



P9_TA(2023)0467

Choroby niezakaźne

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie chorób niezakaźnych (2023/2075(INI))

(C/2024/4171)

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021–2027 ⁽¹⁾,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/123 z 25 stycznia 2022 r. 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 ⁽²⁾,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2371 z 23 listopada 2022 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylenia decyzji nr 1082/2013/UE ⁽³⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z 15 stycznia 2020 r. w sprawie Europejskiego Zielonego Ładu ⁽⁴⁾ oraz komunikat Komisji z 11 grudnia 2019 r. zatytułowany „Europejski Zielony Ład” (COM(2019)0640),
- uwzględniając swoją rezolucję z 10 lipca 2020 r. w sprawie strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności ⁽⁵⁾ oraz komunikat Komisji z 14 października 2020 r. pt. „Strategia w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności na rzecz nietoksycznego środowiska” (COM(2020)0667),
- uwzględniając swoją rezolucję z 24 listopada 2021 r. w sprawie strategii farmaceutycznej dla Europy ⁽⁶⁾ oraz komunikat Komisji z 25 listopada 2020 r. w sprawie strategii farmaceutycznej dla Europy (COM(2020)0761),
- uwzględniając swoją rezolucję z 16 lutego 2022 r. w sprawie wzmocnienia Europy w walce z chorobami nowotworowymi – w kierunku kompleksowej i skoordynowanej strategii ⁽⁷⁾ oraz komunikat Komisji z 3 lutego 2021 r. pt. „Europejski plan walki z rakiem” (COM(2021)0044),
- uwzględniając swoją rezolucję z 23 listopada 2022 r. w sprawie zapobiegania cukrzycy oraz leczenia i lepszej opieki dla osób z cukrzycą w związku ze Światowym Dniem Cukrzycy ⁽⁸⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z 12 lipca 2023 r. w sprawie pandemii COVID-19: wyciągnięte wnioski i zalecenia na przyszłość ⁽⁹⁾,
- uwzględniając komunikat Komisji z 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 inicjatywę Komisji z grudnia 2021 r. pt. „Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych” ⁽¹⁰⁾,

⁽¹⁾ Dz.U. L 107 z 26.3.2021, s. 1.

⁽²⁾ Dz.U. L 20 z 31.1.2022, s. 1.

⁽³⁾ Dz.U. L 314 z 6.12.2022, s. 26.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 270 z 7.7.2021, s. 2.

⁽⁵⁾ Dz.U. C 371 z 15.9.2021, s. 75.

⁽⁶⁾ Dz.U. C 224 z 8.6.2022, s. 47.

⁽⁷⁾ Dz.U. C 342 z 6.9.2022, s. 109.

⁽⁸⁾ Dz.U. C 167 z 11.5.2023, s. 36.

⁽⁹⁾ Teksty przyjęte, P9_TA(2023)0282.

⁽¹⁰⁾ Komisja Europejska, „Healthier together – EU non-communicable diseases initiative”, grudzień 2021 r.

