cenową; wspiera państwa członkowskie w przeglądzie odpowiednich przepisów w celu ograniczenia reklamy napojów słodzonych i przetworzonych produktów spożywczych o wysokiej zawartości tłuszczów, soli i cukru, w tym reklamy w mediach społecznościowych, oraz wzywa Komisję do przedstawienia wniosku dotyczącego kompleksowego ogólnounijnego rozporządzenia zakazującego takiej reklamy skierowanej do osób niepełnoletnich;

20. dostrzega, że otyłość stanowi czynnik ryzyka w przypadku wielu typów nowotworów, takich jak między innymi rak jelita grubego, rak nerki lub rak piersi; apeluje do państw członkowskich o aktywne zwalczanie otyłości nie tylko przez udostępnianie zdrowych wyborów żywieniowych i możliwości uprawiania sportu oraz przez edukowanie obywateli i zachęcanie ich do dokonywania właściwych wyborów, ale również przez włączanie do podstawowej opieki zdrowotnej całościowych programów, które pomagają pacjentom cierpiącym na otyłość zrzucić wagę w zdrowy sposób; wzywa Komisję i państwa członkowskie, by wspierały badania naukowe i innowacje związane z otyłością, aby opisać wpływ między innymi czynników genetycznych, mikroflory człowieka lub stanu psychologicznego na masę ciała oraz przeanalizować najskuteczniejsze interwencje;
21. z zadowoleniem przyjmuje zamiar zajęcia się przez Komisję kwestią obecności zanieczyszczeń rakotwórczych w żywności; przypomina Komisji swoją rezolucję z dnia 8 października 2020 r.⁴⁷, w której wezwano do ustanowienia przepisami rygorystycznych najwyższych dopuszczalnych poziomów akryloamidu w żywności w celu odpowiedniej ochrony konsumentów, w szczególności najbardziej podatnych na zagrożenia, takich jak niemowlęta i dzieci; pilnie oczekuje od Komisji szybkiego przedstawienia wniosków regulacyjnych;
22. wzywa Komisję do zastosowania się do różnych postulatów Parlamentu zawartych w jego rezolucji z 16 stycznia 2019 r. w celu udoskonalenia unijnej procedury wydawania zezwoleń na dopuszczenie pestycydów do obrotu;
23. wzywa państwa członkowskie, władze regionalne i lokalne, przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego oraz pracodawców do promowania i ułatwiania aktywności fizycznej i uprawiania sportu przez całe życie, gdyż, jak wiadomo, ograniczają one zarówno zachorowalność, jak i nawroty nowotworów oraz problemy ze zdrowiem psychicznym, a także sprzyjają włączeniu społecznemu; podkreśla, że należy sprawić, aby dzięki finansowaniu infrastruktury publicznej, sprzętu i programów uprawianie sportu było inkluzywne i dostępne dla wszystkich od najmłodszych lat, a zwłaszcza dla grup podatnych na zagrożenia; wzywa państwa członkowskie, aby ułatwiały hospitalizowanym pacjentom dostęp do aktywności fizycznej, jeżeli jest to zgodne z zaleceniami klinicznymi;
24. z zadowoleniem przyjmuje rozpoczęcie unijnej kampanii „HealthLifestyle4all”, która zakłada promowanie sportu, aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania, a także porusza inne kluczowe zagadnienia; zaleca, aby szkoły włączyły edukację zdrowotną do swoich programów nauczania w celu zapewnienia, aby dzieci i młodzież uczyły się, jak prowadzić zdrowy styl życia, i były świadome istnienia Europejskiego kodeksu walki z rakiem, oraz apeluje, aby edukacja zdrowotna stanowiła integralną część polityki edukacyjnej w zakresie pomocy społecznej;
25. zwraca uwagę, że promieniowanie słoneczne zawiera niewidzialne promieniowanie ultrafioletowe (UV), które może powodować raka skóry; wzywa w związku z tym Komisję do przeglądu dyrektywy 2006/25/WE w sprawie narażenia pracowników na ryzyko spowodowane czynnikami fizycznymi (sztucznym promieniowaniem optycznym)⁴⁸ oraz do włączenia w zakres tej dyrektywy promieniowania słonecznego; popiera wzmocnienie ochrony przed narażeniem na promieniowanie ultrafioletowe na szczeblu UE, zwłaszcza poprzez przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy odnoszące się do osób pracujących na zewnątrz; z zadowoleniem przyjmuje zobowiązanie Komisji do przeanalizowania środków dotyczących narażenia na promieniowanie ultrafioletowe, w tym w urządzeniach do opalania się za pomocą promieni UV (solariach)⁴⁹; podkreśla znaczenie kampanii informacyjnych, aby uświadomić

⁴⁷ Teksty przyjęte, P9_TA(2020)0256.

⁴⁸ Dz.U. L 114 z 27.4.2006, s. 38.

⁴⁹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/35/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie harmonizacji ustawodawstw państw członkowskich odnoszących się do udostępniania na rynku sprzętu elektrycznego przewidzianego do stosowania w określonych granicach napięcia, Dz.U. L 96 z 29.3.2014, s. 357.

ludziom ryzyko związane z nadmierną ekspozycją na słońce oraz nauczyć ich, jak rozpoznawać możliwe znaki ostrzegawcze; wzywa do podjęcia konkretnych środków w celu ograniczenia narażenia dzieci i młodzieży na promieniowanie ultrafioletowe; wzywa do wprowadzenia surowszych przepisów dotyczących korzystania z solariów do celów kosmetycznych oraz zakazu korzystania z nich przez osoby niepełnoletnie; wzywa państwa członkowskie, by do krajowych rejestrów nowotworów włączyły dane na temat czerniakowych nowotworów złośliwych skóry;

26. przyznaje, że około 2 % obciążenia związanego z chorobami nowotworowymi w Europie można przypisać promieniowaniu jonizującemu oraz że narażenie na radon i produkty jego rozpadu w pomieszczeniach jest drugą główną przyczyną raka płuc w Europie; oczekuje na wyniki programu badawczo-szkoleniowego Euratomu⁵⁰, które poprawią stan wiedzy na temat narażenia na radon oraz pozwolą opracować środki zaradcze mające na celu ograniczenie akumulacji radonu w lokalach mieszkalnych; przypomina, że promieniowanie jonizujące może być obecne również w prywatnych gospodarstwach domowych; zachęca zatem Komisję i państwa członkowskie do określenia obecnych i potencjalnych obszarów krytycznych w celu skutecznego reagowania na to zagrożenie; wzywa Komisję do przeznaczenia funduszy na stworzenie takiej mapy prognostycznej oraz do promowania kampanii informacyjnych skierowanych do społeczeństwa w celu zwiększenia świadomości w tej kwestii; zachęca państwa członkowskie do regularnego aktualizowania krajowych planów ograniczania narażenia na radon, zgodnie z wymogami dyrektywy w sprawie narażenia na źródła promieniotwórcze⁵¹, oraz do uaktualnienia wytycznych dla nowych budynków dotyczących zmniejszania narażenia na radon; wzywa Komisję, by oceniła wdrożenie i skuteczność obecnych środków ochrony pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące, takich jak załogi linii lotniczych, pracownicy elektrowni jądrowych, pracownicy odnośnych zakładów przemysłowych oraz badacze i pracownicy służby zdrowia pracujący w sektorze radiologii, radioterapii lub medycyny nuklearnej, a także by dokonała przeglądu tych środków, jeżeli jest to konieczne i proporcjonalne;
27. apeluje do Komisji o promowanie multidyscyplinarnych badań naukowych dotyczących istnienia powiązań między polami elektromagnetycznymi (EMF), w tym 5G, a nowotworami, w celu zebrania dowodów naukowych dotyczących długoterminowych skutków pól elektromagnetycznych, oraz o terminowe informowanie opinii publicznej o wynikach tych badań; wzywa do wspierania badań nad rozwojem technologii, które zmniejszają narażenie na częstotliwości radiowe;
28. postrzega Europejski Zielony Ład jako istotny czynnik sprzyjający profilaktyce nowotworów w Europie, dzięki temu, że jego celem jest zmniejszenie zanieczyszczenia powietrza, żywności, wody i gleby oraz narażenia na działanie substancji chemicznych; wzywa do włączenia oceny wpływu polityki na zachorowalność na raka do strategii „Od pola do stołu” oraz strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności, strategii „zero zanieczyszczeń” oraz strategii dotyczącej nietoksycznego środowiska; z zadowoleniem przyjmuje zbliżający się przegląd unijnych norm jakości powietrza i wzywa Komisję do dostosowania ich do wytycznych WHO, o których mowa w rezolucji Parlamentu z dnia 25 marca 2021 r. w sprawie wdrożenia dyrektyw w sprawie jakości powietrza⁵²; wzywa Komisję do zagwarantowania, by wspólna polityka rolna pomagała rolnikom ograniczać stosowanie pestycydów; zachęca do prowadzenia badań nad lekami bezpieczniejszymi dla środowiska, do ich stosowania i opracowywania oraz zachęca do wdrażania skutecznych mechanizmów usuwania odpadów, które zapobiegają zanieczyszczeniu środowiska, zgodnie z celami strategii farmaceutycznej dla Europy;
29. podkreśla potrzebę pełnego wdrożenia zmienionej dyrektywy w sprawie wody pitnej⁵³ oraz wdrożenia i egzekwowania ramowej dyrektywy wodnej⁵⁴, co przyczyni się do zmniejszenia w wodach powierzchniowych i gruntowych stężenia niektórych substancji zanieczyszczających, które mogą przyczyniać się do zachorowalności na raka;

⁵⁰ Rozporządzenie Rady (Euratom) 2021/765 z dnia 10 maja 2021 r. ustanawiające program badawczo-szkoleniowy Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej na lata 2021-2025 uzupełniający program ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji „Horyzont Europa”, Dz.U. L 1671 z 12.5.2021, s. 81.

⁵¹ Dyrektywa Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiająca podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego, Dz.U. L 13 z 17.1.2014, s. 1.

⁵² Teksty przyjęte, P9_TA(2021)0107.

⁵³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/2184 z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, Dz.U. L 435 z 23.12.2020, s. 1.

⁵⁴ Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w dziedzinie polityki wodnej, Dz.U. L 327 z 22.12.2000, s. 1.

30. wzywa w szczególności, aby zaostrzyć wymogi informacyjne na temat działania rakotwórczego w ramach rozporządzenia w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH)⁵⁵ w celu umożliwienia identyfikacji wszystkich produkowanych lub przywożonych substancji rakotwórczych, niezależnie od ich ilości, zgodnie ze strategią w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności, oraz apeluje, aby rejestracja, ocena, udzielanie zezwoleń i stosowane ograniczenia w zakresie chemikaliów, w tym substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego, w ramach rozporządzenia REACH były przeprowadzane w powiązaniu z ocenami Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem i WHO; z zadowoleniem przyjmuje zobowiązanie wyrażone w strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności do rozszerzenia ogólnego podejścia do zarządzania ryzykiem w celu sprawienia, by produkty konsumenckie nie zawierały chemikaliów, które powodują nowotwory i mutacje genowe, wpływają na układ rozrodczy lub hormonalny bądź są trwałe i toksyczne oraz wykazują zdolność do bioakumulacji; wzywa Komisję do szybkiego wdrożenia środków planowanych w strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności w celu zmniejszenia narażenia obywateli na substancje rakotwórcze i zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego z uwzględnieniem wszystkich dróg narażenia; apeluje do Komisji o zwrócenie szczególnej uwagi na grupy ludności szczególnie podatne na zagrożenia związane z niebezpiecznymi substancjami chemicznymi oraz o lepsze uwzględnianie tych grup w ocenach ryzyka chemicznego; podkreśla, że informacje dla konsumentów na temat dróg narażenia w codziennym życiu mają kluczowe znaczenie dla poprawy profilaktyki, w związku z czym z zadowoleniem przyjmuje w tym względzie ustanowienie bazy danych substancji potencjalnie niebezpiecznych w produktach; zwraca się do Europejskiej Agencji Środowiska o sporządzenie wraz z Europejską Agencją Chemikaliów sprawozdania na temat chemikaliów w środowisku w Europie; apeluje, by sprawozdanie zawierało ocenę systemowego charakteru substancji rakotwórczych i zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego w europejskich systemach produkcji i konsumpcji oraz ocenę ich stosowania w produktach, występowania w europejskim środowisku i szkód dla zdrowia ludzi, w szczególności w postaci nowotworów;
31. uważa, że kolejna edycja Europejskiego kodeksu walki z rakiem będzie musiała uwzględniać najnowszą wiedzę na temat środowiskowych czynników rakotwórczych; wzywa Komisję do bezzwłocznego zaproponowania przeglądu art. 68 ust. 2 rozporządzenia REACH, rozporządzenia w sprawie materiałów przeznaczonych do kontaktu z żywnością⁵⁶, rozporządzenia dotyczącego produktów kosmetycznych⁵⁷, dyrektywy w sprawie bezpieczeństwa zabawek⁵⁸ oraz innych odpowiednich przepisów w sprawie produktów konsumpcyjnych w celu zapewnienia, by produkty konsumpcyjne nie zawierały substancji chemicznych, które powodują nowotwory, zgodnie ze strategią w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności; wzywa ponadto do regularnego przeglądu tych przepisów w celu uwzględnienia rozwoju nowych materiałów, tendencji i produktów; podkreśla, że substancje zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego są obecne w żywności, materiałach przeznaczonych do kontaktu z żywnością, kosmetykach, towarach konsumpcyjnych, zabawkach i wodzie pitnej oraz że narażenie na nie, nawet w niewielkich dawkach, może mieć niekorzystne skutki w perspektywie krótko- i długoterminowej, obejmujące również nowotwory⁵⁹; podkreśla, że ze względu na powszechne narażenie ludności w UE na wiele podejrzewanych i znanych substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego oraz fakt, że łączna ekspozycja na kilka takich substancji poprzez podobne lub różne drogi narażenia może prowadzić do skumulowanych skutków, konieczne jest zminimalizowanie narażenia na substancje zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego i zapewnienie większej spójności rozporządzenia UE w różnych sektorach; zachęca do prowadzenia dalszych badań, aby określić stopień, w jakim substancje chemiczne mogą zaburzać funkcjonowanie układu hormonalnego;
32. w pełni popiera zobowiązanie Komisji wyrażone w strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności do zmiany rozporządzenia w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania chemikaliów (rozporządzenie (WE) nr 1272/2008⁶⁰) w celu wprowadzenia nowych klas zagrożenia dla

⁵⁵ Rozporządzenie (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) i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów, Dz.U. L 396 z 30.12.2006, s. 1.

⁵⁶ Rozporządzenie (WE) nr 1935/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 2004 r. w sprawie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, Dz.U. L 338 z 13.11.2004, s. 4.

⁵⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczące produktów kosmetycznych.

⁵⁸ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/48/WE z dnia 18 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa zabawek.

⁵⁹ [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608866/IPOL_STU\(2019\)608866_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608866/IPOL_STU(2019)608866_EN.pdf)

⁶⁰ Dz.U. L 353 z 31.12.2008, s. 1.

między innymi substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego, w tym substancji o takim podejrzanym działaniu, oraz do zaktualizowania wymogów informacyjnych we wszystkich odpowiednich przepisach, aby umożliwić ich identyfikację;

33. apeluje do Komisji o włączenie podejścia „braku szkodliwości już na etapie projektowania” do wymogów regulacyjnych związanych z produkcją substancji chemicznych i farmaceutycznych, aby przyjąć prawdziwie ostrożnościowe podejście do łagodzenia zagrożeń dla naszego zdrowia, społeczeństwa i środowiska;
34. z zadowoleniem przyjmuje publikację nowych strategicznych ram UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027, w szczególności zaś podejście oparte na „wizji zero” do zgonów związanych z pracą, a także planowany szczyt poświęcony przeglądowi kwestii dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy w 2023 r. w celu oceny postępów w realizacji „wizji zero”; podkreśla potrzebę ścisłego i regularnego zaangażowania partnerów społecznych i zainteresowanych stron w tę strategię; ubolewa jednak nad ograniczoną liczbą substancji uwzględnionych w strategii; zachęca do ciągłych analiz i badań dotyczących nowych substancji o podejrzanym działaniu rakotwórczym, mutagenym lub reprotoksyycznym, do ustanowienia dopuszczalnych wartości narażenia zawodowego dla środków chemicznych, dla których wartości takie nie zostały jeszcze ustalone, oraz do okresowych przeglądów w razie potrzeby, w świetle nowszych danych naukowych i rozwoju technicznego; z zadowoleniem przyjmuje badanie wśród pracowników dotyczące narażenia na czynniki ryzyka zachorowania na raka przygotowane przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA); podkreśla, że bardziej systematyczne programy biomonitoringu człowieka, w pełni zgodne ze środkami ochrony danych, zarówno w kontekście zawodowym, jak i niezawodowym, mogą stanowić jedno z kilku odpowiednich źródeł informacji na temat ogólnych skutków narażenia chemicznego i wpływu na zdrowie; wzywa zatem Komisję do pilnego wykazania się większymi ambicjami w zakresie ambitnych i regularnych aktualizacji dyrektywy 2004/37/WE w sprawie ochrony pracowników przed zagrożeniem dotyczącym narażenia na działanie czynników rakotwórczych lub mutagenów podczas pracy; w tym celu wzywa Komisję, aby po konsultacji z Komitetem Doradczym ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa, przedstawiła plan działania w celu osiągnięcia do 2024 r. wartości OEL dla co najmniej 25 dodatkowych substancji, grup substancji lub substancji powstających w wyniku procesów; podkreśla w tym względzie potrzebę zwiększenia przez Komisję zdolności do przeglądu dopuszczalnych wartości stężenia w środowisku pracy oraz dodania nowych, w tym przez zwiększenie liczby pracowników w odpowiednich jednostkach i organach; przypomina w tym kontekście, że trwające negocjacje w sprawie czwartego przeglądu dyrektywy 2004/37/WE stanowią okazję do włączenia do załącznika I również prac związanych z narażeniem na działanie niebezpiecznych produktów leczniczych spełniających kryteria klasyfikacji jako rakotwórcze, mutagenne lub działające szkodliwie na rozrodczość, kategorii 1A lub 1B, określonych w załączniku I do rozporządzenia 1272/2008, aby zapewnić jak najlepsze ogólne i indywidualne środki ochrony pracowników mających do czynienia z tymi produktami; powtarza swoje apele o ustanowienie nowego spójnego, przejrzystego i opartego na ryzyku systemu w celu ustalania dopuszczalnych wartości narażenia oraz lepszego uwzględnienia narażenia pracowników na kombinację substancji; z zadowoleniem przyjmuje zobowiązanie Komisji do dodania substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego jako kategorii substancji wzbudzających szczególnie duże obawy w ramach rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 (rozporządzenie REACH), a także do sklasyfikowania ich w ramach rozporządzenia nr 1272/2008; podkreśla, że pracownicy powinni być również chronieni przed narażeniem na działanie substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego; z zadowoleniem przyjmuje zobowiązanie Komisji do przedstawienia w 2022 r. wniosku ustawodawczego mającego na celu dalsze ograniczenie narażenia pracowników na azbest, w opinii Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem czynnik rakotwórczy o udowodnionym działaniu (grupa 1), który nadal odpowiada za około połowę wszystkich nowotworów pochodzenia zawodowego w Europie; w związku z tym ponawia wnioski Parlamentu zawarte w rezolucji z dnia 20 października 2021 r. w sprawie ochrony pracowników przed azbestem⁶¹, w szczególności apel o opracowanie europejskiej strategii na rzecz usunięcia całego azbestu oraz propozycje dotyczące lepszego oceny zagrożeń związanych z narażeniem na działanie azbestu innych niż zawodowe; zwraca się do państw członkowskich o ułatwienie uznawania potwierdzonych nowotworów związanych z pracą i odszkodowań za nie oraz o wzmocnienie monitorowania narażenia związanego z pracą przez inspektoraty pracy;
35. zachęca Komisję i państwa członkowskie do realizacji celów zrównoważonego rozwoju ONZ w zakresie chorób zakaźnych w celu promowania profilaktyki nowotworów związanych z chorobami zakaźnymi; z zadowoleniem przyjmuje programy szczepień mające na celu zapobieganie przenoszeniu wirusa HPV;

⁶¹ Teksty przyjęte, P9_TA(2021)0427.