- uwzględniając komunikat Komisji z 7 czerwca 2023 r. pt. „Kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego” (COM(2023)0298),
- uwzględniając decyzję Komisji z 16 września 2021 r. ustanawiającą Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia ⁽¹⁾,
- uwzględniając wniosek Komisji z 3 maja 2022 r. dotyczący rozporządzenia w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (COM(2022)0197),
- uwzględniając wniosek Komisji z 26 kwietnia 2023 r. dotyczący rozporządzenia ustanawiającego unijne procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i nadzoru nad nimi oraz ustanawiającego reguły mające zastosowanie do Europejskiej Agencji Leków (COM(2023)0193), a także dotyczący dyrektywy w sprawie unijnego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (COM(2023)0192),
- uwzględniając komunikat Komisji z 30 listopada 2022 r. pt. „Strategia UE w dziedzinie zdrowia na świecie – Lepsze zdrowie dla wszystkich w zmieniającym się świecie” (COM(2022)0675),
- uwzględniając cele zrównoważonego rozwoju ONZ, w szczególności cele nr 3, 4 i 8,
- uwzględniając Europejski filar praw socjalnych,
- uwzględniając Plan działania UE na lata 2014–2020 w sprawie otyłości u dzieci,
- uwzględniając strategię UE w dziedzinie zdrowia na świecie z 30 listopada 2022 r.,
- uwzględniając dokument ramowy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 18 maja 2023 r. pt. „Health service delivery framework for prevention and management of obesity” [Ramy opieki zdrowotnej na rzecz zapobiegania otyłości i zarządzania nią],
- uwzględniając plan WHO z 2022 r. pt. „Acceleration plan to support Member States in implementing the recommendations for the prevention and management of obesity over the life course” [Plan przyspieszenia na rzecz wsparcia państw członkowskich we wdrażaniu zaleceń dotyczących zapobiegania otyłości i zarządzania nią w całym cyklu życia],
- uwzględniając sprawozdanie Europejskiej Agencji Środowiska (EEA) z 8 grudnia 2022 r. pt. „Zero pollution monitoring assessment” [Monitorowanie eliminacji zanieczyszczeń – ocena],
- uwzględniając sprawozdanie EEA nr 21/2019 z 8 września 2020 r. pt. „Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and well-being in Europe” [Zdrowe środowisko – zdrowe życie: jak środowisko wpływa na zdrowie i dobrostan w Europie],
- uwzględniając badanie Komisji z 17 stycznia 2023 r. pt. „Scoping Study on evidence to tackle high-burden under-research medical conditions” [Badanie zakresu dotyczące dowodów na cele walki ze stanowiącymi duże obciążenie niewystarczająco przebadanymi chorobami] ⁽¹²⁾,
- uwzględniając badanie WHO z 8 grudnia 2021 r. pt. „Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021” [Monitorowanie zobowiązań dotyczących chorób niezakaźnych w Europie w 2021 r.],
- uwzględniając zalecenie Rady z 13 czerwca 2023 r. w sprawie intensyfikacji działań w zakresie zwalczania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w ramach podejścia „Jedno zdrowie”,
- uwzględniając opracowane przez WHO globalne ramy monitorowania zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich kontroli,
- uwzględniając globalny plan działania WHO z 14 listopada 2013 r. na lata 2013–2030 dotyczący zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich kontrolowania,
- uwzględniając sprawozdanie WHO z 29 czerwca 2022 r. zatytułowane „A health perspective on the role of the environment in One Health” [Perspektywa zdrowia w odniesieniu do roli środowiska naturalnego w podejściu „Jedno zdrowie”],
- uwzględniając sprawozdanie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju/Unii Europejskiej (OECD/UE) z 5 grudnia 2022 r. pt. „Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle” [Zdrowie w zarysie: Europa w 2022 r., cykl „Stan zdrowia w UE”],
- uwzględniając art. 54 Regulaminu,

⁽¹⁾ Dz.U. C 393 I z 29.9.2021, s. 3.

⁽¹²⁾ Komisja Europejska, „Scoping Study on evidence to tackle high-burden under-research medical conditions”, 17 stycznia 2023 r.