domaga się wdrożenia w państwach członkowskich neutralnego pod względem płci i finansowanego ze środków publicznych programu szczepień przeciwko HPV, aby zapewnić wyeliminowanie wszystkich nowotworów związanych z HPV, oraz wzywa do pełnego zaszczepienia 90% dziewcząt oraz do znacznego zwiększenia liczby szczepień chłopców w wieku do 15 lat przy użyciu szczepionki HPV do 2030 r.; domaga się, by postępy w osiąganiu celów europejskiego planu walki z rakiem w zakresie szczepień przeciwko HPV zgłaszano w ramach rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom; apeluje do państw członkowskich o wdrożenie zalecenia Rady z dnia 7 grudnia 2018 r. w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień⁶², aby zmniejszyć nierówności pod względem szczepień w grupach podatnych na zagrożenia oraz podnieść wyszczepialność dzieci; z zadowoleniem przyjmuje zamiar zaproponowania przez Komisję zalecenia Rady w sprawie nowotworów zwalczanych drogą szczepień; podkreśla w tym kontekście potrzebę skoordynowanych działań ukierunkowanych na rakotwórcze wirusy, takie jak wirus HPV i wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), aby zapobiec ich przenoszeniu; wzywa do większej harmonizacji szczepień przeciwko HPV i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w ramach krajowych programów państw członkowskich, przy jednoczesnym zapewnieniu informacji o szczepieniach i promowaniu równego dostępu dla wrażliwych i podatnych na zagrożenia grup dorosłych; zachęca do regularnego monitorowania obecnych szczepień przeciwko HPV i HBV na szczeblu UE z wykorzystaniem systemu podobnego do systemu monitorowania szczepień przeciwko COVID-19, opracowanego przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), co zachęci również państwa członkowskie do przyjęcia najlepszych praktyk i utrzymania dynamiki; wzywa państwa członkowskie do harmonizacji danych, zapewnienia ich interoperacyjności i do lepszego rozwoju krajowych systemów danych dotyczących szczepienia; podkreśla, że ECDC powinno odgrywać kluczową rolę w monitorowaniu postępów państw członkowskich; popiera prowadzenie dalszych badań nad rozwojem szczepionek przeciwko innym wirusom, takim jak wirus zapalenia wątroby typu C i ludzki wirus niedoboru odporności (HIV); uważa, że do tego czasu należy na masową skalę stosować rozwiązania terapeutyczne, aby osiągnąć cel WHO, jakim jest zwalczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C do 2030 r., oraz apeluje do Komisji o wykorzystanie zasobów finansowych Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności, aby osiągnąć te cele w drodze finansowania badań przesiewowych; wzywa do współpracy z państwami członkowskimi i organizacjami międzynarodowymi w celu zwalczania wpływu informacji wprowadzających w błąd na szczepienia i zająć się problemem uchylania się od szczepień; domaga się wykorzystania Programu UE dla zdrowia i innych unijnych strumieni finansowania w tym celu, w tym do wsparcia starań o zwiększanie świadomości obywateli, personelu placówek edukacyjnych i pracowników służby zdrowia, a także wsparcia badań behawioralnych w ramach programu „Horyzont Europa”; zaleca szersze stosowanie unijnego kodeksu postępowania w zakresie zwalczania dezinformacji, w szczególności w związku z informacjami wprowadzających w błąd na temat szczepionek;

36. wskazuje, że jak potwierdzają najnowsze dane, osoby cierpiące na przewlekłe stany zapalne, w tym spowodowane chorobami reumatycznymi i chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, są bardziej zagrożone nowotworami i innymi chorobami złośliwymi; apeluje do Komisji i państw członkowskich o rozszerzenie badań nad związkiem między przewlekłymi stanami zapalnymi, nowotworami oraz chorobami reumatycznymi i chorobami układu mięśniowo-szkieletowego;
37. wzywa Komisję i państwa członkowskie, by zwiększyły nakłady na badania nad przyczynami nowotworów u osób dorosłych oraz u dzieci i młodzieży;
38. zaleca promowanie karmienia piersią w celu ograniczenia ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet poprzez informowanie i edukowanie matek na temat korzyści wynikających z karmienia piersią;
39. wskazuje, że wykazano istnienie genetycznych predyspozycji do zachorowania na raka, które wynikają z mutacji określonych genów; podkreśla, że dostępne są metody wykrywania tych mutacji, albo przy porodzie w ramach wczesnego wykrywania niektórych nowotworów wieku dziecięcego, albo w późniejszym okresie życia, zwłaszcza w przypadku raka sutka, raka jajnika i raka jelita grubego, oraz że wykrywanie tych mutacji może pomóc w zapobieganiu rakowi lub wykrywaniu raka we wczesnym stadium oraz wpływać na wybór metody leczenia; zaleca w związku z tym, aby państwa członkowskie wspierały poprawę dostępu pacjentów we wszystkich grupach wiekowych do badań genetycznych w połączeniu z doradztwem medycznym i zaawansowaną diagnostyką w dziedzinie sekwencjonowania poprzez przeznaczanie środków finansowych i tworzenie jasnych sposobów szybkiego i skutecznego zwrotu kosztów, a także podnoszenie świadomości na temat zakresu, w jakim obywatele mogą uzyskać dostęp do takich usług w Unii; zaleca zwiększenie inwestycji w infrastrukturę i umiejętności związane

⁶² Dz.U. C 466 z 28.12.2018, s. 1.

z platformami sekwencjonowania genetycznego oraz w szkolenie wyspecjalizowanych doradców genetycznych w określonych jednostkach, takich jak te, które istnieją już w niektórych ośrodkach; wzywa Komisję do wspierania badań nad genetykami w celu znalezienia genotypów o wyższym prawdopodobieństwie rozwoju niektórych nowotworów, w tym nowotworów dziecięcych, jako chorób o krótkim narażeniu na działanie czynników zewnętrznych;

40. podkreśla, że w porównaniu z standardową epidemiologią techniki takie jak epidemiologia molekularna mogą być źródłem nowych informacji na temat interakcji genotyp-środowisko w przypadku nowotworów; wskazuje, że informacje te – wraz z dalszymi badaniami w obszarze epigenetyki – można wykorzystywać do lepszego zrozumienia czynników ryzyka przyczyniających się do rozwoju nowotworów i do podniesienia poziomu wczesnego wykrywania;
41. zdecydowanie popiera planowany przegląd Europejskiego kodeksu walki z rakiem w celu opracowywania, wymiany i wdrażania najlepszych praktyk w programach profilaktyki nowotworów, ze szczególnym uwzględnieniem grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, oraz uruchomienie w UE przyjaznej dla użytkownika aplikacji mobilnej, która będzie wsparciem dla ludzi i obejmie profilaktykę nowotworową, edukację i opiekę, zgodnie z zapowiedzią zawartą w planie; podkreśla, że oprócz dostępności w aplikacjach mobilnych wszystkie aktualne informacje powinny być również udostępniane w formatach niecyfrowych, aby zapewnić inkluzywność; podkreśla, że Europejski kodeks walki z rakiem powinien być systematycznie oceniany przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem, a prace związane z oceną w dalszym ciągu powinna koordynować Komisja;
42. zachęca Komisję i państwa członkowskie do dalszego promowania kompetencji zdrowotnych w odniesieniu do zagrożeń i uwarunkowań związanych z nowotworami oraz umiejętności cyfrowych w tym zakresie, do opracowania narzędzi edukacyjnych w zakresie profilaktyki oraz do wspierania tworzenia platform i aplikacji do e-uczenia się; wzywa do zwrócenia szczególnej uwagi na osoby znajdujące się w niekorzystnej sytuacji, podatne na zagrożenia, wykluczone społecznie i marginalizowane, a także podkreśla, że niezbędne są specjalne kampanie uświadamiające skierowane do grup o szczególnych potrzebach w zakresie kompetencji zdrowotnych; zwraca uwagę na znaczenie zwiększania kompetencji zdrowotnych w odniesieniu do substancji rakotwórczych w miejscu pracy, i wzywa Komisję oraz państwa członkowskie, by zapewniły pracodawcom odpowiednie szkolenia; podkreśla, że świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej odgrywają ważną rolę w promocji zdrowia różnych grup ludności, ponieważ mogą dostosowywać swoje działania promujące zdrowie do potrzeb pacjentów w zależności od ich umiejętności cyfrowych lub nawet w przypadku nieposiadania przez nich takich umiejętności; uważa profilaktykę nowotworów za pierwszy krok w kierunku europejskiej polityki edukacyjnej w zakresie zdrowia publicznego;
43. wzywa do ciągłego wzmacniania centrum wiedzy na temat raka, które powinno otrzymać zadanie utworzenia europejskiego planu działania na rzecz opracowania i koordynowania zakrojonych na szeroką skalę kampanii profilaktycznych w stosunku synergii z innymi programami krajowymi oraz skutecznymi kampaniami komunikacyjnymi w zakresie promocji zdrowia w programach edukacyjnych (zachowania nieszkodliwe, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna, drogi przenoszenia rakotwórczych wirusów oraz możliwości szczepień i leczenia takich zakażeń itp.), ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży i grup w niekorzystnej sytuacji; zwraca uwagę na znaczenie współpracy z krajowymi i lokalnymi organizacjami społeczeństwa obywatelskiego przy opracowywaniu przekazu tych kampanii;
44. podkreśla, że spożywanie tytoniu i alkoholu, niewłaściwe odżywianie, wysoki wskaźnik masy ciała, siedzący tryb życia i zanieczyszczenia środowiska to czynniki ryzyka wspólne dla innych chorób przewlekłych; uważa zatem, że środki w zakresie profilaktyki nowotworów i ograniczania ryzyka muszą być wdrażane w kontekście zintegrowanego programu profilaktyki chorób przewlekłych, w ścisłej współpracy z Grupą Sterującą ds. Promocji Zdrowia, Profilaktyki Chorób i Zarządzania Chorobami Niezakaźnymi; wzywa do zorganizowania szczytu podsumowującego dotyczącego profilaktyki, koncentrującego się na komercyjnych uwarunkowaniach raka i innych chorób przewlekłych, z udziałem instytucji Unii, państw członkowskich, stowarzyszeń pacjentów i organizacji społeczeństwa obywatelskiego działających w dziedzinie zdrowia;
45. wzywa, by wdrażanie programów profilaktyki miało charakter integracyjny, by na wszystkich etapach angażowano w nie gminy i regiony, obywateli, partnerów społecznych, społeczeństwo obywatelskie i stowarzyszenia pacjentów, zwłaszcza za pośrednictwem Konferencji w sprawie przyszłości Europy;

II. Badania przesiewowe w kierunku raka i wykrywanie nowotworów dostępne dla wszystkich

46. wyraża ubolewanie z powodu częstych opóźnień i uchybień w terminowym diagnozowaniu nowotworów dających objawy, związanych z brakiem informacji lub brakiem realizacji programów badań przesiewowych w kierunku raka i wykrywania nowotworów; uznaje potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na ciągłość programów badań przesiewowych i wczesnego wykrywania oraz opieki onkologicznej podczas kryzysu zdrowotnego (takiego jak kryzys związany z COVID-19) lub w sytuacjach, gdy wydajność systemów opieki zdrowotnej spada; zachęca Komisję i państwa członkowskie, by organizowały, we współpracy z stronami zainteresowanymi tematyką nowotworów, kampanie na rzecz zdrowia publicznego w celu wyeliminowania wszelkich opóźnień w badaniach przesiewowych, we wczesnym wykrywaniu i opiece, które może spowodować kryzys zdrowotny; podkreśla znaczenie szybkich i aktualnych danych na temat programów badań przesiewowych w kierunku raka dla szybkiej reakcji i kontroli w przypadku, gdy regularne prowadzenie badań przesiewowych jest zakłócone, co pozwoli ograniczyć liczbę odroczonej badań przesiewowych do absolutnego minimum;
47. ubolewa, że nierówny dostęp w państwach członkowskich do badań przesiewowych skutkuje mniejszymi szansami na przeżycie ze względu na późne rozpoznanie nowotworu, co stanowi niedopuszczalną dyskryminację obywateli UE ze względu na ich kraj zamieszkania; podkreśla, że według Eurostatu w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka piersi różnice pod względem zasięgu w całej UE są co najmniej dziesięciokrotne; zwraca uwagę, że w publikacji „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie – Europa 2018” stwierdzono, iż w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy różnica między państwami członkowskimi pod względem zasięgu populacji docelowej waha się od 25 do 80 %; zauważa, że w najnowszym raporcie Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem na temat realizacji zaleceń Rady z 2003 r. w sprawie badań przesiewowych odnotowano, że na przykład tylko 18 państw członkowskich posiada krajowe lub regionalne programy badań przesiewowych populacji w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego; wzywa Komisję, by wspierała projekty, na przykład poprzez Program UE dla zdrowia, misję badawczą dotyczącą chorób nowotworowych w ramach programu „Horyzont Europa” lub inne odpowiednie programy, w celu analizowania barier ograniczających wczesne wykrywanie i wczesne diagnozowanie raka w Europie;
48. zachęca państwa członkowskie do współpracy, zwłaszcza w regionach transgranicznych i na obszarach odizolowanych (w tym na obszarach górskich i miejskich oddalonych od ośrodków badań przesiewowych), w celu zmniejszenia nierówności społecznej i geograficznej w zakresie badań przesiewowych w kierunku raka i usług w zakresie wczesnej diagnostyki;
49. popiera uruchomienie nowego, wspieranego przez UE programu badań przesiewowych w kierunku raka, zgodnie z zapowiedzią zawartą w planie, którego celem będzie pomoc państwom członkowskim w zapewnieniu, aby 90 % populacji UE kwalifikującej się do badań przesiewowych w kierunku raka sutka, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego uzyskało dostęp do takich badań do 2025 r.; wzywa Komisję do uwzględnienia w programie innych nowotworów, a to w oparciu o najnowsze dowody naukowe, oraz jasnych celów dla każdego rodzaju nowotworów; popiera prowadzenie dalszych badań nad innymi rodzajami nowotworów, które mogą być skutecznie wykrywane za pomocą badań przesiewowych; wzywa Komisję, aby analizowała co dwa lata wyniki programu badań przesiewowych w kierunku raka pod kątem równego dostępu populacji docelowej, monitorowała nierówności między państwami członkowskimi i regionami, zaproponowała odpowiednie nowe środki oraz skorelowała programy badań przesiewowych z najnowszymi wynikami badań przesiewowych w kierunku raka, a w razie konieczności – przedstawiła środki poprawy zasięgu badań przesiewowych i usług profilaktycznych w państwach członkowskich; wzywa państwa członkowskie i Komisję do składania sprawozdań i monitorowania realizacji celów badań przesiewowych w rejestrze nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom;
50. zachęca państwa członkowskie do promowania badań przesiewowych w kierunku raka sutka, raka szyjki macicy i raka jelita grubego w ramach zorganizowanych krajowych i regionalnych programów badań przesiewowych populacji, w tym w regionach oddalonych i najbardziej oddalonych, oraz do zapewnienia odpowiednich środków na ten cel; podkreśla jednocześnie, że w ramach planu potrzebne jest większe ukierunkowanie na inicjatywy z zakresu badań przesiewowych, diagnozowania i leczenia nowotworów, którym nie można zapobiegać; zachęca Komisję i państwa członkowskie, by promowały ukierunkowane badania przesiewowe dla grup wysokiego ryzyka; zdecydowanie zaleca państwom członkowskim, by opracowały kompleksową politykę badań przesiewowych, która umożliwi terminowe przeprowadzenie

badan przesiewowych w przypadku wykrycia nowotworu dziedzicznego; zaleca, aby państwa członkowskie ustanowiły programy badawcze w zakresie skutecznych, dokładnych, nieinwazyjnych i innowacyjnych metod wczesnego diagnozowania, takich jak biomarkery, w odniesieniu do różnych rodzajów nowotworów, a także rozwijały te metody;

51. wzywa Komisję i państwa członkowskie do pełnego wdrożenia europejskich wytycznych zapewnienia jakości dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka sutka, raka szyjki macicy i raka jelita grubego oraz usług wczesnego wykrywania, aby zminimalizować czas potrzebny na diagnozowanie tych nowotworów; zaleca, by zająć się problemem nierówności w zakresie badań przesiewowych w państwach członkowskich, na przykład poprzez zaostrenie kryteriów badań przesiewowych w kierunku raka, a także ram prawnych oraz struktur zarządzania i zapewniania jakości oraz oparcie ich na podstawach naukowych; uważa, że aby wyeliminować rozbieżności w badaniach przesiewowych w kierunku raka, potrzebne są wspólne znormalizowane protokoły badań przesiewowych na szczeblu UE, wykraczające poza wytyczne dotyczące najlepszych praktyk, np. dotyczące algorytmów organizacji programów badań przesiewowych i wskaźników oceny jakości programów badań przesiewowych;
52. zachęca do lepszego i ujednoliconego gromadzenia danych dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka, aby umożliwić sporządzanie rocznego sprawozdania europejskiego; ponadto zachęca do regularnego monitorowania obecnych programów badań przesiewowych na szczeblu UE; podkreśla, że należy powiązać zbiory danych z programów badań przesiewowych pod kątem zachorowalności na raka z kategoriami zawodowymi, co może pomóc w określeniu odpowiednich działań profilaktycznych; uważa, że należy ulepszyć publiczną służbę zdrowia (w tym pod względem finansowania, infrastruktury i aspektów dotyczących personelu służby zdrowia), co ma kluczowe znaczenie dla poprawy działań w zakresie profilaktyki nowotworowej, badań przesiewowych w kierunku raka i diagnostyki nowotworów; podkreśla znaczenie badań przesiewowych i gromadzenia danych na temat chorób często współistniejących z rakiem, by umożliwić ich jak najlepsze prognozowanie; podkreśla, że postęp naukowy w przewidywaniu ryzyka zachorowania na raka powinien umożliwić opracowanie programów badań przesiewowych dostosowanych do ryzyka;
53. podkreśla, że należy ściśle monitorować obecnych i byłych pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C, tak by zapobiegać rozwojowi raka;
54. zachęca Komisję, by rozważyła możliwość usprawnienia systemu „drugiej opinii” w dyrektywie w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej⁶³ w przypadku trudnych lub nietypowych przypadków zachorowań na raka, i zaleca państwom członkowskim, aby wprowadziły prawo pacjentów do żądania, by specjaliści z jednego państwa członkowskiego zasięgaliby porady specjalistów z innego państwa członkowskiego w jednym spójnym systemie;
55. z zadowoleniem przyjmuje proces zainicjowany przez Grupę Głównych Doradców Naukowych Komisji oraz mechanizm doradztwa naukowego dotyczący zbliżającej się aktualizacji zalecenia Rady z 2003 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego, aby uwzględnić nowe badania przesiewowe i najnowsze dane dotyczące najlepszych protokołów badań przesiewowych (obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego, testy na obecność wirusa HPV, podejście uwzględniające stratyfikację ryzyka oraz kalkulatory ryzyka); podkreśla, że informacje na temat tych programów badań przesiewowych powinny być przekazywane do centrum wiedzy na temat raka przy Wspólnym Centrum Badawczym (wiek rozpoczęcia i późniejsza absorpcja, wpływ na przeżycie, opłacalność itp.) oraz że powinny one być regularnie oceniane przez właściwe organy krajowe; wzywa Komisję do opracowania wytycznych UE dotyczących wspierania wysiłków badawczych w celu oceny włączenia nowych, opartych na podstawach naukowych programów badań przesiewowych w kierunku raka (w tym raka płuc, prostaty, żołądka i jajnika) oraz roli sztucznej inteligencji w ramach aktualizacji zalecenia Rady w 2022 r., w ścisłej współpracy z Międzynarodową Agencją Badań nad Rakiem, WHO, pracownikami służby zdrowia i organizacjami pacjentów; wzywa do uznania dowodów potwierdzających pozytywny wpływ ukierunkowanych badań przesiewowych w kierunku raka płuc na śmiertelność; zachęca Radę, by w oparciu o wynik wspomnianej wyżej oceny uwzględniła badania przesiewowe w kierunku raka płuc i prostaty w aktualizacji swojego zalecenia w 2022 r.; w związku z opinią grupy głównych doradców naukowych Komisji oraz aktualizacją w 2022 r. zalecenia Rady w sprawie badań

⁶³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45.

przesiewowych w kierunku raka wzywa do wyznaczenia jasnych i konkretnych celów dotyczących wszelkich nowych nowotworów, którymi należy się zająć;

56. opowiada się za uruchomieniem przez Komisję i państwa członkowskie unijnej platformy dla krajowych ośrodków badań przesiewowych przy wykorzystaniu doświadczeń podobnych platform wymiany i współpracy, takich jak europejska sieć ds. oceny technologii medycznych (EUnetHTA) i szefowie agencji leków; zaleca, aby platforma ta służyła wymianie wiedzy fachowej, wdrażaniu najlepszych praktyk i dyskusjom o wspólnych wyzwaniach, zachęcała do współpracy, szkoleń i budowania zdolności w celu poprawy jakości programów badań przesiewowych, pełniła rolę centrum projektów i inicjatyw dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka wspieranych przez UE oraz utrzymywała w perspektywie długoterminowej sieć dostawców danych do sprawozdania Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem z realizacji badań przesiewowych w kierunku raka;
57. podkreśla znaczenie zwiększania świadomości na temat badań przesiewowych w kierunku raka i wczesnego wykrywania w UE i zwiększania liczby osób korzystających z takich możliwości poprzez organizację ogólnounijnej kampanii uświadamiającej w ramach europejskich dni wiedzy, przeprowadzanie badań motywacji i lepsze wdrażanie istniejących kampanii komunikacyjnych; wzywa Komisję i państwa członkowskie do wspierania, finansowania i wdrażania dalszych działań mających na celu podnoszenie świadomości na temat badań przesiewowych w kierunku raka oraz promowanie udziału w badaniach przesiewowych zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak i wśród kwalifikujących się mieszkańców poprzez bezpośrednie powiadomienia; zachęca państwa członkowskie do aktywnej pracy nad strategiami edukacyjnymi w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej; zachęca do prowadzenia badań, wspieranych przez finansowanie ze środków UE, takie jak program badawczy „Horyzont Europa”, nad behawioralnymi czynnikami sprzyjającymi stosowaniu się do programów badań przesiewowych oraz nad przeszkodami utrudniającymi wczesne wykrywanie i diagnozowanie nowotworów, tak by zwiększyć udział w takich programach;
58. wzywa do zacieśnienia współpracy z krajami spoza UE, zwłaszcza z szerzej pojętym regionem europejskim, w celu zachęcania do organizowania kampanii przesiewowych i programów wczesnej diagnostyki, w szczególności w odniesieniu do nowotworów u kobiet, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach, oraz w odniesieniu do społeczności mniejszościowych, przy jednoczesnym uwzględnieniu specyfiki nowotworów u kobiet w tych krajach; podkreśla, że może to stanowić istotny wkład UE w osiągnięcie międzynarodowych celów dotyczących walki z rakiem, takich jak cel WHO dotyczący wyeliminowania raka szyjki macicy jako problemu zdrowia publicznego;
59. uznaje znaczenie mediatorów zdrowotnych, nawigatorów pacjenta i organizacji pozarządowych oraz wzywa do włączenia ich w procesy decyzyjne i strategię przydziału zasobów; uznaje zasadniczą rolę, jaką odgrywają, zwłaszcza w kampaniach profilaktycznych i kampaniach szczepień, pomagając w przełamywaniu barier między władzami a społeczeństwem, w tym grupami szczególnie wrażliwymi;
60. wzywa UE i państwa członkowskie, by zacieśniły współpracę z WHO oraz pracowały na rzecz wdrożenia zaleceń i wytycznych WHO dotyczących polityki;

IIIa. Równy dostęp do opieki onkologicznej: w kierunku opieki najlepszej jakości

61. ubolewa nad faktem, że pacjenci w UE nadal napotykają trudności w dostępie do usług opieki zdrowotnej i udziale w badaniach klinicznych w innych państwach członkowskich oraz że jedynie niewielka liczba pacjentów i nie wszyscy pracownicy służby zdrowia wiedzą o prawie pacjentów do korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie istniejących ram: dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia w sprawie zabezpieczenia społecznego⁶⁴; wzywa do reformy dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej, w szczególności w celu umożliwienia mobilności i dostępu do wysoce specjalistycznego sprzętu i opieki poprzez wzmocnienie krajowych punktów kontaktowych dzięki zapewnieniu im większych środków budżetowych, a także w celu umożliwienia opracowania wytycznych Komisji określających akceptowalne i zharmonizowane terminy przeglądu i zatwierdzania w celu skrócenia czasu oczekiwania na leczenie w UE na mocy rozporządzenia w sprawie zabezpieczenia społecznego; wzywa do zwiększenia liczby kampanii informacyjnych

⁶⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. L 166 z 30.4.2004, s. 1).

na temat praw pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym kampanii skierowanych do pracowników służby zdrowia, a także do utworzenia punktu kompleksowej obsługi udzielającego informacji na temat transgranicznych możliwości dostępu w UE; podkreśla, że należy ograniczać bariery logistyczne i językowe, z jakimi borykają się pacjenci w dostępie do opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim; podkreśla, że należy dostarczać pacjentom jasnych informacji na temat wymogów dotyczących uzyskania uprzedniego zezwolenia, które mają zastosowanie do niektórych państw członkowskich; podkreśla potrzebę ułatwienia dostępu do takiej opieki – poprzez całościowy przegląd ram transgranicznej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem w równym stopniu dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej i rozporządzenia w sprawie zabezpieczenia społecznego – dla pacjentów, którzy z powodu niezaspokojonych potrzeb i potencjalnych korzyści wyjeżdżają za granicę na badania kliniczne i mogą mieć do czynienia z takimi problemami, jak brak jasności co do zasad dalszej opieki po powrocie do kraju oraz pokrycia przez krajowe agencje ubezpieczeniowe kosztów związanych z ich udziałem w badaniach klinicznych; podkreśla potrzebę wyjaśnienia kwestii dostępu do transgranicznych badań klinicznych, który nie jest jasny w dyrektywie w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej; podkreśla, że wszystkie koszty związane z leczeniem powinny być finansowane przed jego rozpoczęciem, aby uniknąć wykluczenia pacjentów o niskich dochodach; wzywa Komisję do rozważenia, w kontekście kolejnego przeglądu istniejących ram prawnych, możliwości ustanowienia jednolitego zbioru zasad udzielania zezwoleń i zwrotu kosztów w odniesieniu do dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym prawa do drugiej opinii; wzywa Komisję i państwa członkowskie do współpracy w celu przeprowadzania regularnych ocen strategii Komisji w dziedzinie e-zdrowia od 2018 r., aby wdrożyć wzajemnie połączoną elektroniczną dokumentację medyczną, zapewnić lepszą interoperacyjność oraz poprawić jakość danych, ochronę prywatności i bezpieczeństwo w przypadku pacjentów onkologicznych na szczeblu regionalnym, krajowym i unijnym, przy czym należy jednocześnie zapewnić rygorystyczne przestrzeganie zasad prywatności danych dotyczących zdrowia pacjentów oraz zasad bezpieczeństwa; zauważa potencjał rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom jako metody zgłaszania i pomiaru poprawy sytuacji w tych dziedzinach;

62. zwraca uwagę na znaczenie szybkiego leczenia i terminowych wyników odpowiednich badań lekarskich dla pacjentów onkologicznych, ponieważ choroba postępuje wraz z upływem czasu, zagrażając przeżyciu pacjenta; ubolewa, że w niektórych państwach członkowskich środki publiczne są niewystarczające, aby zagwarantować terminowe wykrywanie i leczenie, co naraża pacjentów zależnych od publicznego ubezpieczenia społecznego na mniejsze szanse na przeżycie i nie pozostawia im innej możliwości jak korzystanie z usług sektora prywatnego;
63. wzywa do wzajemnego uznawania kwalifikacji związanych ze zdrowiem w opiece onkologicznej w całej UE oraz ustanowienia wspólnego systemu uznawania kwalifikacji dla krajów spoza UE, zgodnie z wymogami dyrektywy 2005/36/WE⁶⁵, co zapewni, że będzie on korzystny dla specjalizacji związanych z onkologią; wzywa do opracowania programów doskonalenia zawodowego, dzięki którym osoby chcące pracować w dziedzinie onkologii będą mogły przejść do niej na dowolnym etapie kariery;
64. wzywa do pełnego uznania onkologii medycznej i dziecięcej za dziedziny specjalistyczne, do ustanowienia ogólnoeuropejskich norm jakości w zakresie prowadzenia i nadzorowania leczenia nowotworów, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, oraz do ułatwiania pacjentom dostępu do specjalistów w dziedzinie nowotworów, dzięki czemu będą mogli korzystać z innowacji i dostępu do wczesnych badań klinicznych nad nowymi obiecującymi lekami, technologii zdrowotnych i ośrodków referencyjnych w przypadku złożonego leczenia, takiego jak np. terapia komórkowa czy genowa; podkreśla potrzebę zapewnienia, aby dostęp do innowacji we wczesnych badaniach klinicznych dotyczących powracających lub trudnych do leczenia nowotworów złośliwych był objęty odpowiednimi przepisami;
65. wzywa do podnoszenia poziomu umiejętności chirurgicznych w UE poprzez uznanie chirurgii onkologicznej za dyscyplinę specjalistyczną, ustanowienie ogólnoeuropejskich norm jakości w zakresie chirurgicznego leczenia raka, a także ułatwianie pacjentom dostępu do ośrodków chirurgii onkologicznej przeprowadzających najwięcej zabiegów oraz do innowacyjnych zabiegów chirurgicznych; apeluje o uznanie wysokiej jakości operacji chirurgicznych i podkreśla ich znaczenie w leczeniu nowotworów wykrytych we wczesnym stadium; podkreśla, że należy promować opracowanie minimum programowego dla chirurgii onkologicznej oraz indywidualnych szkoleń specjalistycznych w zakresie chirurgii onkologicznej, i wzywa do opracowania programów umożliwiających harmonizację kształcenia

⁶⁵ Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (OJ L 255, 30.9.2005, p. 22).

w dziedzinie chirurgii onkologicznej w UE; wspiera rozwój badań klinicznych w chirurgii onkologicznej w ramach leczenia lokalnego i regionalnego oraz zachęca do większych inwestycji środków z unijnych i krajowych funduszy na rzecz badań i innowacji w badania w dziedzinie chirurgii onkologicznej; podkreśla znaczenie standaryzacji onkologicznych zabiegów chirurgicznych dla poprawy długoterminowej jakości życia osób żyjących z rakiem lub wyleczonych;

66. wspiera udoskonalanie wysokiej jakości radioterapii w UE i zwiększanie równego dostępu do niej poprzez uznanie fizyki medycznej i radioterapii za dyscypliny specjalistyczne, promowanie wspólnych standardów kształcenia i szkolenia, zwiększanie środków finansowych dla państw członkowskich na rozwój infrastruktury radioterapii oraz przeznaczanie większych środków z unijnych i krajowych funduszy w zakresie badań naukowych i innowacji na badania w dziedzinie radioterapii;
67. wzywa do wspierania onkologii geriatrycznej jako dziedziny, która zasługuje na szczególną uwagę i musi być wzbogacona o badania naukowe w celu ustalenia najlepszych metod leczenia i diagnostyki dla starszych pacjentów; przypomina, że w UE ponad 60% nowych przypadków zachorowań na raka i ponad 70% zgonów z powodu raka dotyczy osób w wieku 65 lat i starszych; zauważa, że odsetek ten ma wzrosnąć, gdyż ludność w UE starzeje się, co stanowi kluczowe wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej; wzywa Komisję i państwa członkowskie do pilnego zajęcia się tą sytuacją w drodze konkretnych działań; w szczególności zwraca się do Komisji i państw członkowskich o podjęcie działań mających na celu ułatwienie badań klinicznych u osób starszych, wdrożenie multidyscyplinarnych i kompleksowych modeli opieki onkologiczno-geriatrycznej w rutynowych działaniach klinicznych oraz utworzenie centrów doskonałości w dziedzinie onkologii geriatrycznej; apeluje do Komisji i państw członkowskich o wspieranie możliwości szkolenia i podnoszenia kwalifikacji pracowników onkologii w zakresie zasad geriatry;
68. wzywa Komisję i państwa członkowskie, by zaplanowały działania, które promują, w kontekście opieki i leczenia, zwrócenie większej uwagi na ochronę płodności pacjentów, w szczególności w przypadku nowotworów u dzieci i młodzieży;
69. z zadowoleniem przyjmuje nowy plan działania w ramach strategicznego programu dotyczącego medycznych zastosowań promieniowania jonizującego⁶⁶, który będzie wspierał bezpieczeństwo zdolności produkcyjnych i dostaw izotopów promieniotwórczych poprzez zastąpienie obecnej starzejącej się floty i wdrożenie istniejących technologii, zwłaszcza reaktorów i akceleratorów cząstek, w ramach istniejących instrumentów finansowych, pozwoli uniknąć niedoborów izotopów promieniotwórczych poprzez ułatwienie przekraczania granic i zwolnień w transporcie oraz poprawi jakość i bezpieczeństwo technologii promieniowania w medycynie, która obecnie nie jest w równym stopniu dostępna we wszystkich państwach członkowskich UE, poprzez ocenę izotopów promieniotwórczych w drodze ocen technologii medycznych, poprzez harmonizację dostępu do rynku, uznanie medycyny nuklearnej za w pełni niezależną specjalizację medyczną, promowanie standardów szkoleniowych oraz inwestycje w badania w dziedzinie medycyny nuklearnej;
70. wzywa Komisję do promowania, a państwa członkowskie do wzmacniania roli lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, pielęgniarek, pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów, zważywszy na ich znaczenie w kierowaniu pacjentów na badania diagnostyczne i do specjalistów w dziedzinie onkologii, a także roli specjalistów do spraw żywienia lub dietetyków, psychologów i rehabilitantów podczas leczenia nowotworów i dalszej opieki, aby zapewnić dostęp do odpowiedniego leczenia i opieki w odpowiednim czasie dzięki optymalnemu planowi opieki; wzywa do zorganizowania multidyscyplinarnych zespołów na potrzeby zarządzania leczeniem pacjentów onkologicznych oraz multidyscyplinarnego procesu decyzyjnego w ramach specjalnych interdyscyplinarnych spotkań konsultacyjnych (konsyliów) z udziałem różnych specjalistów w dziedzinie nowotworów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej; podkreśla znaczenie ciągłego szkolenia pracowników służby zdrowia, by informować ich na bieżąco o nowych możliwościach leczenia nowotworów; wzywa do upowszechnienia funkcji koordynatora leczenia w celu odpowiedniego koordynowania leczenia pacjentów i umożliwienia im łatwego dostępu do aktualnych informacji związanych z diagnozowaniem nowotworów oraz do doradztwa w zakresie korzystania z systemu opieki zdrowotnej;

⁶⁶ Dokument roboczy służb Komisji pt. „Strategiczny program dotyczący medycznych zastosowań promieniowania jonizującego (SAMIRA)” (SWD(2021)0014).

71. uważa, że należy dokonać przeglądu dyrektywy 2005/36/WE, aby umożliwić wzajemne uznawanie kształcenia w zakresie pielęgniarstwa onkologicznego oraz kształcenia pozostałego personelu medycznego wspierającego proces leczenia;
72. wzywa państwa członkowskie do opracowania, w ramach krajowych programów zwalczania chorób nowotworowych, strategii obejmujących i wdrażających działania zapobiegawcze przeciwko ryzyku wypalenia zawodowego wśród osób zawodowo zajmujących się opieką onkologiczną; wzywa Komisję i EU-OSHA do zwrócenia uwagi na tę kwestię i podkreśla, że należy je uznać za ważnych partnerów wdrażających plan w tym zakresie;
73. zachęca, tam gdzie jest to wykonalne i bezpieczne, do stosowania ambulatoryjnych metod leczenia nowotworów w celu zachowania jakości życia pacjentów i ich rodzin; podkreśla w szczególności, że należy wspierać leczenie ambulatoryjne dzieci, pod warunkiem że odpowiednie miejsca i środowisko oraz dostępne urządzenia medyczne zostaną zaprojektowane w sposób odpowiadający potrzebom pacjentów pediatrycznych; podkreśla rolę farmaceutów, onkologów i pielęgniarek w multidyscyplinarnym monitorowaniu pacjentów przyjmujących doustne leki przeciwnowotworowe; wzywa państwa członkowskie do wdrożenia lub udoskonalenia technologii e-zdrowia oraz usług telemedycyny i teleopieki w celu zapewnienia ciągłości stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki onkologicznej i opieki środowiskowej; nalega, by Komisja wdrożyła finansowanie badań z programu „Horyzont Europa”, tak by wesprzeć wykorzystanie telemedycyny oraz pomóc w opracowaniu wytycznych opartych na dowodach; apeluje o działania służące zapewnieniu równego dostępu do usług telemedycznych we wszystkich państwach członkowskich oraz o wsparcie finansowe z Programu UE dla zdrowia i programu „Cyfrowa Europa”, tak by zwiększyć umiejętności cyfrowe pacjentów i pracowników służby zdrowia;
74. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia integralnej i multidyscyplinarnej opieki paliatywnej dla pacjentów onkologicznych w celu łagodzenia ich bólu i dyskomfortu, promowania opieki zapewniającej komfort i zagwarantowania obecności pielęgniarek lub opiekunów, przy jednoczesnym zachowaniu ich godności i z uwzględnieniem wcześniejszego planowania opieki i autonomii pacjenta; wzywa Komisję, by wspierała i koordynowała regularną wymianę informacji oraz wdrażała najlepsze praktyki w zakresie hospicyjnej i domowej opieki paliatywnej na szczeblu UE; apeluje o rozwój opieki paliatywnej dla dzieci, zwłaszcza w państwach członkowskich, w których taka opieka nie jest jeszcze powszechnie zapewniana; zachęca państwa członkowskie do rozwiązania kwestii opieki paliatywnej w krajowych programach zwalczania chorób nowotworowych, maksymalnego podniesienia liczby oddziałów paliatywnych w każdym regionie w celu adekwatnego dostosowania ich liczby do potrzeb pacjentów, jak również do maksymalnego ograniczenia czasu oczekiwania oraz do zapewnienia trwałego finansowania, a także wystarczającej liczby dobrze wyszkolonych pracowników; uważa, że ramy prawne UE dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych powinny zostać rozszerzone, aby umożliwić standaryzację kształcenia w zakresie opieki paliatywnej najlepszych praktyk pracowników opieki zdrowotnej; podkreśla, że należy utworzyć sieci referencyjne dla opieki paliatywnej i zintegrować je ze ścieżkami onkologicznymi na wszystkich poziomach, mianowicie szpitalami specjalistycznymi, ośrodkami podstawowej opieki zdrowotnej, hospicjami i opieką domową, a także podkreśla potrzebę terytorialnej integracji szpitali; podkreśla, że dostęp pacjentów do leczenia podtrzymującego i opieki paliatywnej (w tym usług psychoonkologicznych) w całej UE powinien być mierzony i zgłaszany za pośrednictwem rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom; apeluje o pogłębioną współpracę między systemami opieki zdrowotnej a systemami pomocy społecznej we wszystkich państwach członkowskich;
75. zachęca Komisję i państwa członkowskie do przyjęcia konkretnych kryteriów i programów zapewniania jakości (obejmujących wspólne standardy opieki, odpowiednią organizację, infrastrukturę i kompetencje, wielodyscyplinarne praktyki, kształcenie ustawiczne dla specjalistów, edukowanie pacjentów i udział w badaniach klinicznych), jak również wspólnych wytycznych klinicznych, aby dopilnować, by normy akredytacyjne były stosowane w publicznych i prywatnych szpitalach leczących pacjentów onkologicznych, co pozwoli zagwarantować skuteczne, bezpieczne i jednakowe leczenie nowotworów w całej UE; podkreśla z mocą, że kryteria te muszą być zgodne z najwyższymi dostępnymi standardami nauki opartej na dowodach, które zostały opublikowane w recenzowanych czasopiśmie naukowych; nalega, aby zarówno instytucje publiczne, jak i prywatne, które spełniają kryteria zapewniania jakości, zostały uwzględnione w krajowych programach zwalczania chorób nowotworowych w ramach planu w celu zapewnienia wszystkim pacjentom w całej UE najwyższej jakości leczenia nowotworów; wzywa państwa członkowskie, by stworzyły mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii

i powiązały je z realistycznymi mapami i inwentarzami istniejącej infrastruktury onkologicznej; jest zdania, że taka analiza pozwoli państwom członkowskim lepiej planować dostęp do istniejącej infrastruktury medycznej, określić jasne obszary działania i nadać priorytet przydziałowi zasobów, a także zaplanować współpracę transgraniczną między referencyjnymi ośrodkami onkologicznymi; podkreśla, że promowanie i rozwój badań typu translacyjnego należy uznać za ważny podstawowy cel unijnej sieci kompleksowych ośrodków onkologicznych; zauważa, że w trakcie rozwoju tej unijnej sieci Komisja powinna wziąć pod uwagę potrzebę inwestowania w najnowocześniejszy sprzęt i dobrze wyszkolonych lekarzy i innych specjalistów opieki zdrowotnej w różnych dziedzinach, oraz zaleca, aby różnorodni dobrze wyszkoleni specjaliści w dziedzinie onkologii oraz innych dyscyplin medycznych od samego początku uczestniczyli w pracach przewidywanej unijnej sieci krajowych kompleksowych ośrodków onkologicznych w celu zacieśnienia współpracy multidyscyplinarnej i w ten sposób poprawienia wyników dla dobra pacjentów; apeluje do Komisji i państw członkowskich o wspieranie trwałości istniejącej wcześniej współpracy transgranicznej, na przykład europejskich sieci referencyjnych i współpracy w sektorze leczenia nowotworów wieku dziecięcego; apeluje do Komisji o wspieranie państw członkowskich przez przeznaczenie części budżetu z funduszy spójności i funduszy regionalnych na tworzenie tych ośrodków, tak aby uwzględnić całą ludność;