- uwzględniając opinię przedstawioną przez Komisję Rozwoju,
- uwzględniając sprawozdanie Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (A9-0366/2023),
- A. mając na uwadze, że choroby niezakaźne to choroby, które nie są przenoszone z człowieka na człowieka; mając na uwadze, że choroby niezakaźne powodują 90 % wszystkich zgonów w UE ⁽¹³⁾, odpowiadają za 80 % obciążeń zdrowotnych w państwach UE ⁽¹⁴⁾ i w całej UE zapada na nie coraz więcej osób; mając na uwadze, że choroby niezakaźne stanowią wielkie obciążenie dla osób z nimi żyjących i ich rodzin, systemów opieki zdrowotnej, gospodarek i budżetów krajowych;
- B. mając na uwadze, że przedwczesne zgony spowodowane chorobami układu krążenia, nowotworami, cukrzycą i przewlekłymi chorobami układu oddechowego stanowią 68 % wszystkich przedwczesnych zgonów w Europie; mając na uwadze, że inne choroby niezakaźne obejmują m.in. problemy ze zdrowiem psychicznym i zaburzenia neurologiczne, choroby wątroby i przewodu pokarmowego, choroby nerek, alergie i choroby autoimmunologiczne, choroby jamy ustnej, choroby reumatyczne i choroby układu mięśniowo-szkieletowego oraz endometriozę; mając na uwadze, że luki w danych dotyczących niektórych chorób mogą skutkować błędną oceną częstości występowania tych chorób i powodowanego przez nie obciążenia;
- C. mając na uwadze, że choroby układu krążenia są główną przyczyną śmierci w UE i odpowiadają za 37 % zgonów rocznie; mając na uwadze, że istnieją znaczne różnice między państwami członkowskimi, a na choroby układu krążenia w większym stopniu zapadają kobiety i osoby żyjące w gorszych warunkach społeczno-gospodarczych; mając na uwadze, że w 2018 r. w Europie prawdopodobieństwo przedwczesnego zgonu na chorobę niezakaźną (bezw warunkowe prawdopodobieństwo śmierci w wieku 30–69 lat) w przypadku chorób układu krążenia wynosiło 8 %, a w przypadku nowotworów – 7,2 % ⁽¹⁵⁾;
- D. mając na uwadze, że cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób niezakaźnych; mając na uwadze, że w UE na cukrzycę choruje ponad 33 mln osób; mając na uwadze, że według prognoz do 2030 r. ich liczba w UE wzrośnie do 38 mln; mając na uwadze, że choroby niezakaźne, np. cukrzyca typu 2, otyłość i zaburzenia endokrynologiczne, w coraz większym stopniu dotyczą również dzieci, co wymaga specjalnego podejścia do zapobiegania i zarządzania ⁽¹⁶⁾; mając na uwadze, że wiele osób żyjących z chorobami niezakaźnymi, np. cukrzycą, często nie jest diagnozowanych lub jest diagnozowanych bardzo późno, co skutkuje powikłaniami;
- E. mając na uwadze, że otyłość jest czwartą najczęstszą przyczyną przedwczesnych zgonów na świecie, według szacunków powodującą 4,7 miliona zgonów ⁽¹⁷⁾; mając na uwadze, że istnieje ponad 200 powikłań zdrowotnych związanych z otyłością;
- F. mając na uwadze, że w Europie około 20 mln osób przeszło chorobę nowotworową ⁽¹⁸⁾; mając na uwadze, że tylko siedem krajów UE przyznaje byłym pacjentom onkologicznym „prawo do bycia zapomnianym”, w związku z czym nadal napotykają oni trudności w dostępie do usług finansowych, np. ubezpieczenia czy kredytów hipotecznych, po upływie wielu lat od pomyślnego zakończenia leczenia;
- G. mając na uwadze, że choroby niezakaźne stanowią największą część wydatków państw członkowskich na opiekę zdrowotną, co skutkuje szacunkowymi kosztami w wysokości 115 mld EUR, czyli 0,8 % PKB rocznie;
- H. mając na uwadze, że koszty te można by obniżyć dzięki zastosowaniu ambitnych środków zapobiegawczych, programów wczesnego i wspólnego wykrywania oraz optymalnemu zarządzaniu chorobami; mając na uwadze, że w 2018 r. nie więcej niż 2,8 % całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w UE przeznaczono na profilaktykę; mając na uwadze utrzymujące się wysokie koszty leczenia chorób niezakaźnych ⁽¹⁹⁾;
- I. mając na uwadze, że należy zwiększać inwestycje w promocję zdrowia oraz zapobieganie chorobom niezakaźnym i zarządzanie nimi;
- J. mając na uwadze, że zgodnie z art. 168 TFUE Unia Europejska może odgrywać rolę kooperacyjną i uzupełniającą w dziedzinie opieki zdrowotnej, która zasadniczo stanowi kompetencję krajową;

⁽¹³⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021” [„Monitorowanie zobowiązań dotyczących chorób niezakaźnych w Europie w 2021 r.”], 8 grudnia 2021 r.

⁽¹⁴⁾ Komisja Europejska, „Choroby niezakaźne”.

⁽¹⁵⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021” [„Monitorowanie zobowiązań dotyczących chorób niezakaźnych w Europie w 2021 r.”], s. 13, 8 grudnia 2021 r.