76. z zadowoleniem przyjmuje planowane utworzenie – zgodnie z zapowiedzią zamieszczoną w planie – unijnej sieci łączącej uznane krajowe kompleksowe ośrodki onkologiczne (ośrodki referencyjne) w każdym państwie członkowskim, aby ułatwić wdrażanie sprawdzonych pod względem jakości procesów diagnostyki i leczenia, w tym poprzez szkolenia, badania naukowe i promowanie badań klinicznych w całej UE; wzywa państwa członkowskie i Komisję, by wspierały tworzenie takich ośrodków zajmujących się rzadkimi nowotworami i nowotworami, które wymagają złożonego leczenia; wzywa Komisję do zidentyfikowania istniejących ośrodków tego typu w UE, do promowania utworzenia przynajmniej jednego krajowego kompleksowego ośrodka onkologicznego w każdym państwie członkowskim oraz do wspierania koordynacji sieci tych ośrodków; podkreśla, że cele tej sieci powinny obejmować zmniejszenie nierówności oraz wzmocnienie badań translacyjnych, klinicznych i wynikowych;
77. wzywa do opracowania, wzmocnienia lub uruchomienia w każdym państwie członkowskim krajowego programu zwalczania nowotworów, zgodnie z wytycznymi WTO dotyczącymi krajowych programów zwalczania nowotworów, posiadającego unikalną strukturę, w której krajowy instytut nowotworów mógłby być odpowiedzialny za wdrażanie i monitorowanie odpowiednich poszczególnych programów, realizując odpowiednie cele i mając do dyspozycji odpowiednie zasoby; wzywa do jak najściślejszego dostosowania treści krajowych programów zwalczania nowotworów do planu, aby ułatwić jego pomyślne wdrożenie; zaleca, aby krajowe programy zwalczania nowotworów były tworzone zgodnie z europejskim przewodnikiem dotyczącym jakości krajowych programów zwalczania nowotworów opracowanym przez Europejskie Partnerstwo na rzecz Walki z Rakiem (EPAAC) oraz apeluje o włączenie dedykowanego komponentu dotyczącego nowotworów wieku dziecięcego i rzadkich nowotworów do wszystkich krajowych programów zwalczania nowotworów w celu zagwarantowania, by z myślą o konkretnych potrzebach tych pacjentów przygotowano odpowiednie zasoby i wprowadzono odpowiednie programy wdrożeniowe; popiera utworzenie sieci tych organizacji; podkreśla, że krajowe programy zwalczania nowotworów powinny obejmować przepisy dotyczące odpowiednich zdolności kadrowych, aby zagwarantować wystarczającą liczbę pracowników onkologicznych w każdym państwie członkowskim, proporcjonalną do ogólnej liczby ludności;

IIIb. Równy dostęp do opieki onkologicznej i leków onkologicznych w UE

78. wzywa Komisję do wzmocnienia rynku leków UE w celu wyrównania dostępu do leczenia, w tym do innowacji i spersonalizowanych produktów leczniczych, zmniejszenia niedoborów leków, rozwiązania problemu wysokich cen innowacyjnych technologii i metod leczenia, zachęcania do stosowania leków generycznych i biopodobnych oraz lepszego leczenia nowotworów u dorosłych i dzieci; wzywa Komisję i krajowe organy ochrony konkurencji do oceny unijnego rynku leków i zwrócenie przy tym uwagi na przejmowanie MŚP przez duże firmy farmaceutyczne – zjawisko, które podważa zasady uczciwej konkurencji; zachęca do wielostronnego dialogu na temat dostępu do leków i innowacji w oparciu o modele takie jak ACCELERATE⁶⁷ w sektorze leczenia nowotworów wieku dziecięcego z zaangażowaniem wszystkich odpowiednich podmiotów, w tym środowiska

⁶⁷ <https://www.accelerate-platform.org/>

akademickiego, przedstawicieli przemysłu, pracowników służby zdrowia i pacjentów;

79. apeluje do państw członkowskich o zwiększenie krajowych zdolności badawczych i produkcyjnych w dziedzinie leków i innych wyrobów medycznych, w tym przez ustanowienie krajowych laboratoriów farmaceutycznych, w celu zapewnienia równego dostępu do leczenia, ograniczenia niedoboru leków i zależności od przemysłu farmaceutycznego, zagwarantowania nieodpłatnego dostępu do innowacyjnych terapii i ulepszenia leczenia onkologicznego dorosłych i dzieci; ponadto wzywa państwa członkowskie, by zapewniły w ramach publicznej służby zdrowia nieodpłatny dostęp do terapii i leków stosowanych przez pacjentów onkologicznych oraz by rozważyły zastosowanie rozwiązań pozwalających na nieodpłatny dostęp do leków dla pacjentów powyżej 65. roku życia, przewlekle chorych i osób w trudnej sytuacji finansowej;
80. wzywa Komisję do dokonania przeglądu dyrektywy 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. ustanawiającej wspólnotowy kodeks odnoszący się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi⁶⁸ oraz rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiającego wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiającego Europejską Agencję Leków⁶⁹ (EMA) w celu ugruntowania ram wydawania pozwoleń na dopuszczenie do obrotu oraz zwiększenia dostępności leków i konkurencji na rynku leków generycznych i biopodobnych;
81. zauważa, że pacjenci onkologiczni często muszą mierzyć się z niedoborem leków oraz że poważne zakłócenia w zapewnianiu terapii onkologicznych są bardzo szkodliwe dla pacjentów onkologicznych, ich opiekunów i rodzin; wzywa Komisję i państwa członkowskie do współpracy w celu zapobiegania niedoborom i zarządzania niedoborami wszystkich leków i produktów leczniczych, a w szczególności leków przeciwnowotworowych, w tym ze zwróceniem uwagi na niedobory niedrogich podstawowych leków przeciwnowotworowych; opowiada się za opracowaniem wspólnego koszyka leków przeciwnowotworowych, w których podaży mogą wystąpić braki, tak aby zapewnić pacjentom stały dostęp do odpowiedniego leczenia, w oparciu o przejrzyście i odpowiednio określone potrzeby pacjentów;
82. wzywa do wzmocnienia i zróżnicowania łańcucha dostaw, w szczególności leków przeciwnowotworowych, w UE, ścisłego monitorowania deficytów i niedoborów dostaw oraz strategicznych zapasów krytycznych leków, substancji czynnych lub surowców, zwłaszcza gdy liczba dostawców jest ograniczona; apeluje, aby w prawodawstwie farmaceutycznym UE nałożono na przedsiębiorstwa farmaceutyczne prawny obowiązek przekazywania EMA informacji na temat odpowiednich zapasów bezpiecznych podstawowych leków przeciwnowotworowych; podkreśla znaczenie zrównoważonych praktyk zamówień publicznych w zapobieganiu niedoborom leków; wzywa Komisję, aby w związku z unijną dyrektywą w sprawie zamówień publicznych⁷⁰ opracowała wytyczne służące wspieraniu praktyk udzielania zamówień publicznych na rynku farmaceutycznym leków przeciwnowotworowych, zwłaszcza dotyczące stosowania kryteriów oferty najkorzystniejszej ekonomicznie, i mające na celu zapewnienie długoterminowej zrównoważoności, konkurencji i bezpieczeństwa dostaw oraz promowanie inwestycji w produkcję;
83. zauważa, że leki generyczne i biopodobne umożliwiają skuteczną i bezpieczną opiekę onkologiczną, podnoszą konkurencyjność, stymulują innowacje i przynoszą większe oszczędności dla systemów opieki zdrowotnej, a tym samym zwiększają dostęp do leków; apeluje o wprowadzenie do planu, a także do krajowych planów zwalczania nowotworów celu strategicznego, aby aktywnie promować stosowanie leków niechronionych patentem, gdy jest to właściwe i korzystne dla pacjentów; podkreśla, że ich wprowadzenie na rynek nie powinno być utrudniane ani opóźniane oraz że należy promować i finansować proces ich opracowywania; wzywa Komisję, by w trybie pilnym zapewniła zdrową konkurencję po wygaśnięciu praw własności intelektualnej poprzez zapewnienie dostępu do leków biopodobnych od pierwszego dnia oraz poprzez usunięcie wszystkich barier w dostępie do konkurencji, na przykład poprzez powiązania patentowe, oraz poprzez zakazanie praktyk nadmiernego przedłużania obowiązywania praw własności intelektualnej, które nadmiernie

⁶⁸ Dz.U. L 311 z 28.11.2001, s. 67.

⁶⁹ Dz.U. L 136 z 30.4.2004, s. 1.

⁷⁰ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych (Dz.U. L 94 z 28.3.2014, s. 65).

opóźniają dostęp do leków, i poprzez umożliwienie jednolitego światowego rozwoju;

84. uważa, że państwa członkowskie powinny przyjąć wspólne stanowisko w sprawie oceny technologii medycznych; z zadowoleniem przyjmuje zatem porozumienie dotyczące rozporządzenia w sprawie oceny technologii medycznych osiągnięte przez Parlament Europejski i Radę w dniu 22 czerwca 2021 r. jako poparcie dla zharmonizowanej oceny i szybszego dostępu do innowacyjnych metod diagnozowania i leczenia nowotworów oraz uważa, że bardziej efektywny proces decyzyjny mógłby, oprócz innych środków, odegrać rolę w ułatwianiu tych zmian; z zadowoleniem przyjmuje fakt, że leki przeciwnowotworowe są jedną z pierwszych grup produktów leczniczych podlegających wspólnej ocenie na podstawie rozporządzenia w sprawie oceny technologii medycznych; wzywa Komisję i państwa członkowskie, by podjęły dalsze środki mające na celu zachęcanie do przyjmowania i wykorzystywania wspólnych ocen klinicznych, które mają być przeprowadzane na podstawie tego rozporządzenia; podkreśla istnienie narzędzi wykorzystywanych przez WHO w celu włączenia leków przeciwnowotworowych do wykazu leków podstawowych WHO;
85. przypomina, że wszyscy pacjenci mają prawo do optymalnego leczenia, niezależnie od środków finansowych, płci, wieku czy narodowości; zauważa z zaniepokojeniem, że istnieją duże różnice w dostępie do różnych terapii przeciwnowotworowych, przy czym jednym z głównych powodów jest brak przystępności cenowej; nalega zatem na konieczność zapewnienia w UE równego dostępu do bezpiecznych, skutecznych i przystępnych cenowo leków, w szczególności leków przeciwnowotworowych; wzywa państwa członkowskie do rozważenia wspólnych negocjacji cenowych z przedsiębiorstwami farmaceutycznymi, zgodnie z inicjatywą Beneluxa w sprawie polityki farmaceutycznej i deklaracją z Valletty; wzywa Komisję, by uczyniła uczciwe ceny i przystępność cenową nowych metod leczenia podstawowym elementem planu i strategii farmaceutycznej dla Europy, w szczególności przez powiązanie zasad warunkowości z europejskim finansowaniem publicznym (np. w ramach programu „Horyzont Europa” oraz europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji w ochronie zdrowia), a także zapewniła rozliczalność inwestycji publicznych w badania i rozwój oraz dostępność leków opracowanych w wyniku badań finansowanych ze środków publicznych po uczciwej i przystępnej cenie; podkreśla, że powinno to dotyczyć również leków podlegających szczególnej ochronie regulacyjnej lub ochronie na rynku, takich jak leki przeznaczone do leczenia rzadkich nowotworów lub nowotworów wieku dziecięcego; apeluje o większą przejrzystość w całym systemie farmaceutycznym, zwłaszcza w przypadku elementów cenowych, kryteriów refundacji i rzeczywistych cen (netto) leków w różnych państwach członkowskich, aby zagwarantować bardziej uczciwe ceny i odpowiedzialność publiczną w sektorze farmaceutycznym;
86. zdecydowanie opowiada się za rozszerzeniem zakresu wspólnie prowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, zwłaszcza w odniesieniu do leków i terapii przeciwnowotworowych, procedur diagnostycznych oraz towarzyszących badań diagnostycznych w przypadku (ultra)rzadkich rodzajów nowotworów i nowotworów wieku dziecięcego, oraz szczepionek zapobiegających nowotworom, takich jak szczepionki przeciw HPV i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, aby przeciwdziałać niedoborom i zwiększyć przystępność cenową i dostęp do terapii przeciwnowotworowych na szczeblu UE; zauważa, że wspólne procedury udzielania zamówień powinny skrócić czas reakcji i być przejrzyste; podkreśla, że wspólne zamówienia publiczne nie powinny utrudniać dostępu dla pacjentów ani innowacji medycznych;
87. wzywa Komisję do wspierania ram regulacyjnych zwiększających zachęty do leczenia rzadkich nowotworów w UE, aby skutecznie zaradzić obecnym niedociągnięciom; podkreśla, że systemy patentowe na całym świecie są skonstruowane tak, że przez określony czas, tylko w okresie obowiązywania patentu, jedynie wynalazca może wykorzystywać patent do celów komercyjnych, a po upływie tego czasu każdy może swobodnie produkować w oparciu o wynalazek; wzywa Komisję, by opracowała nowe ukierunkowane zachęty w celu zapewnienia sprawiedliwego dostępu do leków przeciwnowotworowych również w obszarach, w których rozwój produktów bez takich zachęt nie byłby zrównoważony dla przedsiębiorstw;
88. wzywa Komisję do przedłożenia wniosku dotyczącego przeglądu dyrektywy Rady 89/105/EWG dotyczącej przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze⁷¹, aby zapewnić skuteczną kontrolę i pełną przejrzystość procedur stosowanych przy ustalaniu ceny i kwoty zwrotu

⁷¹ Dyrektywa Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycząca przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (Dz.U. L 40 z 11.2.1989, s. 8).

kosztów leków, w szczególności leków przeciwnowotworowych, w państwach członkowskich; zachęca właściwe organy do zwracania się do firm farmaceutycznych o informacje na temat kosztów badań i rozwoju, w tym na temat finansowania ze środków publicznych, przed uzyskaniem pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, a także na temat korzyści podatkowych i dotacji, z których firmy te skorzystały; domaga się, by przy obliczaniu kosztów leków uwzględniano wykorzystanie środków publicznych; wzywa EMA do zwiększenia liczby audytów w celu oceny przestrzegania przez firmy farmaceutyczne wymogów przejrzystości;

89. zauważa, że ogromny postęp w biologii wykazał, że termin „rak” obejmuje ponad 200 chorób oraz że ukierunkowanie leków na różne mutacje może umożliwić stosowanie terapii z zakresu medycyny precyzyjnej lub personalizowanej; uważa, że medycyna precyzyjna lub personalizowana, polegająca na wyborze leczenia w oparciu o indywidualne biomarkery nowotworowe odzwierciedlające genotypy lub fenotypy, jest obiecującą metodą, która może pomóc w lepszym leczeniu nowotworów; zachęca zatem państwa członkowskie do rozwijania medycyny personalizowanej w całej UE poprzez współpracę między państwami członkowskimi oraz do wspierania wdrażania regionalnych platform genetyki molekularnej oraz do ułatwiania pacjentom równego i szybkiego dostępu do zaawansowanych metod diagnostycznych i spersonalizowanego leczenia, z poszanowaniem prywatności danych oraz dopilnowaniem, by pacjenci byli informowani o wykorzystaniu ich danych dotyczących zdrowia do celów badawczych i wyrażali na to zgodę; zauważa, że fragmentacja i klasyfikacja nowotworów w oparciu o określone genotypy nie powinny prowadzić do definiowania nowotworów jako „sztuczne choroby rzadkie” w celu zwiększenia rekompensaty finansowej;
90. przypomina, że w kontekście medycyny personalizowanej medycynę i terapię oparte na płci uważa się za skuteczne strategie leczenia w przypadku leczenia nowotworów, uwzględniające różnice na poziomie biologicznym, genetycznym i mięśniowoszkieletowym między mężczyznami a kobietami; wzywa Komisję i państwa członkowskie do ułatwiania rozwoju leczenia raka w oparciu o płeć, zgodnie ze wskazaniami lekarzy i praktyków medycznych;
91. z zadowoleniem przyjmuje projekt „Genomika dla zdrowia publicznego” oraz ustanowienie „planu działania na rzecz spersonalizowanej profilaktyki” w ramach europejskiego planu walki z rakiem, w celu zidentyfikowania luk w badaniach i innowacjach oraz wsparcia „podejścia mającego na celu określenie wszystkich znanych anomalii biologicznych zwiększających podatność na nowotwory, w tym nowotworów dziedzicznych”, które stanowią 5-10% przypadków nowotworów;
92. postuluje, aby szybko i w pełni rozpocząć stosowanie rozporządzenia (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi⁷²; uważa, że stosowanie rozporządzenia ułatwiłoby prowadzenie dużych badań klinicznych w całej Europie w sposób zharmonizowany, skuteczny i skoordynowany na szczeblu europejskim, co z kolei usprawniłoby badania nad lekami przeciwnowotworowymi oraz wpłynęłoby na poprawę jakości życia pacjentów onkologicznych i ich rodzin; uważa ponadto, że rozporządzenie powinno być stosowane w spójny sposób we wszystkich państwach członkowskich, aby zracjonalizować procedury związane z badaniami klinicznymi; podkreśla znaczenie przeanalizowania na nowo możliwości zmniejszenia biurokracji związanej z badaniami klinicznymi; apeluje o perspektywiczne wyciągnięcie wniosków z pandemii COVID-19 z myślą o przyszłych formach międzynarodowej współpracy w dziedzinie badań i wymiany informacji;
93. zwraca uwagę, że program PRIME uruchomiony przez EMA może być bardzo skutecznym instrumentem zwiększającym wsparcie dla rozwoju innowacyjnych leków w onkologii, aby mogły one szybciej dotrzeć do pacjentów;
94. wzywa do stworzenia bardziej zrównoważonego środowiska, w tym w odniesieniu do wsparcia finansowego, dla prowadzenia badań i analizy obecnych badań nad repozycjonowaniem leków w leczeniu nowotworów, w szczególności przez podmioty trzecie bez zamiaru komercyjnego, oraz do uruchomienia dodatkowego projektu wykorzystującego obliczenia wielkiej skali do szybkiego testowania istniejących cząsteczek i nowych kombinacji leków, począwszy od wysoce niezaspokojonych potrzeb, takich jak leczenie nowotworów ze złymi rokowaniami, nowotworów z przerzutami i rzadkich nowotworów;

⁷² Dz.U. L 158 z 27.5.2014, s. 1.

95. podkreśla znaczenie zajęcia się kwestią stosowania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, w tym leków niedrogich i leków stosowanych w leczeniu rzadkich nowotworów; wzywa Komisję, by przeanalizowała obecną sytuację dotyczącą stosowania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi;
96. przyznaje, że wiele nowych technologii będzie wymagało złożonych regulacji (na przykład terapie komórkowe i genowe); uważa, że UE powinna finansować, wspierać i zapewniać proces regulacyjny, który aktywnie zachęca do prowadzenia badań naukowych i wprowadzania innowacji, przewiduje potrzeby naukowców ze środowisk akademickich, przemysłowych i klinicznych, aktywnie informuje ich o procesach regulacyjnych i zapewnia wytyczne w tym zakresie, przygotowuje grunt dla przyszłych technologii i ocenia je krok po kroku oraz sprzyja wprowadzaniu na rynek nowych, bezpiecznych i skutecznych metod leczenia;
97. ponownie podkreśla znaczenie gromadzenia i zgłaszania mocnych dowodów dotyczących profilu skuteczności i bezpieczeństwa leków, zarówno w badaniach klinicznych, jak i w badaniach kontrolnych po wprowadzeniu do obrotu; wspiera prowadzenie badań klinicznych dotyczących stosowania nowych i przystępnych cenowo leków przeciwnowotworowych u dorosłych i dzieci; popiera prowadzenie wielośrodkowych badań klinicznych w całej Europie w celu opracowania ulepszonych form leczenia pacjentów, w tym dzieci i starszych pacjentów, oraz opieki nad nimi; podkreśla, że organy muszą zapewnić przejrzystość, zgodność z wymogami dotyczącymi prowadzenia badań oraz wczesne przekazywanie odpowiednich danych EMA i opinii publicznej;
98. przyjmuje do wiadomości wnioski ustawodawczy Komisji dotyczący ustanowienia Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA); zauważa, że do 2023 r., a następnie co dwa lata, Komisja powinna przeprowadzać szczegółowy przegląd realizacji działań HERA, w tym jego struktury, zarządzania, finansowania i zasobów ludzkich. zauważa, że przeglądy te dotyczyć muszą w szczególności wszelkich potrzeb w zakresie zmiany struktury HERA, w tym m.in. możliwości przekształcenia HERA w odrębną agencję, zmiany mandatu HERA, z uwzględnieniem skutków finansowych wszelkich takich zmian; zauważa, że Komisja powinna przedstawiać Parlamentowi Europejskiemu i Radzie sprawozdanie z wyników przeglądów oraz że wyniki te powinny być podawane do wiadomości publicznej; zauważa, że przeglądowi tym towarzyszyć powinien, w stosownych przypadkach, wniosek ustawodawczy poświęcony wyodrębnionym kwestiom, przy czym rola Parlamentu Europejskiego jako współprawodawcy musi zostać w pełni uszanowana; uważa, że jeśli HERA ma zostać przekształcona w odrębną agencję, mogłaby wówczas przewidywać, promować, opracowywać w ramach współpracy i ułatwiać szybki, równy i trwały dostęp pacjentów onkologicznych do innowacyjnych rozwiązań w zakresie leczenia nowotworów, w tym procedur diagnostycznych oraz towarzyszących testów diagnostycznych; uważa, że HERA mogłaby, w perspektywie długoterminowej, ściśle współpracować z podmiotami publicznymi i prywatnymi w celu planowania, koordynowania i budowania ekosystemu obejmującego zdolności prywatne i publiczne i mogącego zapewnić odpowiednie ramy działania w sytuacjach nadzwyczajnych w celu zagwarantowania UE dostępu do kluczowych surowców w przypadku globalnych zakłóceń w dostawach;
99. podkreśla potrzebę promowania innowacji w dziedzinie ratujących życie terapii przeciwnowotworowych; w związku z tym apeluje do Komisji o stworzenie ramowych przepisów farmaceutycznych dla leków oraz terapii onkologicznych, które promować będą prawdziwie przełomowe innowacje, a nie opracowywanie leków typu „me too”, które zawierają jedynie inną substancję na to samo wskazanie i nie przynoszą znaczących korzyści lub są bardzo drogimi lekami zapewniającymi jedynie niewielkie ulepszenia dla pacjentów; wzywa do stworzenia dużego konsorcjum złożonego z organów publicznych, przedsiębiorstw prywatnych i organizacji pozarządowych, w tym stowarzyszeń pacjentów oraz osób żyjących z rakiem lub wyleczonych i środowiska naukowego, współpracujących ze sobą, aby zagwarantować dostępność i przystępność cenową opcji leczenia nowotworów wymagających zastosowania złożonych technologii, na przykład skomplikowanej terapii komórkowej (CART), terapii genowej, immunoterapii adoptywnej z wykorzystaniem ekstraktów genomu guza (mRNA) oraz nanotechnologii; podkreśla, że aby ułatwić szersze wykorzystanie innowacyjnych terapii, UE i państwa członkowskie muszą nie tylko dołożyć wszelkich starań w celu finansowania dostępnych obecnie terapii, ale także wspierać rozwój metod, które są bardziej racjonalne pod względem kosztów; uważa, że obniżenie kosztów najbardziej innowacyjnych i skutecznych terapii zwiększy ich dostępność z korzyścią dla pacjentów w UE i poza nią; apeluje o zapewnienie równego dostępu do innowacyjnych terapii, zarówno w gęsto zaludnionych regionach miejskich, jak i na mniejszych obszarach wiejskich lub oddalonych;

IIIc. Równy dostęp do multidyscyplinarnej opieki onkologicznej o wysokiej jakości: w kierunku lepszego reagowania na wpływ kryzysów zdrowotnych na pacjentów onkologicznych

100. podkreśla, że kryzys związany z COVID-19 miał i nadal ma znaczny wpływ na przeżywalność i jakość życia pacjentów onkologicznych we wszystkich stadiach choroby z powodu opóźnień w działaniach profilaktycznych takich jak szczepienia, opóźnień w realizacji programów profilaktyki, badaniach klinicznych, badaniach przesiewowych, skierowaniach na badania, diagnostyce, procedurach i leczeniu, braków w zaopatrzeniu w leki i inne środki medyczne, niedoboru wyspecjalizowanych pracowników, ograniczonego kontaktu z pracownikami służby zdrowia i obaw pacjentów przed zarażeniem się; podkreśla dowody sugerujące, że w pierwszym roku pandemii lekarze praktycy w całej Europie przyjęli o 1,5 mln mniej pacjentów onkologicznych, i szacuje się, że w Europie przeprowadzono o 100 mln mniej badań przesiewowych w kierunku raka, a w efekcie tego 1 milion obywateli UE może obecnie mieć niezdiagnozowany nowotwór wskutek pandemii Covid-19;⁷³
101. uważa, że pandemia COVID-19 była prawdziwym testem wytrzymałościowym dla systemów opieki zdrowotnej w UE; podkreśla, że głównym wnioskiem, jaki należy wyciągnąć, jest potrzeba stworzenia strategii kryzysowej, która pozwoli państwom członkowskim reagować w skoordynowany sposób w przypadku przyszłych kryzysów zdrowotnych; podkreśla, że grupy szczególnie wrażliwe, w tym pacjenci onkologiczni, są szczególnie narażone podczas kryzysu zdrowotnego; podkreśla, że szczególne środki w ramach takiej strategii kryzysowej powinny być ukierunkowane na ochronę grup szczególnie wrażliwych, w tym pacjentów onkologicznych, którzy nie mogą czekać do zakończenia kryzysu; podkreśla, że te szczególne środki powinny wspierać rozwój, produkcję i gromadzenie zapasów produktów w celu ochrony tych słabszych grup;
102. apeluje do Komisji i państw członkowskich o staranne gromadzenie danych za pośrednictwem odpowiednich rejestrów w celu monitorowania wpływu szczepionek przeciwko COVID-19 na wrażliwą populację, w tym pacjentów onkologicznych, i ich odpowiedzi immunologicznej w następstwie podania szczepionki;
103. zauważa z niepokojem, że pandemia COVID-19 pogłębiła już istniejące niedobory pracowników sektora zdrowia; uznaje pilną potrzebę zapewnienia wystarczającej liczby wyspecjalizowanych pracowników służby zdrowia zajmujących się opieką onkologiczną; ponownie podkreśla, że szczególne środki w ramach strategii kryzysowej powinny być ukierunkowane na rozwiązanie problemu niedoboru pracowników poprzez rekrutację pracowników służby zdrowia zarówno w podstawowej, jak i specjalistycznej opiece zdrowotnej i ich przekwalifikowanie, jeśli są specjalistami w innych dziedzinach; sugeruje, że rejestr nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom może służyć jako narzędzie pomiaru i sprawozdawczości obserwowanych już wcześniej niedoborów pracowników; podkreśla, że potrzebne są nowe podejścia do opieki zdrowotnej skoncentrowanej na człowieku, aby zapewnić wszystkim dostęp do diagnostyki, terapii i wysokiej jakości usług zdrowia publicznego; podkreśla potrzebę pracy nad tzw. „skill-mix”, w celu zoptymalizowania odpowiedzi na potrzeby kadrowe w sektorze ochrony zdrowia; wspiera wymianę dobrych praktyk między państwami członkowskimi w tym zakresie; wzywa Komisję i państwa członkowskie, by stworzyły internetowe platformy szkoleniowe dla pracowników ochrony zdrowia, takich jak opiekunowie, oraz programy opieki terapeutycznej umożliwiające im uzyskanie kwalifikacji i uznanie kompetencji;
104. ubolewa nad faktem, że pacjenci nadal napotykają wiele trudności w dostępie do wysokiej jakości publicznych usług opieki zdrowotnej, ponieważ na wielu oddziałach onkologii w szpitalach publicznych występuje problem niedoboru personelu i braku zdolności; wzywa zatem do tworzenia wysokiej jakości oddziałów radioterapii i nowoczesnych ośrodków onkologicznych w szpitalach publicznych, w oparciu o europejskie wytyczne i zgodnie z najnowszymi dowodami naukowymi;
105. apeluje do państw członkowskich i odpowiednich organów o uznanie zasadniczej roli nieformalnych opiekunów, włączenie ich do zespołów opieki zdrowotnej oraz umożliwienie im dokonywania świadomych wyborów dostępnych środków wsparcia przy pomocy ze strony pracowników służby zdrowia; przyznaje, że pandemia wyeksponowała kluczową rolę nieformalnych opiekunów, którzy zapewniają większość codziennej opieki nad pacjentami chorymi na raka i zmagają się z wyraźnym

⁷³ Europejska Organizacja ds. Walki z Rakiem, „Cancer Will Not Wait for the COVID-19 Pandemic to End. It is Time to Act” [Nowotwory nie będą czekać na koniec pandemii COVID-19. Czas na podjęcie działań] 11 maja 2021 r., dostęp w dniu 21 grudnia 2021 r.

brakiem wsparcia politycznego i praktycznego, w tym w zakresie praw socjalnych, szkoleń, pomocy psychologicznej, informacji i uznania; zwraca uwagę na wysoki odsetek nieformalnych opiekunów w UE oraz na różnice między państwami członkowskimi pod względem sposobu ich wspierania i uznawania ich praw; apeluje do Komisji, by rozważyła sformalizowanie statusu nieformalnych opiekunów, które zapewniłoby uznanie pewnego minimalnego standardu praw, zwłaszcza dla osób świadczących opiekę długoterminową;

106. opowiada się za rozwojem cyfrowego systemu komunikacji w dziedzinie zdrowia w celu zdalnego monitorowania objawów i zapewnienia ciągłego leczenia nowotworów w ramach opieki ambulatoryjnej; wzywa do zagwarantowania stałego dostępu do konsultacji lekarskich i usług psychospołecznych oraz kontaktu pacjenta z pracownikami opieki zdrowotnej i między lekarzem prowadzącym a rodziną pacjenta za pomocą telemedycyny lub teleopieki, oraz o włączenie tych rozwiązań do systemów opieki zdrowotnej, w środowisku pozbawionym zagrożeń zdrowotnych w szpitalach, lub – w przypadku gdy jest to możliwe i bezpieczne – w aptekach; apeluje o stymulowanie rozwoju terapii, które mogą wspomagać przejście do opieki w domu;
107. zwraca się o poprawę komunikacji między pracownikami służby zdrowia, pacjentami, osobami żyjącymi z rakiem lub wyleczonymi, opiekunami, rodzicami i organami publicznymi w zakresie skuteczności i bezpieczeństwa interwencji zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych w kierunku raka oraz diagnozowania i leczenia nowotworów, oraz o zintensyfikowanie kampanii uświadamiających w celu prewencji w czasach kryzysu;
108. wzywa Komisję i państwa członkowskie do przyjęcia europejskich planów zapobiegania i zarządzania w ramach spójnej i całościowej strategii postępowania w sytuacjach awaryjnych w celu zapobiegania niedoborom leków, urządzeń, wyrobów i pracowników w czasie kryzysu zdrowotnego oraz rozwiązania tego problemu; podkreśla obowiązki posiadaczy pozwoleń na dopuszczenie do obrotu i dystrybutorów hurtowych wynikające z odpowiednich przepisów UE;

IV. Silne wsparcie dla pacjentów onkologicznych, osób żyjących z rakiem lub wyleczonych i opiekunów

109. podkreśla, że pacjenci onkologiczni nie powinni ponosić „podwójnej kary” w swoim codziennym życiu; wzywa do przyjęcia dyrektywy antydyskryminacyjnej, a także do sprawiedliwego i równego wdrażania dyrektyw dotyczących usług finansowych, takich jak dyrektywa w sprawie kredytu konsumentckiego⁷⁴, bez żadnej dyskryminacji pacjentów onkologicznych oraz osób żyjących z rakiem lub wyleczonych;
110. dostrzega potrzebę poświęcenia większej uwagi kwestii jakości życia coraz większej liczby pacjentów z przewlekłą chorobą nowotworową, której nie można wyleczyć, ale którą można na kilka lat ustabilizować; podkreśla znaczenie konkretnych zaleceń UE mających na celu poprawę jakości życia pacjentów onkologicznych, osób żyjących z rakiem lub wyleczonych, w tym poprzez wszechstronne leczenie podtrzymujące stanowiące część opieki onkologicznej zapewnianej od diagnozy przez cały przebieg choroby (w tym łagodzenie bólu, usługi psychologiczne, dostosowana aktywność fizyczna, oparte na dowodach naukowych terapie uzupełniające, dostęp do kształcenia, wsparcie żywieniowe, pomoc społeczna obejmująca wszystkie codzienne czynności, jak pomoc domowa czy opieka nad dzieckiem, dostęp do produktów z zakresu zdrowia reprodukcyjnego oraz przywrócenie integralności estetycznej) oraz dostęp do specjalistycznych ośrodków zajmujących się leczeniem podtrzymującym; zwraca się do państw członkowskich o uznanie następstw choroby (niepełnosprawność fizyczna lub zaburzenia psychiczne) oraz realiów dyskryminacji społecznej, w tym w miejscu pracy; zwraca się do Komisji o zaproponowanie wytycznych dla państw członkowskich, aby uwzględnić znaczenie ustanowienia kompleksowych systemów ubezpieczeń, które zagwarantują zaspokojenie takich potrzeb; uznaje, że nowotwór jest chorobą obciążającą finansowo, nawet poza leczeniem onkologicznym; apeluje do Komisji o utworzenie platformy wymiany najlepszych praktyk w opiece paliatywnej i wspieranie badań w dziedzinie opieki paliatywnej;
111. wzywa Komisję, by rozważyła strategię UE dotyczącą opieki, z myślą o zapewnieniu odpowiedniej i dostępczej opieki długoterminowej o wysokiej jakości;
112. podkreśla, że naukowo potwierdzona medycyna integracyjna uznawana przez organy zdrowia

⁷⁴ Dz.U. L 133 z 22.5.2008, s. 66.

publicznego może przynosić korzyści pacjentom w łagodzeniu równoległych skutków wielu chorób, takich jak nowotwory, i ich leczeniu; podkreśla znaczenie rozwoju całościowego, integracyjnego i ukierunkowanego na pacjenta podejścia oraz zachęca, w odpowiednich przypadkach, do uzupełniającego stosowania tych metod leczenia pod nadzorem pracowników służby zdrowia;

113. podkreśla, że wyniki leczenia raka mogą być ograniczone ze względu na niedożywienie, zatem optymalna opieka żywieniowa ma zasadnicze znaczenie w opiece onkologicznej; wzywa państwa członkowskie do opracowania zaleceń dotyczących włączenia żywienia klinicznego do wszystkich aspektów opieki onkologicznej, w tym leczenia, wsparcia i badań; uważa, że wszędzie tam, gdzie jest to wskazane, pacjenci chorzy na raka muszą otrzymać kliniczne wsparcie żywieniowe od specjalisty dietetyka, którego należy włączyć do zespołu multidyscyplinarnego; w związku z tym z zadowoleniem przyjmuje planowane szkolenia międzyspecjalistyczne w zakresie wsparcia żywieniowego oraz wzywa Komisję i państwa członkowskie do opracowania minimalnych norm mających zastosowanie do szkolenia ustawicznego w zakresie opieki żywieniowej dla pracowników wielodyscyplinarnych; zaleca, aby zarządzanie żywieniem było integralną i etyczną częścią wszystkich badań klinicznych z udziałem pacjentów onkologicznych; zaleca ponadto włączenie odpowiedniego wsparcia żywieniowego do karty praw pacjentów onkologicznych;
114. stanowczo wzywa państwa członkowskie do zapewnienia, by wszyscy pacjenci onkologiczni byli w pełni poinformowani o możliwości przeprowadzenia zabiegów mających na celu zachowanie płodności przed rozpoczęciem aktywnego leczenia; apeluje o opracowanie na szczeblu UE wytycznych dla pracowników służby zdrowia określających wiek, w jakim pacjenci onkologiczni powinni być informowani o dostępności zabiegów związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym; ponadto zachęca państwa członkowskie do zapewnienia wszystkim pacjentom objętym obowiązkowym krajowym ubezpieczeniem zdrowotnym refundacji takich zabiegów przez krajowe systemy ubezpieczenia zdrowotnego;
115. zachęca państwa członkowskie do wzięcia pod uwagę częstego wyczerpania rodzin i bliskich pacjentów onkologicznych oraz do zapewniania im przez cały okres choroby pomocy psychologicznej oraz społeczno-ekonomicznej, w szczególności osobom wymagającym szczególnej troski, i czasów odpoczynku w miejscu pracy oraz wsparcia w żałobie; zachęca również do rozwoju zintegrowanych, odpowiednich i dostępnych systemów wsparcia dla pacjentów onkologicznych i ich rodzin, uwzględniających usługi zdrowotne, społeczne i środowiskowe;
116. przypomina, że wzmacnianie pozycji pacjentów i kompetencji zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla europejskiej strategii walki z rakiem oraz że koncentracja na pacjencie i partycypacyjne podejmowanie decyzji muszą znajdować się w centrum procesów opracowywania sposobów leczenia i opieki; zachęca do promowania idei dobrze poinformowanych pacjentów, którzy są aktywnie zaangażowani we własne leczenie, i wzywa do edukacji terapeutycznej opiekunów i pacjentów oraz do wzmocnienia ich pozycji w programach opieki; uważa, że w procesie szkolenia i wzmacniania pozycji pacjentów pediatrycznych należy stosować specjalnie dostosowaną metodykę, biorąc pod uwagę szczególne cechy i potrzeby tych pacjentów; apeluje o partycypacyjne podejmowanie decyzji z wykorzystaniem spersonalizowanych, zrozumiałych i opartych na dowodach informacji, które mają być dostarczane pacjentom, przy czym elementy te mają być integralną częścią krajowych programów zwalczania nowotworów przy wsparciu europejskiego planu walki z rakiem; apeluje o wsparcie takich inicjatyw i działań w celu wzmocnienia pozycji pacjentów onkologicznych z wykorzystaniem środków finansowych UE, na przykład w ramach Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia;
117. uznaje zasadniczą rolę niezależnych stowarzyszeń pacjentów i opiekunów w zakresie podejmowania działań rzeczniczych w imieniu pacjentów i pomagania im, świadczenia usług na rzecz pacjentów onkologicznych i opiekunów, rozpowszechniania wiedzy na temat zdrowia oraz uświadamiania i stałego wspierania zarówno na szczeblu unijnym, jak i krajowym; wzywa Komisję i państwa członkowskie do uwzględniania formalnego udziału tych stowarzyszeń oraz ich wniosków i zaleceń podczas opracowywania polityki i przepisów dotyczących nowotworów oraz do zapewniania im wsparcia publicznego w formie zarówno dotacji na działalność, jak i dotacji związanych z projektami, w celu zagwarantowania ich niezależności od prywatnego finansowania; apeluje do Komisji o ustanowienie jasnych kryteriów przyznawania publicznego wsparcia finansowego; uważa, że pacjenci pediatryczni powinni uczestniczyć, zarówno indywidualnie, jak i zbiorowo, w ulepszaniu opieki zdrowotnej i procedur badawczych dla wszystkich pacjentów poprzez wkład wynikający z konkretnych doświadczeń; jest zatem zdania, że należy opracować odpowiednie narzędzia edukacyjne oraz odpowiednio je finansować, aby zaplanować i zapewnić udział dzieci;

118. podkreśla znaczenie zapewniania odpowiednich opcji roszczeń o odszkodowanie dla pracowników w przypadkach zawodowych chorób nowotworowych; apeluje do państw członkowskich o pełne wdrożenie zalecenia Komisji z 19 września 2003 r. dotyczącego chorób zawodowych oraz zagwarantowanie pracownikom odpowiednich możliwości ubiegania się o odszkodowanie w przypadku nowotworu pochodzenia zawodowego, dzięki któremu każdemu pracownikowi zapewniona zostanie szansa na odpowiednie odszkodowanie po narażeniu na działanie szkodliwych substancji lub zachorowaniu na nowotwór pochodzenia zawodowego; wzywa Komisję, by stworzyła minimalny wykaz chorób zawodowych z porównywalnymi kryteriami uznawania w całej UE;
119. wzywa państwa członkowskie do poprawy procesu reintegracji zawodowej i społecznej osób żyjących z rakiem lub wyleczonych, udzielania im pomocy w okresie przejściowym prowadzącym do przyjęcia nowych zadań zawodowych w przypadku gdy następstwa choroby miałyby uniemożliwić im kontynuowanie pracy na dotychczasowym stanowisku, oraz do ułatwiania powrotu do szkoły lub na uczelnię dzieciom i młodym ludziom żyjącym z rakiem lub wyleczonym; zauważa, że opieka rekonwalescencyjna jest równie istotna jak profilaktyka nowotworów, ale ogólnie poświęca się jej mniej uwagi; przypomina o zaleceniach i narzędziach opracowanych w ramach wspólnego działania CHRODIS+, mających na celu wspieranie pacjentów w utrzymaniu zatrudnienia, powrocie do pracy i reintegracji na rynku pracy oraz zachęca Komisję do wspierania wdrażania tych zaleceń i narzędzi we wszystkich państwach członkowskich; opowiada się za opracowaniem konkretnych zaleceń UE dotyczących środków dla osób żyjących z rakiem lub wyleczonych, mających na celu zapobieganie nawrotom raka pierwotnego i rozwojowi nowych nowotworów oraz środków służących rehabilitacji takich osób, w tym szczegółowych regulacji dotyczących dalszej długoterminowej opieki nad osobami, które wkraczają w dorosłość, a w dzieciństwie przebyły chorobę nowotworową; podkreśla potrzebę medycznej i psychologicznej opieki rekonwalescencyjnej dla osób żyjących z rakiem lub wyleczonych;
120. uważa, że EU-OSHA powinna zostać upoważniona do odgrywania większej roli w promowaniu dobrych praktyk w państwach członkowskich w odniesieniu do integracji zawodowej pacjentów onkologicznych i osób żyjących z rakiem lub wyleczonych oraz ich ochrony przed dyskryminacją; oczekuje na zapowiedziane w planie na nowe badanie dotyczące powrotu do pracy osób żyjących z rakiem lub wyleczonych, w ramach którego powstanie mapa krajowych polityk z zakresu zatrudnienia i ochrony socjalnej oraz wykaz przeszkód i pozostałych wyzwań;
121. podkreśla zasadniczą rolę inspektoratów pracy w zapewnieniu zgodności z przepisami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w zapobieganiu nowotworom pochodzenia zawodowego; wzywa państwa członkowskie do wzmocnienia inspektoratów pracy oraz do dopilnowania, by otrzymywały odpowiednie finansowanie; podkreśla, że monitorowanie i kontrola mają szczególne znaczenie dla pracowników mobilnych; wzywa do jak najszybszego wdrożenia Europejskiego Urzędu ds. Pracy i uczynienia go operacyjnym, a także domaga się, by urząd ten zapewniał rzeczywiste uprawnienia inspekcji pracy w przypadkach transgranicznych oraz kontrolę przestrzegania przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy; wzywa Komisję i państwa członkowskie do zaangażowania Europejskiego Urzędu ds. Pracy w sytuacji transgranicznej w celu zapewnienia właściwego egzekwowania przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy;
122. wzywa Komisję do zwrócenia uwagi na zmiany na rynku pracy UE, z zapewnieniem wystarczających środków na właściwe gromadzenie danych; uważa, że szeroko zakrojone i dokładne gromadzenie informacji i danych musi mieć bezwzględne znaczenie i stanowić stały priorytet dla Komisji, aby mogła ona reagować za pomocą niezbędnych inicjatyw o charakterze ustawodawczym i nieustawodawczym w odniesieniu do profilaktyki nowotworów pochodzenia zawodowego; podkreśla potrzebę ustanowienia kompleksowych rejestrów krajowych dla wszystkich państw członkowskich, umożliwiających gromadzenie w całej UE danych na temat narażenia na substancje rakotwórcze, oraz podkreśla, że rejestry te powinny obejmować wszystkie istotne substancje rakotwórcze; wzywa do ścisłej współpracy między instytucjami UE, państwami członkowskimi, EU-OSHA i odpowiednimi zainteresowanymi stronami, przy jednoczesnym silnym zaangażowaniu partnerów społecznych; wzywa do wykorzystywania zgromadzonych danych do prowadzenia działań następczych za pomocą niezbędnych środków ustawodawczych i nieustawodawczych mających na celu zwalczanie nowotworów pochodzenia zawodowego;
123. popiera planowane wprowadzenie inteligentnej karty osoby żyjącej z rakiem lub wyleczonej, zgodnie z poczynioną w planie zapowiedzią, dla wszystkich osób żyjących z rakiem lub wyleczonych w Europie,

dla których zasadniczo powstał model paszportu osoby żyjącej z rakiem lub wyleczonej, zwłaszcza dzieci i nastolatków, która to karta będzie zawierać podsumowanie ich historii klinicznej, w tym doświadczenia pacjentów, oraz ułatwiać i monitorować dalszą opiekę; podkreśla wrażliwy charakter indywidualnych danych zdrowotnych i w związku z tym konieczność pełnej ochrony inteligentnej karty zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych (RODO)⁷⁵;

124. uważa, że ubezpieczyciele i banki nie powinni brać pod uwagę wywiadu chorobowego osób dotkniętych rakiem; wzywa do opracowania przepisów krajowych gwarantujących, że osoby żyjące z rakiem lub wyleczone nie będą dyskryminowane w porównaniu z innymi konsumentami; odnotowuje, że Komisja zamierza nawiązać współpracę z przedsiębiorstwami w celu opracowania kodeksu postępowania, który zagwarantuje, że postępy w terapiach nowotworowych i ich większa skuteczność znajdą odzwierciedlenie w praktykach biznesowych podmiotów świadczących usługi finansowe; wspiera tym samym promowanie postępów poczynionych we Francji, w Belgii, Luksemburgu i Niderlandach, gdzie osoby żyjące z rakiem lub wyleczone korzystają z „prawa do bycia zapomnianym”; domaga się, by najpóźniej do 2025 r. wszystkie państwa członkowskie zagwarantowały wszystkim europejskim pacjentom prawo do bycia zapomnianym po upływie 10 lat od zakończenia leczenia oraz do pięciu lat od zakończenia leczenia w przypadku pacjentów, u których diagnozę postawiono przed ukończeniem 18 roku życia; wzywa do wprowadzenia wspólnych norm w zakresie prawa do bycia zapomnianym na mocy odpowiednich przepisów dotyczących polityki ochrony konsumentów zawartych w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, aby rozwiązać problem rozdrobnionych praktyk krajowych w zakresie oceny zdolności kredytowej i zapewnić równy dostęp do kredytów osobom żyjącym z rakiem lub wyleczonym; wzywa do włączenia prawa do bycia zapomnianym dla osób żyjących z rakiem lub wyleczonych do odpowiedniego prawodawstwa UE w celu zapobiegania dyskryminacji i poprawy dostępu osób żyjących z rakiem lub wyleczonych do usług finansowych;
125. wzywa Komisję do promowania Europejskiego Kodeksu Postępowania Onkologicznego opracowanego przez Europejską Organizację ds. Nowotworów, który jest narzędziem wspierającym i informacyjnym, ukierunkowanym na zapewnienie europejskim pacjentom najlepszej możliwej opieki;
126. dostrzega pilną potrzebę opracowania europejskiej karty praw pacjentów onkologicznych; wzywa do uwzględnienia w tej karcie na każdym etapie ścieżki leczenia (tj. od dostępu do profilaktyki i diagnozy wstępnej przez cały proces leczenia) oraz do stosowania jej w równym stopniu do wszystkich obywateli UE, niezależnie od kraju lub regionu, w którym mieszkają;

V. Wyzwania związane z nowotworami u dzieci, nastolatków i młodych dorosłych

127. z zadowoleniem przyjmuje zapowiedziane przez Komisję inicjatywy na rzecz zwrócenia uwagi na nowotwory wieku dziecięcego; wzywa do wprowadzenia jasnych wymogów politycznych dotyczących potrzeb w zakresie badań nad nowotworami wieku dziecięcego; wzywa państwa członkowskie i Komisję do rozwiązania problemu nierównego przydziału środków na nowotwory wieku dziecięcego; uważa, że należy przeznaczyć jasną i konkretną pulę środków finansowych UE na badania nad nowotworami wieku dziecięcego i leczenie ich oraz przydzielić środki budżetowe we wszystkich powiązanych programach UE; podkreśla znaczenie wspierania międzynarodowych akademickich platform badawczych skupiających się na nowotworach wieku dziecięcego i polegających na informacjach uzyskanych w drodze badań naukowych prowadzonych przez inne właściwe podmioty;
128. zauważa, że obecne wymagania biurokratyczne związane z uruchomieniem badań w Europie są zbyt uciążliwe w przypadku wielu rzadkich chorób, w tym nowotworów wieku dziecięcego, ponieważ badania prowadzone przez badaczy cierpią na brak sponsorowania ze strony podmiotów komercyjnych, a wiele organizacji niekomercyjnych nadal nie chce podjąć się roli sponsora na szczeblu ogólnoeuropejskim w przypadku wielonarodowych badań z udziałem dzieci; wzywa Komisję do dokonania przeglądu obowiązującego prawodawstwa w tym zakresie oraz do ułatwienia przeprowadzania wielonarodowych badań z udziałem dzieci;
129. wzywa do propagowania dawstwa szpiku kostnego w państwach członkowskich, aby można było uratować życie tysiącom osób, u których zdiagnozowano białaczkę, biorąc pod uwagę fakt, że liczba ta stale rośnie, a wiele z tych osób to dzieci, ponieważ jest to najczęstszy nowotwór wieku dziecięcego; podkreśla, że

⁷⁵ Dz.U. L 119 z 4.5.2016, s. 1.

przeszczep szpiku kostnego jest jedyną nadzieją dla wielu osób dotkniętych białaczką i innymi chorobami krwi, a trzech na czterech pacjentów nie ma zgodnego członka rodziny, więc potrzebują dawcy;

130. wzywa Komisję i państwa członkowskie do skoncentrowania się na zapewnianiu równego i zrównoważonego pod względem geograficznym dostępu do najlepszej specjalistycznej diagnostyki i wielodyscyplinarnego leczenia dzieci chorych na raka oraz do poprawy wyników leczenia nowotworów we wszystkich państwach członkowskich; uważa, że wszystkie państwa członkowskie powinny uznać specjalizację naukową i pozycję onkologa dziecięcego; uważa, że każdy pacjent, który przeszedł chorobę nowotworową jako dziecko, lub w młodości, powinien zostać objęty stałą opieką i kontrolą lekarską także po osiągnięciu pełnoletniości i z tego powodu apeluje o podjęcie działań uelastyczniających współpracę pracowników służby zdrowia dla dzieci i dorosłych; wspiera wymianę wiedzy na temat przebiegów chorób nowotworowych wśród dzieci i młodzieży;
131. podkreśla potrzebę prowadzenia kompleksowych populacyjnych rejestrów nowotworów wieku dziecięcego w oparciu o uzgodnione na szczelnie międzynarodowym systemie klasyfikacji nowotworów wieku dziecięcego, aby zapewnić porównywalne dane wysokiej jakości w całej Europie; przypomina, że trzeba co najmniej co rok publikować dane dotyczące liczby zachorowań na nowotwory u dzieci i nastolatków w Unii i w każdym państwie członkowskim;
132. wzywa do tego, by na szczelnie UE uznać nastolatków i młodych dorosłych chorych na raka za szczególną grupę o szczególnych potrzebach medycznych i psychospołecznych oraz do stworzenia specjalnych programów szkolnych dla tych osób;
133. podkreśla potrzebę skutecznego rozwiązania problemów dotyczących zdrowia psychicznego dzieci, nastolatków i młodych dorosłych chorych na raka lub wyleczonych; wzywa Komisję i państwa członkowskie do zapewnienia równego dostępu i dostępności odpowiednich środków wsparcia psychospołecznego dla tej grupy pacjentów;
134. podkreśla potrzebę wzmocnienia prawa do opieki transgranicznej dla dzieci, nastolatków i młodych dorosłych chorych na raka, gdy najlepsze leczenie nie jest dostępne w ich kraju zamieszkania, oraz zapewnienia, że dostęp do innowacji za pomocą badań klinicznych dotyczących nawrotów lub trudnych do leczenia nowotworów złośliwych będzie objęty odpowiednimi przepisami, poprzez zacieśnienie istniejącej współpracy transgranicznej, w tym europejskich sieci referencyjnych (ESR), w szczególności europejskiej sieci referencyjnej ds. nowotworów u dzieci i młodzieży; podkreśla potrzebę wyjaśnienia kwestii dostępu do transgranicznych badań klinicznych, który nie jest jasno określony w dyrektywie w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej;
135. zauważa, że oba rozporządzenia w sprawie pediatrycznych⁷⁶ i sierocych⁷⁷ produktów leczniczych przyczyniły się do rozwoju i dostępności leków dla pacjentów z rzadkimi chorobami i dla dzieci, i przekierowały inwestycje prywatne i publiczne na obszary wcześniej zaniedbane; wzywa do ambitnego przeglądu przepisów dotyczących pediatrycznych i sierocych produktów leczniczych, tak aby zapewnić rozwój i przystępny cenowo dostęp do innowacyjnych leków przeciwnowotworowych, wskazać najważniejsze leki zaspokajające potrzeby dzieci cierpiących na nowotwory o złym rokowaniu, wesprzeć badania akademickie i zaangażowanie MŚP, zmniejszyć opóźnienia, tak aby dzieci miały szybszy dostęp do produktów leczniczych oraz terapii genowych i komórkowych stosowanych w pediatrii, pobudzać konkurencję poprzez dostosowanie ram regulacyjnych i wspieranie inwestycji w nieopatentowane leki sieroce i pediatryczne, oraz rozwiązać problem ograniczonego dostępu do niektórych podstawowych leków z powodu niedoboru leków i wysokiej ceny innowacyjnych leków; zaleca 20-procentowe zwiększenie dostępności nowych leków na nowotwory wieku dziecięcego do 2027 r., a także zwiększenie dostępności medycyny spersonalizowanej; uważa w związku z tym, że warunkiem wstępnym ubiegania się o finansowanie powinno być jasne zobowiązanie się do uwzględnienia badań pediatrycznych; wzywa Komisję, by w stosownych przypadkach, w porozumieniu z państwami członkowskimi, pracowała nad systemem, który sprzyjałby dostępowi pacjentów z nowotworami wieku dziecięcego do prawdziwie przełomowych innowacji; wzywa Komisję, aby ułatwiła repozycjonowanie leków, które nie działają u osób dorosłych, gdy istnieją ku temu przesłanki naukowe i przedkliniczne, a także aby zapewniła skuteczniejsze i bardziej dostosowane zachęty do wspierania opracowywania leków przeciwnowotworowych u dzieci oraz do opracowywania

⁷⁶ Dz.U. L 378 z 27.12.2006, s. 1. („rozporządzenie pediatryczne”).

⁷⁷ Dz.U. L 18 z 22.1.2000, s. 1.

pediatrycznych leków przeciwnowotworowych metodą pierwszego podania u dziecka; wzywa Komisję, aby zachęcała do terminowego opracowywania leków pediatrycznych i ograniczała opóźnienia, np. za pomocą wczesnych proporcjonalnych nagród przyznawanych stopniowo, a nie wyłącznie po wygaśnięciu dodatkowego świadectwa ochronnego; wzywa Komisję do usunięcia art. 11 lit. b) rozporządzenia pediatrycznego w nadchodzącym przeglądzie, aby umożliwić rozwój pediatrycznych leków przeciwnowotworowych w oparciu o naukę i mechanizm działania leku;

136. wzywa do utworzenia unijnej grupy doradczej zainteresowanych stron, która zajmowałaby się nowotworami u dzieci, nastolatków i młodych dorosłych i wspierałaby ukierunkowane na cel i spójne wdrażanie odpowiednich działań w ramach planu, programu „Horyzont Europa”, strategii farmaceutycznej UE oraz Programu UE dla zdrowia;
137. podkreśla znaczenie wdrażania i monitorowania europejskiego filaru praw socjalnych i wzywa państwa członkowskie do pełnej transpozycji dyrektywy (UE) 2019/1158 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów⁷⁸, która wprowadza urlop dla opiekunów oraz możliwość wnioskowania o elastyczną organizację pracy, tak aby pracownicy mieli prawo do urlopu opiekuńczego w wymiarze pięciu dni roboczych rocznie w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia krewnemu lub osobie, która mieszka w tym samym gospodarstwie domowym, co pracownik, i która wymaga znacznej opieki lub wsparcia z poważnych przyczyn medycznych, zgodnie z definicją każdego państwa członkowskiego;
138. z zadowoleniem przyjmuje zapowiedziane przez Komisję utworzenie unijnej sieci młodzieży żyjącej z rakiem lub wyleczonej;
139. popiera zalecenie JARC dotyczące wprowadzenia europejskiego unikalnego identyfikatora pacjenta, paszportu osoby żyjącej z rakiem lub wyleczonej, oraz wytycznych w sprawie długoterminowego nadzoru i przejścia z opieki pediatrycznej do opieki nad dorosłymi, aby zapewnić monitorowanie długoterminowych wyników u dzieci żyjących z rakiem lub wyleczonych w kontekście transgranicznym; podkreśla, że prawo do bycia zapamiętanym należy dostosować do potrzeb tej populacji;

VI. Wyzwania związane z rzadkimi nowotworami u dorosłych

140. przyznaje, że rzadkie nowotwory u dorosłych stanowią wyzwanie dla zdrowia publicznego; przypomina, że dorośli pacjenci z rzadkimi nowotworami zmagają się z wyzwaniami związanymi z rzadkością i nietypowym charakterem choroby, w tym z dużymi opóźnieniami w diagnozowaniu, a czasem z błędną diagnozą, a także z trudnościami w dostępie do terminowej i odpowiedniej opieki i leczenia; zauważa, że pacjenci częstocząsię osamotnieni, odizolowani i skarżą się na znacznie niższą jakość życia; także ich opiekunowie odczuwają poważne negatywne skutki tej sytuacji; wzywa do włączenia do rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom informacji na temat rzadkich nowotworów, które stanowią około 24 % nowych przypadków nowotworów występujących we wszystkich grupach wiekowych;
141. popiera wprowadzenie w planie specjalnej inicjatywy przewodniej dotyczącej rzadkich nowotworów u dorosłych, mającej na celu stawienie czoła szczególnym wyzwaniom stojącym przed tą społecznością pacjentów oraz jak najlepsze wykorzystanie zaleceń określonych w programie zwalczania rzadkich chorób nowotworowych 2030 w celu wspierania badań i poprawy opieki na każdym etapie leczenia pacjentów z rzadkimi nowotworami; podkreśla, jak ważne jest dopilnowanie, aby uwzględnić rzadkie nowotwory u dorosłych we wszystkich inicjatywach w ramach czterech filarów planu;
142. wzywa do przeznaczenia specjalnych funduszy na projekty badawcze dotyczącej rzadkich nowotworów u dorosłych w ramach programu „Horyzont Europa”, w tym w ramach misji dotyczącej raka (np. w ramach UNCAN.eu – europejskiej inicjatywy na rzecz zrozumienia raka), w celu opracowania terapii celowanych oraz wspierania rozwoju baz danych, rejestrów i biobanków związanych z rzadkimi nowotworami u dorosłych;
143. podkreśla trudności z wcześniejszym diagnozowaniem rzadkich nowotworów u dorosłych; w związku z tym zaleca łatwiejsze i szybsze udostępnienie badań molekularnych, które mogą pomóc pacjentom w uzyskaniu dokładnej diagnozy i ukierunkowanego leczenia, a w stosownych przypadkach nawet w dostępie do odpowiednich badań klinicznych; podkreśla ponadto, że

⁷⁸ Dz.U. L 188 z 12.7.2019, s. 79.

badania nad biomarkerami mają zasadnicze znaczenie w tej dziedzinie;

144. wzywa do szerzenia świadomości na temat rzadkich nowotworów u dorosłych wśród pracowników podstawowej i wtórnej opieki zdrowotnej oraz do wprowadzenia odpowiednich skierowań do specjalistycznych multidyscyplinarnych ośrodków eksperckich zarówno na szczeblu krajowym, jak i europejskim;
145. zachęca państwa członkowskie do ustanowienia krajowych sieci ds. rzadkich nowotworów u dorosłych w celu optymalizacji kierowania pacjentów do wyspecjalizowanych ośrodków w odpowiednim czasie oraz ułatwienia współdziałania z europejskimi sieciami referencyjnymi w celu maksymalizacji wymiany multidyscyplinarnej wiedzy i wysokiej jakości opieki, a także do wspierania badań klinicznych;
146. wzywa do poprawy dostępu do badań klinicznych i programów dostępu rozszerzonego dla dorosłych pacjentów z rzadkimi nowotworami; ubolewa, że w wielu krajach dorośli pacjenci z rzadkimi chorobami nowotworowymi wciąż mają bardzo utrudniony dostęp do programów dostępu rozszerzonego dla dorosłych pacjentów z rzadkimi nowotworami oraz do badań za granicą; wzywa do lepszego wdrażania unijnych systemów dostępu dorosłych pacjentów z rzadkimi nowotworami do opieki zdrowotnej za granicą; uważa również, że krajowe systemy opieki zdrowotnej powinny ułatwiać dostęp do badań i programów dostępu rozszerzonego dla dorosłych pacjentów z rzadkimi nowotworami, którzy mają niewiele możliwości leczenia;
147. zachęca do nowatorskich podejść regulacyjnych, aby umożliwić dorosłym pacjentom cierpiącym na rzadkie choroby nowotworowe dostęp do nowych innowacyjnych terapii pod bezpiecznym nadzorem, ułatwiając jednocześnie gromadzenie rzeczywistych danych w uzupełnieniu do danych pochodzących z badań klinicznych;
148. podkreśla potrzebę włączenia rzadkich nowotworów u dorosłych do „międzyspecjalistycznego programu szkoleń w zakresie nowotworów”, który obejmuje również specjalistyczne szkolenie pielęgniarek, w powiązaniu z europejskimi sieciami referencyjnymi zajmującymi się rzadkimi nowotworami u dorosłych; podkreśla potrzebę wspierania programów edukacyjnych skierowanych do dorosłych pacjentów z rzadkimi chorobami nowotworowymi, opiekunów i przedstawicieli pacjentów w powiązaniu z europejskimi sieciami referencyjnymi, aby zwiększyć poziom wiedzy na temat zdrowia i docelowo pomóc pacjentom i ich rodzinom w dokonywaniu świadomych wyborów dotyczących możliwości leczenia i dalszej opieki;
149. przyjmuje do wiadomości wyszczególnienie rzadkich nowotworów osób dorosłych w programach poświęconych poprawie jakości życia pacjentów chorych na raka, osób żyjących z rakiem lub wyleczonych oraz ich opiekunów; wzywa Komisję i państwa członkowskie do wdrożenia specjalnych szkoleń dla specjalistów innych niż pracownicy służby zdrowia (np. pracowników socjalnych, osób nadzorujących proces leczenia itp.), którzy opiekują się dorosłymi pacjentami z rzadkimi nowotworami; podkreśla, że dorośli pacjenci z rzadkimi nowotworami muszą otrzymywać odpowiednie wsparcie psychologiczne i rehabilitację, a długoterminowe skutki uboczne leczenia powinny być monitorowane przez specjalistów, którzy rozumieją ich rzadką chorobę i jej specyfikę; zaleca, by wszyscy dorośli pacjenci z rzadkimi nowotworami otrzymali również plan opieki dla osób żyjących z rakiem lub wyleczonych; uważa, że opiekunowie dorosłych pacjentów z rzadkimi nowotworami (często członkowie rodziny) również potrzebują dostępu do szczególnego wsparcia psychospołecznego, aby poradzić sobie z ciężarem i złożonością choroby oraz znacznym obciążeniem związanym z opieką, które na siebie biorą;
150. wzywa państwa członkowskie do włączenia do krajowych programów zwalczania nowotworów specjalnej sekcji poświęconej postępowaniu w przypadku rzadkich nowotworów u dorosłych (wraz ze specjalną sekcją dotyczącą nowotworów u dzieci), zgodnie z zaleceniami zawartymi w Planie walki z rzadkimi chorobami nowotworowymi 2030; uważa, że trzeba uwzględnić specyfikę tych chorób w specjalnych sekcjach wszystkich krajowych programów zwalczania nowotworów, w tym odpowiednie synergie z krajowymi planami zwalczania rzadkich chorób, tak aby wesprzeć badania i usprawnić zarządzanie opieką i sposoby opieki nad tymi pacjentami, począwszy od podstawowej opieki zdrowotnej aż po wysokospecjalistyczne wielodyscyplinarne ośrodki opieki zdrowotnej, które należą do odpowiedniej europejskiej sieci referencyjnej lub pozostają z nią w ścisłym kontakcie; zauważa, że jak dotąd wiele państw członkowskich nie uwzględniło w wystarczającym stopniu rzadkich nowotworów u dorosłych i nowotworów u dzieci w krajowych planach zwalczania chorób nowotworowych;

151. wzywa właściwe organy krajowe do zaangażowania organizacji dorosłych pacjentów z nowotworami rzadkimi jako partnerów w krajowych programach zwalczania chorób nowotworowych, aby wyrazili oni potrzeby i oczekiwania dorosłych pacjentów z rzadkimi nowotworami, a także do wzięcia aktywnego udziału we wdrażaniu środków dotyczących rzadkich nowotworów u dorosłych;

B. Metody działania

I. Całościowe podejście do badań i jego skutki

152. podkreśla, że plan trzeba wdrażać w ścisłej współpracy z misją badawczą dotyczącą chorób nowotworowych w ramach programu „Horyzont Europa” i zgodnie z jej celami ukierunkowanymi na promowanie unijnych inwestycji w badania naukowe, produkcję publiczną i innowacje w dziedzinie raka; z zadowoleniem przyjmuje fakt, że w ramach programu „Horyzont Europa” finansowane będą infrastruktury badawcze, chmury obliczeniowe i działania Europejskiej Rady ds. Innowacji; wzywa Komisję do uznania nowotworów dziecięcych za jeden z tematów europejskiego partnerstwa w ramach kolejnego programu strategicznego programu „Horyzont Europa”; zaleca, by odpowiednie środki na badania nad rakiem w programie „Horyzont Europa” przeznaczyć na nowe leki na nowotwory wieku dziecięcego w celu wypełnienia istniejącej luki w produktach leczniczych stosowanych u dzieci;

153. przypomina, że multidyscyplinarne badania nad rakiem i ich przełożenie na codzienną praktykę kliniczną mają podstawowe znaczenie dla zapewnienia ciągłego doskonalenia w zakresie profilaktyki, diagnozowania, leczenia i dalszej opieki nad osobami żyjącymi z rakiem lub wyleczonymi; z zadowoleniem przyjmuje zatem uruchomienie partnerstw w ramach programu „Horyzont Europa” w celu przełożenia wiedzy naukowej na innowacje, które dotrą do pacjentów; zwraca się do Komisji o uważne śledzenie partnerstw w ramach programu „Horyzont Europa” oraz o przełożenie badań na rzeczywiste wsparcie o wartości dodanej dla bieżącej praktyki medycznej;

154. z zadowoleniem przyjmuje komunikat Komisji w sprawie nowej europejskiej przestrzeni badawczej na rzecz badań naukowych i innowacji, w którym określono cele strategiczne i działania, jakie należy podjąć w ścisłej współpracy z państwami członkowskimi; popiera cel inwestowania 3 % PKB UE w badania i rozwój, co pomoże wspierać badania najwyższej jakości w całej UE i umożliwi dotarcie wyników badań do społeczności naukowej, społeczeństwa i gospodarki realnej; ubolewa nad znacznymi nierównościami w finansowaniu badań w UE; wzywa państwa członkowskie do przyjęcia paktu na rzecz badań i innowacji w Europie, który zawierałby zobowiązanie do zwiększenia wydatków publicznych na badania i innowacje do 1,25 % PKB do 2030 r. w sposób skoordynowany w całej UE;

155. wzywa państwa członkowskie do propagowania i zapewnienia atrakcyjnych ścieżek kariery naukowej dla naukowców w Europie, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet; wzywa państwa członkowskie do stworzenia dobrze zorganizowanej kadry naukowej i infrastruktury oraz do zapewnienia stałego finansowania ośrodków badawczych; z zadowoleniem przyjmuje fakt, że proponowana inicjatywa na rzecz innowacyjnej opieki zdrowotnej pomoże stworzyć ogólnounijny ekosystem badań i innowacji, wspierający współpracę między sektorem opieki zdrowotnej, środowiskiem akademickim i innymi zainteresowanymi stronami w celu przełożenia wiedzy naukowej na innowacje, które dotyczą profilaktyki, diagnozowania, leczenia i zarządzania chorobami, w tym nowotworami;

156. ponawia swój apel o trwałe i odpowiednie finansowanie konkurencyjnych europejskich badań nad rakiem; podkreśla, że takie badania powinny być ukierunkowane na obszary o wysokim poziomie niezaspokojonych potrzeb; powinny one być prowadzone na wszystkich etapach kontinuum opieki nad chorymi na raka, w tym w odniesieniu do wszystkich metod leczenia; wzywa państwa członkowskie do zwiększenia o co najmniej 20 % mobilizacji publicznych badań nad innowacjami w zakresie leczenia, diagnostyki i badań przesiewowych dotyczących raka, z uwzględnieniem wszystkich zainteresowanych grupy pacjentów; wzywa ponadto, by program „Horyzont Europa” i krajowe programy badawcze wspierały badania nad lekami pediatrycznymi i sierocymi poprzez fundusze przyznające nagrody za innowacyjność; uważa, że należy dokonać przeglądu warunków dostępu do finansowania publicznego, aby zapewnić przejrzystość umów zawieranych między podmiotami publicznymi i prywatnymi, a także warunków dostępności i przystępności cenowej nowych innowacji, gdy projekty zakończą się sukcesem;

157. popiera zalecenie rady ds. misji badawczej dotyczącej chorób nowotworowych pt. „Walka z rakiem” dotyczące ustanowienia programu badawczego, którego zadaniem będzie określenie skutecznych strategii i metod profilaktyki nowotworowej w odniesieniu do komercyjnych wyznaczników zdrowia i narażenia zawodowego na substancje rakotwórcze⁷⁹; popiera zalecenie dotyczące utworzenia instrumentu wspierania polityki w celu usprawnienia wymiany wiedzy i wsparcia wdrażania strategii politycznych w zakresie profilaktyki nowotworów na szczeblu unijnym, krajowym i lokalnym;
158. wzywa państwa członkowskie i Komisję do ustanowienia programów mających na celu zapewnienie niezbędnego wsparcia niedawno skonsolidowanej europejskiej społeczności zajmującej się opartą na komórkach medycyną interceptywną, która stworzy i zintegruje przełomowe technologie komórkowe i technologie sztucznej inteligencji w celu zrozumienia wczesnych etapów rozwoju nowotworów i reakcji na leczenie oraz wykorzystania tej wiedzy do poprawy wyników pacjentów; popiera utworzenie platformy opartej na komórkach medycyny interceptywnej w celu koordynowania i tworzenia synergii między badaniami, innowacjami i działaniami wielosektorowymi; podkreśla potrzebę inwestowania w badania naukowe i innowacyjne podejścia w celu stworzenia innowacyjnych strategii wczesnego wykrywania i zindywidualizowanego leczenia nowotworów opartego na komórkach;
159. podkreśla potrzebę prowadzenia niezależnych i wielodyscyplinarnych badań nad rakiem metodą „od stołu laboratoryjnego do łóżka chorego”, tj. od prac laboratoryjnych do badań przeprowadzanych na pacjentach, a także regularnej ponownej oceny skuteczności leków już dostępnych na rynku; podkreśla potrzebę przekazywania do wiadomości publicznej wyników tych badań w sposób przejrzysty i prosty w odbiorze; wzywa do opracowania środków mających na celu ograniczenie zagrożeń dla zdrowia wynikających z dezinformacji i informacji wprowadzających w błąd, zwłaszcza w mediach społecznościowych, ze szczególnym uwzględnieniem środków ochrony dzieci i młodzieży; wzywa do wspierania inicjatyw w zakresie upowszechniania wiedzy naukowej;
160. podkreśla znaczenie inwestycji w rozwój nowych metod badawczych bez udziału zwierząt, takich jak *in silico* i organoidy, aby skrócić czas obserwacji przedklinicznych, zwiększyć wydajność badań oraz ograniczyć zbędne i często mniej wiarygodne eksperymenty na zwierzętach; podkreśla, że metody badania rakotwórczości chemikaliów środowiskowych niewykorzystujące zwierząt, takie jak strategie badań skoncentrowane na podstawowych mechanizmach biologicznych prowadzących do powstawania nowotworów, powinny dostarczać bardziej istotnych informacji niż metody wykorzystujące zwierzęta, stosowane obecnie do oceny bezpieczeństwa chemicznego, umożliwiając tym samym władzom szybsze podejmowanie środków mających na celu ograniczenie narażenia na szkodliwe substancje chemiczne, które mogą prowadzić do nowotworów;
161. wzywa państwa członkowskie do zdecydowanego popierania współpracy publicznoprywatnej, której siłą napędową będą potrzeby w zakresie zdrowia publicznego, i przełamywania barier dla konkurencyjności w całej UE;
162. zwraca uwagę na potencjalnie duży wpływ wykorzystania sztucznej inteligencji, analizy algorytmicznej dużych zbiorów danych i innych nowoczesnych technologii w diagnostyce i podejmowaniu decyzji dotyczących nowotworów w najbliższych latach; podkreśla, że połączenie danych zebranych w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej, modelowania matematycznego, sztucznej inteligencji i narzędzi cyfrowych znacznie ułatwi opracowanie innowacyjnych metod leczenia w bardziej opłacalny sposób, a także potencjalnie ograniczy liczbę pacjentów potrzebnych do udziału w próbach klinicznych oraz wykorzystywanie zwierząt do badań; zachęca Komisję i państwa członkowskie do promowania wiedzy z zakresu biologii nowotworów poprzez wdrażanie infrastruktury genomicznej i informatycznej; wzywa wszystkich partnerów wdrażających do nieustannego pamiętania o zasadach prywatności i bezpieczeństwie danych, zaufaniu, przejrzystości, ukierunkowania na pacjenta i jego zaangażowania na każdym etapie leczenia;
163. podkreśla kluczowe znaczenie badań klinicznych i wzywa państwa członkowskie do ułatwienia pogodzenia opieki nad pacjentami z inicjatywami w zakresie badań i innowacji, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, co zmniejszy obciążenie pracą i stosunek liczby pacjentów do liczby pracowników służby zdrowia;

⁷⁹ Rada ds. misji badawczej dotyczącej chorób nowotworowych, „Conquering Cancer – Mission Possible” [Pokonać raka – misja możliwa], Komisja Europejska, 2020 r.

164. wzywa do prowadzenia badań nad potencjalnym pozytywnym wpływem sztucznej inteligencji i nowoczesnych technologii w diagnostyce, monitorowaniu, podejmowaniu decyzji i opiece nad chorymi na raka; z zadowoleniem przyjmuje rozpoczęcie projektu „Genomics for Public Health” [Genomika dla zdrowia publicznego], co zapewni bezpieczny dostęp do dużej ilości danych genomicznych, które będzie można wykorzystywać w medycynie P4 (prewencyjnej, predyktywnej, personalizowanej i partycypacyjnej);
165. popiera tworzenie nowych zasobów i platform cyfrowych, takich jak europejska inicjatywa dotycząca obrazowania raka, oraz wzmocnienie europejskiego systemu informacji o raku, co w nadchodzących latach umożliwi właściwym organom skuteczne wykorzystywanie sztucznej inteligencji stosowanej w odniesieniu do dużych zbiorów danych; podkreśla konieczność zapewnienia równego i przejrzystego dostępu do informacji zawartych na tych platformach;
166. z zadowoleniem przyjmuje rozpoczęcie przewodniej inicjatywy „Diagnostyka i leczenie nowotworów dla wszystkich” w ramach planu, którego celem jest poprawa dostępu do innowacyjnej diagnostyki i innowacyjnego leczenia nowotworów oraz promowanie wykorzystania technologii sekwencjonowania nowej generacji do szybkiego i skutecznego tworzenia profili genetycznych komórek nowotworowych, dzięki czemu naukowcy i klinicyści będą mogli udostępniać sobie wzajemnie profile nowotworowe i stosować takie same lub podobne metody diagnostyczne i lecznicze u pacjentów z porównywalnymi profilami nowotworowymi; podkreśla potrzebę rozważenia zindywidualizowanych metod leczenia opartych na dobrze zaprojektowanych badaniach klinicznych o udowodnionej dodanej wartości leczniczej dla pacjentów;
167. z zadowoleniem przyjmuje planowane partnerstwo na rzecz medycyny personalizowanej, zapowiedziane w planie i finansowane w ramach programu „Horyzont Europa”, które określi priorytety w zakresie badań i edukacji w dziedzinie medycyny personalizowanej, będzie wspierać projekty badawcze dotyczące profilaktyki, diagnozowania i leczenia nowotworów, a także opracuje zalecenia dotyczące wprowadzenia podejść opartych na medycynie personalizowanej do codziennej praktyki medycznej; podkreśla potrzebę ustanowienia dobrze zdefiniowanej, spójnej na całym świecie terminologii „leków personalizowanych”, która usprawniłaby inwestycje w badania naukowe i przyczyniłaby się do poprawy świadomości zdrowotnej pacjentów; popiera opracowanie planu działania na rzecz spersonalizowanej profilaktyki, co przyczyni się do wskazania luk w badaniach naukowych i innowacjach oraz określenia wszystkich znanych anomalii biologicznych zwiększających podatność na nowotwory, w tym czynników dziedzicznych i środowiskowych oraz kwestii pediatrycznych; apeluje, aby ewentualnie umożliwić dostęp do tych rozwiązań w ramach publicznych systemów ochrony zdrowia;
168. wzywa do zwiększenia budowania potencjału, infrastruktury, współpracy i finansowania badań nad niekomercyjnymi badaniami klinicznymi w celu udoskonalenia strategii leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych oraz szczególnie wrażliwych i niedostatecznie reprezentowanych grup pacjentów, w tym kobiet i dzieci; wzywa do wsparcia przez UE programu optymalizacji systemów opieki zdrowotnej i leczenia;
169. wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania badań poświęconych naukom humanistycznym i społecznym, w szczególności badań dotyczących nierówności w zakresie zdrowia w różnych stadiach chorób nowotworowych, jak również badań nad optymalizacją organizacji leczenia raka, finansowania świadczeń i usługodawców opieki zdrowotnej, organizacji świadczenia usług opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania instytucji zarządzających; wzywa do uwzględnienia w badaniach nierówności w opiece onkologicznej, które są związane z takimi czynnikami, jak płeć, wiek i status społeczno-ekonomiczny, ze szczególnym uwzględnieniem zmarginalizowanych i szczególnie wrażliwych grup społecznych;
170. apeluje do Komisji i państw członkowskich, aby wspierały rozwój europejskich wielośrodkowych badań klinicznych, zwłaszcza w przypadku nowotworów o niskiej zachorowalności lub nowotworów o ograniczonych możliwościach leczenia, a także aby zacieśniły współpracę międzynarodową i wzmogły transgraniczne badania kliniczne, opierając się w stosownych przypadkach na istniejących strukturach, takich jak Europejska Rada ds. Badań Klinicznych w sektorze nowotworów wieku dziecięcego; wzywa je także do zachęcania mniejszych państw do udziału; podkreśla także potrzebę koordynacji wszystkich inicjatyw politycznych UE w zakresie nowotworów w celu osiągnięcia określonych i wspólnych celów;

171. wspiera prowadzenie badań klinicznych mających na celu ocenę wykonalności, skuteczności i opłacalności interwencji niezwiązanych z leczeniem, takich jak badania uwarunkowań zdrowia (w tym czynników środowiskowych) oraz jakości życia;
172. wyraża silne przekonanie, że pacjenci i niezależne stowarzyszenia pacjentów, a także rodzice i opiekunowie, powinni uczestniczyć w definiowaniu priorytetów i punktów końcowych badań klinicznych, aby w ten sposób zagwarantować, by badania odpowiadały na niezaspokojone potrzeby europejskich pacjentów, z uwzględnieniem poprawy jakości życia jako priorytetowego punktu końcowego; uważa, że o ostatecznych wynikach badań należy informować uczestniczących w nich pacjentów oraz opinię publiczną; apeluje o zaangażowanie pacjentów pediatrycznych w określanie niezaspokojonych potrzeb, tak aby wnieść wkład w projektowanie protokołu prób klinicznych, poprawić komunikację z populacją docelową oraz udoskonalić metody rozpowszechniania wyników; podkreśla, że stopień realizacji postanowień dotyczących przejrzystości w ramach rozporządzenia w sprawie badań klinicznych trzeba stale monitorować i sporządzać w tej sprawie regularne sprawozdania;
173. opowiada się za wzmożoną kontrolą badań klinicznych i większą przejrzystością procesu badań i rozwoju metod leczenia nowotworów, w tym za utworzeniem portalu umożliwiającego pacjentom dostęp do informacji na temat dostępnych badań klinicznych w Europie; wzywa do zapewnienia przejrzystości dostępu do danych z badań klinicznych na szczeblu UE, w tym badań zaniechanych, oraz przejrzystości w zakresie korzystania z tych danych; podkreśla, że powinno to również obejmować informacje dostosowane do potrzeb dzieci i młodych pacjentów;
174. zaleca, aby badania stanowiły jeden z parametrów rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom w celu pomiaru i monitorowania nierówności w dostępie do badań klinicznych, a także w celu lepszego zrozumienia regionalnych i krajowych różnic w działalności badawczej i reagowania na nie oraz śledzenia poprawy w ramach inicjatyw, które mają zostać podjęte w ramach planu, takich jak unijna sieć kompleksowych ośrodków onkologicznych;
175. podkreśla, że różnice związane z płcią w badaniach nad nowotworami powinny być brane pod uwagę, zarówno na etapie przedklinicznym, jak i klinicznym, w celu opisania różnic m.in. w fizjopatologii choroby i związanych z nią chorób współistniejących oraz w farmakokinetyce/farmakodynamice leków;
176. pochwała deklarację z Porto z 2021 r. w sprawie badań nad rakiem, w której podkreślono możliwości przyjęcia kompleksowego podejścia do badań nad rakiem przekładającego się na praktyczne zastosowania, co może doprowadzić do dziesięcioletniej przeżywalności w przypadku 75 % pacjentów zdiagnozowanych w 2030 r. w państwach członkowskich o dobrze rozwiniętym systemie opieki zdrowotnej; wzywa Komisję, aby czynnie zaangażowała się w dążenie do osiągnięcia tego celu i odgrywała w tym zakresie wiodącą rolę;
177. za zadowoleniem przyjmuje fakt, że w ramach działań „Maria Skłodowska-Curie” nadal będzie się kształcić i szkolić naukowców w zakresie profilaktyki, przewidywania, wykrywania, diagnozowania i leczenia nowotworów;

II. Dzielenie się wiedzą

178. uważa, że dzielenie się wiedzą fachową, danymi, programami szkoleniowymi i narzędziami komunikacyjnymi jest potrzebne do powiększania stanu wiedzy na temat nowotworów wśród pracowników służby zdrowia, naukowców i pacjentów; podkreśla, że współpraca międzysektorowa i międzynarodowa oraz dzielenie się wiedzą mają kluczowe znaczenie dla dalszego podnoszenia poziomu jakości opieki onkologicznej w UE; zauważa, że udostępnianie danych ma kluczowe znaczenie dla stosowania sztucznej inteligencji i narzędzi uczenia maszynowego w badaniach naukowych, aby umożliwić cyfrową transformację opieki zdrowotnej, zlikwidować rozbieżności w profilaktyce, diagnozowaniu i leczeniu nowotworów w Europie oraz zoptymalizować wykorzystanie zasobów systemów opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie efektywności, a tym samym zwiększenie dostępności do danych dotyczących opieki onkologicznej, także na obszarach mniej zurbanizowanych i bardziej oddalonych; podkreśla wrażliwy charakter danych dotyczących zdrowia; apeluje o pełne przestrzeganie rozporządzenia (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

⁸⁰ Dz.U. L 119 z 4.5.2016, s. 1.

przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)⁸⁰, aby uniknąć niepotrzebnych ograniczeń transgranicznej opieki zdrowotnej; podkreśla potrzebę zharmonizowanej wykładni i zharmonizowanego wdrażania RODO, zwłaszcza przez organy ochrony danych, w tym punktów preambuły 33 i 157, oraz jego interakcji z rozporządzeniem w sprawie badań klinicznych, gdy będzie ono miało zastosowanie, w tym punktu preambuły 29 i art. 28 ust. 2 tego rozporządzenia, w całej UE, aby ułatwić badania naukowe; zwraca się do Europejskiej Rady Ochrony Danych o zapewnienie, by jej wytyczne dotyczące badań dotyczących zdrowia były aktualizowane w celu wspierania badań; wzywa także Komisję do przedstawienia konkretnych propozycji do końca roku 2022;

179. zwraca się do Komisji o dokonanie oceny funkcjonowania ESR, a zwłaszcza ich roli w gromadzeniu i dzieleniu się wiedzą fachową i najlepszymi praktykami, co usprawni proces kierowania na leczenie pacjentów z rzadkimi nowotworami, które dotyczą około 5,1 miliona pacjentów w całej Europie i wymagają współpracy na dużą skalę; podkreśla znaczenie europejskich sieci referencyjnych dla przezwycięzania nierówności w zakresie opieki zdrowotnej i zapewnienia bezpieczniejszego leczenia wysokiej jakości ponad granicami UE;
180. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zapewnienia ESR odpowiedniego, trwałego i długoterminowego finansowania oraz do włączenia ich w krajowe systemy opieki zdrowotnej; apeluje, aby finansowanie pokrywało między innymi wynagrodzenia za konsultacje zdalne, wsparcie programów partnerskich i edukacyjnych oraz skuteczny zwrot kosztów podróży pacjentów zgodnie z dyrektywą w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej, gdy jest to wymagane, aby wesprzeć lepsze standardy opieki i równy dostęp do najlepszego możliwego leczenia dla wszystkich pacjentów, którzy go potrzebują w całej Europie; wzywa również do wspierania rozwoju, modernizacji i sprawnego funkcjonowania infrastruktury cyfrowej, która upraszcza i ułatwia dostęp do ESR, a także do opracowania unijnej strategii w zakresie danych dotyczących zdrowia w celu poprawy obecnych rejestrów chorób rzadkich we wspólnej i jednolitej przestrzeni danych; podkreśla potrzebę zagwarantowania finansowania dalszego funkcjonowania ESR poprzez Program UE dla zdrowia, program „Horyzont Europa”, program europejskiego semestru, fundusze strukturalne oraz w drodze art. 195 rozporządzenia finansowego; popiera rozszerzenie czterech istniejących ESR, czyli PaedCan (nowotwory wieku dziecięcego), EURACAN (rzadkie nowotwory lite u dorosłych), EuroBloodNet (rzadkie choroby hematologiczne, w tym rzadkie nowotwory złośliwe) oraz GENTURIS (zespoły genetycznego ryzyka nowotworów), tak aby obejmowały one nowotwory rzadkie, złożone, słabo uleczalne oraz nowotwory wieku dziecięcego, ponieważ mogłyby to ułatwić równy dostęp pacjentów, w tym dzieci, nastolatków i młodych dorosłych, do najlepszej dostępnej opieki w całej Europie, a także poprawić funkcjonalność ESR i wyniki zdrowotne w populacjach pacjentów cierpiących na rzadkie choroby;
181. uważa, że dalszy rozwój i optymalizacja ESR będzie wymagać udziału wszystkich państw członkowskich w istniejących ESR, przy czym każde państwo członkowskie powinno mieć co najmniej jednego „pełnego” lub „stowarzyszonego” członka w każdej ESR i w każdej podklinicznej dziedzinie/sieci tematycznej ESR, ułatwi dostęp pacjentów; uważa także, że taka reorganizacja powinna zakładać ułatwianie pacjentom ich indywidualnej drogi leczenia poprzez skuteczną współpracę krajowych punktów kontaktowych z ESR, ocenę funkcjonowania ESR poprzez wymianę danych na temat ich wyników i tworzenia sieci kontaktów w dziedzinie rzadkich nowotworów, wprowadzenie skutecznych narzędzi telemedycyny umożliwiających wymianę dokumentacji i wyników badań obrazowych w bezpieczny sposób w celu omówienia złożonych przypadków rzadkich nowotworów, oraz przyznanie odpowiedniego i długoterminowego finansowania, zarówno na poziomie unijnym (Program UE dla zdrowia), jak i krajowym.
182. wzywa państwa członkowskie do należytego uwzględnienia znaczenia pozarządowych organizacji lokalnych, regionalnych i krajowych zrzeszających pacjentów chorych na raka, osoby żyjące z rakiem lub wyleczone oraz ich krewnych, pod względem ich udziału w procesie dzielenia się wiedzą, w walce z rakiem, pod względem wsparcia legislacyjnego oraz pod względem zapewnienia tym organizacjom odrębnego finansowania, zwłaszcza tym, które są zaangażowane w programy walki z rakiem;
183. zachęca państwa członkowskie do wspierania specjalnego i dostosowanego do potrzeb podejścia do rzadkich nowotworów u dorosłych i nowotworów wieku dziecięcego, z uwzględnieniem inicjatyw UE, oraz do pełnego włączenia ESR do krajowych systemów opieki zdrowotnej; wzywa do stworzenia wspólnych i spójnych protokołów regulujących zbieranie danych oraz do opracowania jednolitego zbioru definicji wyjaśniających gromadzone dane; wzywa do włączenia organizacji pacjentów cierpiących na rzadkie choroby nowotworowe do ESR i europejskiego ośrodka referencyjnego;

184. przypomina, że Wspólne Centrum Badawcze odgrywa aktywną rolę we wspieraniu działań i wykorzystywaniu danych z rejestrów chorób nowotworowych; uważa, że należy wzmocnić mandat, finansowanie i wsparcie polityczne dla Wspólnego Centrum Badawczego, aby mogło ono kontynuować i przyspieszyć prace koordynacyjne związane z rejestrami chorób nowotworowych, zwłaszcza w zakresie gromadzenia wyników badań pacjentów i dowodów zebranych w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej, oraz identyfikacji klastrów nowotworowych i ich integracji z istniejącymi rejestrami nowotworów;
185. z zadowoleniem przyjmuje rozwój europejskiej infrastruktury badawczej w całości poświęconej badaniom pediatrycznym, w tym onkologii; ułatwi ona podstawowe, przedkliniczne i międzynarodowe badania pediatryczne, które stanowią podstawę dostępności badań klinicznych i leków dla dzieci;
186. z zadowoleniem przyjmuje utworzenie w 2021 r. centrum wiedzy na temat raka, które ma przyczynić się do wymiany i koordynacji inicjatyw naukowych i technicznych związanych z rakiem na szczeblu UE; uważa, że centrum wiedzy powinno zrzekać wszystkie zainteresowane strony – przedstawiciele każdego krajowego programu zwalczania nowotworów, stowarzyszeń pacjentów i opiekunów, towarzystw naukowych, odpowiednich organów i agencji UE itp.; uważa, że takie centrum wiedzy powinno opierać się na przeglądzie danych, sprawozdaniach ESR i rejestrach chorób nowotworowych; uważa, że trzeba jasno określić jego zadania, które powinny obejmować:
- a) koordynowanie sieci wszystkich krajowych programów zwalczania nowotworów;
 - b) opracowanie europejskiego planu działania w celu uruchomienia zakrojonych na szeroką skalę kampanii profilaktycznych i programów edukacyjnych w zakresie promocji zdrowia;
 - c) koordynowanie opracowania wspólnych kryteriów jakości dla krajowych jednostek akredytujących programy badań przesiewowych, rejestry chorób nowotworowych i ośrodki opieki onkologicznej;
 - d) opracowanie wytycznych dotyczących praktyki klinicznej i systemów zapewniania jakości na podstawie najnowszych dowodów naukowych, w celu poprawy całej ścieżki opieki w odniesieniu do wszystkich rodzajów nowotworów, a w szczególności nowotworów rzadkich i nowotworów wieku dziecięcego;
 - e) sporządzanie rocznych sprawozdań i określanie ram lepszego gromadzenia danych z programów badań przesiewowych, rejestrów chorób nowotworowych i ESR na szczeblu UE;
 - f) przedstawianie badań dotyczących wpływu profilaktyki i diagnostyki, w tym szacunków dotyczących zmniejszenia kosztów gospodarczych powstałych w wyniku zwiększenia inwestycji w profilaktykę i diagnostykę;
 - g) koordynowanie wymiany najlepszych praktyk i wyników między ESR a kompleksowymi ośrodkami onkologicznymi;
 - h) opracowanie kompleksowego modelu opartego na planie i programie „Horyzont Europa”, z uwzględnieniem wkładu ze strony pacjentów i opiekunów, tak aby określić priorytety badawcze i przyczynić się do powstania w Europie skoordynowanej i wydajnej sieci ds. badań nad nowotworami;
 - i) ułatwienie klinicytom, badaczom oraz podmiotom rozwijającym świadczenia zdrowotne i nowoczesne rozwiązania technologiczne dla pacjentów z rakiem, dzielenia się zanonimizowanymi danymi zebranymi w europejskiej chmurze danych o nowotworach;
 - j) wspieranie wspólnych programów szkoleniowych dla pracowników służby zdrowia, pacjentów i opiekunów;
 - k) dostarczanie obywatelom i specjalistom aktualnych, certyfikowanych i przejrzystych informacji na temat przyczyn nowotworów, sposobów leczenia i prawodawstwa UE;
 - l) monitorowanie poziomu wdrożenia odpowiednich zaleceń w krajowych programach zwalczania nowotworów państw członkowskich, a także regularne udostępnianie wyników

tego monitorowania;

m) wskazywanie mierzalnych i odtwarzalnych wskaźników dla głównych wyników określonych w planie;

187. przypomina, że naukowcy muszą współpracować, aby znaleźć najlepszą możliwą metodę leczenia, zwłaszcza dla pacjentów cierpiących na rzadkie nowotwory, lecz napotykać na poważne przeszkody; w związku z tym wzywa Komisję do systematycznego analizowania – za pomocą mechanizmu doradztwa naukowego lub powołując specjalnego wysłannika ds. transgranicznych badań nad rakiem – wszystkich przeszkód w transgranicznych badaniach nad rakiem i współpracy, z uwzględnieniem regulacji, w celu promowania transgranicznych badań nad rakiem;
188. zaleca utworzenie co najmniej jednego rejestru chorób nowotworowych w każdym regionie UE, w tym w regionach oddalonych i najbardziej oddalonych; uważa, że kluczowe znaczenie ma zapewnienie sprawnego funkcjonowania rejestrów nowotworów; wspiera zwiększanie zdolności krajowych rejestrów chorób nowotworowych do gromadzenia znormalizowanych wyników zgłaszanych przez pacjentów, do lepszego odwzorowania stylu życia i warunków społeczno-ekonomicznych obywateli UE, w tym warunków społeczno-ekonomicznych, informacji o pracy, czynników środowiskowych i innych danych, a także do identyfikowania przyczyn nierówności pod względem zachorowalności na raka, częstości występowania i przeżywalności; podkreśla zasadniczą potrzebę wspólnego gromadzenia danych we wszystkich państwach członkowskich; apeluje o zapewnienie porównywalności źródeł danych oraz interoperacyjności regionalnych i krajowych rejestrów chorób nowotworowych dzięki harmonizacji zakresu i jakości gromadzenia danych, a także o bezpieczny dostęp do takich danych; wzywa do upoważnienia krajowych rejestrów nowotworów do przeprowadzania analiz różnic w zachorowalności oraz do przedstawiania krajowym radom ds. nowotworów i Wspólnemu Centrum Badawczemu zaleceń dotyczących potrzeby podjęcia działań; wzywa do stosowania nowoczesnych metod epidemiologicznych i genetyki molekularnej w celu analizowania częstości występowania nowotworów i określania ich przyczyn; wzywa do wdrożenia specjalnych rejestrów nowotworów wieku dziecięcego zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Nowotworów Wiek Dziecięcego; apeluje o lepszy dostęp do badań klinicznych i dostęp rozszerzony dla dorosłych pacjentów z rzadkimi nowotworami;
189. zdecydowanie popiera utworzenie rejestru nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom na szczeblu europejskim, zapowiedziane w planie, by wskazywać tendencje, różnice, nierówności i dysproporcje między państwami członkowskimi i w ich obrębie; uważa, że taki rejestr pomoże określić wyzwania i konkretne obszary działań w celu ukierunkowania inwestycji i interwencji, a także ułatwi badania nad nierównościami na poziomie unijnym, krajowym i regionalnym; wzywa do publicznego udostępnienia rejestru; podkreśla również potrzebę objęcia rejestrem nierówności społecznych, takich jak te związane ze statusem społeczno-ekonomicznym, zawodem i płcią;
190. wzywa Komisję do wspierania publikacji wyników badań naukowych w otwartym dostępie, aby były one łatwo dostępne dla wszystkich pracowników służby zdrowia i badaczy;
191. popiera zamiar Komisji, aby umożliwić pacjentom onkologicznym bezpieczny dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej i jej udostępnianie ponad granicami; uważa, że Komisja, we współpracy z Digital Health Europe, mogłaby stworzyć podstawy dla europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia poprzez gromadzenie, analizowanie i wymianę zanonimizowanych danych medycznych (z rejestrów chorób nowotworowych, szpitali, akademickich badań klinicznych i kohort) oraz danych biologicznych (z próbek krwi i guzów) w europejskiej chmurze nowotworów; podkreśla, że zharmonizowana wykładania RODO we wszystkich państwach członkowskich stanowi podstawę nowych inicjatyw w zakresie wymiany danych, takich jak europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia; zachęca do wykorzystywania danych dotyczących zdrowia do celów badawczych („altruistyczne traktowanie danych”); z zadowoleniem przyjmuje planowane utworzenie wirtualnego Europejskiego cyfrowego centrum pacjenta onkologicznego w ramach misji badawczej dotyczącej chorób nowotworowych programu „Horyzont Europa”, aby wspierać zharmonizowane podejście do udziału chętnych pacjentów w gromadzeniu i wymianie ustandaryzowanych i jednolicie zdefiniowanych danych dotyczących ich zdrowia; zaleca włączenie pacjentów do wszelkich działań związanych z przechowywaniem i wykorzystywaniem danych dotyczących zdrowia do celów kształtowania polityki i prowadzenia badań naukowych; z zadowoleniem przyjmuje planowaną rozbudowę europejskiego systemu informacji o raku przed 2022 r.;

192.wzywa do udoskonalenia standardów w zakresie kształcenia i szkolenia pracowników służby zdrowia; zachęca do prowadzenia wspólnych i wielodyscyplinarnych programów szkoleniowych dla pracowników służby zdrowia w ścisłej współpracy z europejskimi towarzystwami naukowymi; z zadowoleniem przyjmuje uruchomienie międzyspecjalistycznego programu szkoleń na temat nowotworów na każdym etapie leczenia i ścieżki opieki, w tym diagnozowania, leczenia, powikłań i chorób współistniejących, życie z rakiem lub wyleczenie i opiekę u schyłku życia;

III. Finansowanie europejskiego planu walki z rakiem

193.podkreśla, że plan należy postrzegać nie tylko jako polityczne zobowiązanie pobudzające do zmian, ale jako zbiór konkretnych i ambitnych inicjatyw, które będą wspierać, koordynować i uzupełniać wysiłki państw członkowskich na rzecz zmniejszenia cierpienia fizycznego i psychicznego spowodowanego chorobą nowotworową; zachęca Komisję do optymalizacji spójnego wdrażania inicjatyw przedstawionych w europejskim planie walki z rakiem, z jasnymi wytycznymi dla państw członkowskich w zakresie konkretnych działań przeciwko nierównemu dostępowi do diagnostyki i leczenia nowotworów, a także odpowiedniego finansowania, zwłaszcza w celu rozwiązania problemu nierównego dostępu; zwraca jednak uwagę na jak dotąd zróżnicowaną zdolność państw członkowskich do wykorzystania środków przeznaczonych na programy opieki zdrowotnej; wzywa Komisję do przedstawienia państwom członkowskim wytycznych i jasnego przeglądu dedykowanych zasobów UE, konkretnie określonych ścieżek łączących działania nakreślone w planie z określonymi w nim mechanizmami finansowania UE oraz możliwych synergii i komplementarności między Programem UE dla zdrowia i innymi programami, takimi jak „Cyfrowa Europa”, „Horyzont Europa”, NextGenerationEU, Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności, fundusze strukturalne i Fundusz Spójności, w celu zwiększenia sprawiedliwego dostępu do wysokiej jakości diagnostyki i opieki, zapewnienia odpowiednich inwestycji w profilaktykę i innowacje w zakresie nowotworów oraz poprawy odporności systemów opieki zdrowotnej; podkreśla znaczenie funduszy spójności dla osiągnięcia równego dostępu do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w słabiej rozwiniętych częściach UE, w tym w regionach wiejskich, poprzez inwestowanie w infrastrukturę zdrowotną i pracowników służby zdrowia;

194.wzywa państwa członkowskie do zapewnienia, by przeznaczono wystarczające środki na odpowiednie wdrożenie europejskiego planu walki z rakiem i krajowych programów zwalczania nowotworów; uważa, że na realizację krajowych programów zwalczania nowotworów należy przeznaczyć nie więcej niż 30 % środków przewidzianych w planie;

195.z zadowoleniem przyjmuje przeznaczenie 4 mld EUR na realizację planu i zwraca uwagę na komplementarność źródeł finansowania, zgodnie z informacjami zawartymi w planie; zauważa, że zaproponowany budżet trzeba traktować jako pierwszy krok w kierunku zrealizowania wszystkich działań przewidzianych w planie; przypomina, że europejski plan walki z rakiem będzie realizowany dzięki różnym źródłom finansowania, takim jak Program UE dla zdrowia, programy „Horyzont Europa” i „Cyfrowa Europa”, fundusze polityki spójności oraz Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności; podkreśla potrzebę uwzględnienia walki z rakiem we wszystkich źródłach finansowania w sposób spójny i przejrzysty; podkreśla w szczególności znaczenie zintensyfikowania badań nad rakiem, innowacji i profilaktyki oraz potrzebę przeznaczania na nie większych środków finansowych; podkreśla potrzebę regularnej rewizji zaproponowanej alokacji budżetowej na rzecz planu w celu ewentualnego jej zwiększenia, gdy będzie taka możliwość; podkreśla, że państwa członkowskie powinny uruchomić te fundusze, tak aby były one zgodne z potrzebami określonymi przez każdy kraj i ukierunkowane na korzyści dla interesu publicznego i publicznej służby zdrowia;

196.zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, Europejskiemu Komitetowi Ekonomiczno-Społecznemu, Europejskiemu Komitetowi Regionów, rządowi i parlamentom państw członkowskich oraz Światowej Organizacji Zdrowia.

INFORMACJE O PRZYJĘCIU PRZEZ KOMISJĘ PRZEDMIOTOWO WŁAŚCIWĄ

Data przyjęcia	9.12.2021
Wynik głosowania końcowego	+: 29 -: 1 0: 4
Posłowie obecni podczas głosowania końcowego	Maria Arena, Bartosz Arłukowicz, Sara Cerdas, Angelo Ciocca, Tudor Ciuhodaru, Nathalie Colin-Oesterlé, Antoni Comín i Oliveres, Margarita de la Pisa Carrión, Cyrus Engerer, Pietro Fiocchi, Loucas Furlas, Cindy Franssen, Søren Gade, Giorgos Georgiou, Nicolás González Casares, Ivars Ijabs, Livia Járóka, Ondřej Knotek, Kateřina Konečná, Ewa Kopacz, Joanna Kopcińska, Peter Liese, Marian-Jean Marinescu, Joëlle Mélin, Dolors Montserrat, Alessandra Moretti, Manuela Ripa, Michèle Rivasi, Bronis Ropé, Maria Spyraiki, Nicolae Ștefănuță, Véronique Trillet-Lenoir, Stefania Zambelli
Zastępcy obecni podczas głosowania końcowego	Romana Jerković

GŁOSOWANIE KOŃCOWE W FORMIE GŁOSOWANIA IMIENNEGO W KOMISJI PRZEDMIOTOWO WŁAŚCIWEJ

29	za
ECR	Pietro Fiocchi, Joanna Kopcińska
NI	Antoni Comín i Oliveres, Livia Járóka
PPE	Bartosz Arłukowicz, Nathalie Colin-Oesterlé, Loucas Furlas, Cindy Franssen, Ewa Kopacz, Peter Liese, Marian-Jean Marinescu, Maria Spyraiki
Renew	Søren Gade, Ivars Ijabs, Ondřej Knotek, Nicolae Ștefănuță, Véronique Trillet-Lenoir
S&D	Maria Arena, Sara Cerdas, Tudor Ciuhodaru, Cyrus Engerer, Nicolás González Casares, Romana Jerković, Alessandra Moretti
The Left	Giorgos Georgiou, Kateřina Konečná
Verts/ALE	Manuela Ripa, Michèle Rivasi, Bronis Ropé

1	przeciw
ID	Angelo Ciocca

4	wstrzymało się
ECR	Margarita de la Pisa Carrión
ID	Joëlle Mélin, Stefania Zambelli
PPE	Dolors Montserrat

Obserwuj nas



Opublikowane przez: **Grupa EPL w Parlamencie Europejskim**
Dział Wydarzeń: **Publikacje i Programy**
Redaktor: **Marek Evison**
Osoba odpowiedzialna: **Fiona Kearns**
Koordynatorzy: **Pascale Raffegeau, Daniela Steiner**
Adres: **Parlament Europejski
60 Rue Wiertz
B-1047 - Bruksela**

Internet: **www.eppgroup.eu**
E-mail: **epp-publications@ep.europa.eu**
Prawa autorskie: **Grupa EPL w Parlamencie Europejskim**

Opublikowany: Marzec 2023