⁽¹⁶⁾ A. Abbasi i in., „Body Mass Index and Incident Type 1 and Type 2 Diabetes in Children and Young Adults: A Retrospective Cohort Study” [Wskaźnik masy ciała a występowanie cukrzycy typu 1 i 2 u dzieci i młodych dorosłych: retrospektywne badanie kohortowe], *Journal of the Endocrine Society*, t. 1, nr 5, 1 maja 2017 r., s. 524–537.

⁽¹⁷⁾ Global Burden of Disease 2017 Risk Factor Collaborators, „Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017” [Globalna, regionalna i krajowa porównawcza ocena ryzyka dotycząca 84 zagrożeń lub grup zagrożeń behawioralnych, środowiskowych i zawodowych oraz metabolicznych dla 195 państw i terytoriów, lata 1990–2017: systematyczna analiza dla Global Burden of Disease Study 2017].

⁽¹⁸⁾ Europejska Koalicja Pacjentów z Chorobami Nowotworowymi, „Right to be Forgotten for Cancer Survivors” [Prawo osób żyjących z rakiem lub wyleczonych do bycia zapomnianym].

⁽¹⁹⁾ Komisja Europejska, „Healthier together – EU non-communicable diseases initiative” [„Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych”], s. 15, czerwiec 2022 r.

- K. mając na uwadze, że w inicjatywie Komisji „Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych” podkreślono potrzebę podjęcia bardziej skoordynowanych, zintegrowanych i przekrojowych działań dotyczących chorób niezakaźnych, czemu służyć powinny ambitne cele zapewniające bardziej zdecydowaną reakcję na rosnące obciążenie tymi chorobami;
- L. mając na uwadze, że należy dalej promować podejście „Zdrowie we wszystkich politykach” i „Jedno zdrowie” oraz uwzględnić wysiłki w walce z chorobami niezakaźnymi we wszystkich odpowiednich obszarach polityki UE;
- M. mając na uwadze, że zatwierdzenie zaleceń Rady z 2022 r. w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka w Europie obejmuje kompleksowe strategie wcześniejszego wykrywania nowotworów piersi, szyjki macicy i jelita grubego;
- N. mając na uwadze, że WHO wyznaczyła cel zmniejszenia do 2025 r. liczby przedwczesnych zgonów powodowanych przez choroby niezakaźne o 25 %, a na spotkaniu ministrów zdrowia państw G20 światowi przywódcy potwierdzili zaangażowanie na rzecz osiągnięcia celu zrównoważonego rozwoju ONZ nr 3.4 dotyczącego obniżenia przedwczesnej umieralności z powodu chorób niezakaźnych o jedną trzecią do 2030 r. ⁽²⁰⁾;
- O. mając na uwadze, że rosnące obciążenie jednostek i społeczeństw chorobami niezakaźnymi i potrzeby zdrowotne starzejących się społeczeństw, które w 40 % żyją z chorobami współwystępującymi, stanowią wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich oraz wymagają opracowania specjalnych polityk w dziedzinie profilaktyki, wykrywania i leczenia chorób niezakaźnych;
- P. mając na uwadze, że szereg państw członkowskich boryka się z brakiem specjalistów w niektórych obszarach opieki medycznej, co skutkuje opóźnieniami w zapewnianiu niezbędnej opieki zdrowotnej i może mieć poważne konsekwencje dla pacjentów i społeczeństwa;
- Q. mając na uwadze, że większość nieformalnej pracy opiekuńczej w UE wykonują kobiety, podobnie jak w przypadku innych form nieodpłatnej opieki i prac domowych ⁽²¹⁾; mając na uwadze, że niewspółmiernie wysoki odsetek kobiet wykonujących pracę nieodpłatnie ma negatywny wpływ na ich zdolność do udziału w rynku pracy;
- R. mając na uwadze, że na większość chorób niezakaźnych wpływa kilka czynników ryzyka, którym można zapobiegać: używanie tytoniu, niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej i szkodliwe używanie alkoholu; mając na uwadze, że behawioralne czynniki ryzyka prowadzą do pewnych biologicznych czynników ryzyka, z których najczęstsze to nadwaga i otyłość, nadciśnienie, wysoki poziom glukozy we krwi i wysoki poziom cholesterolu we krwi ⁽²²⁾; mając na uwadze, że te czynniki ryzyka często współwystępują, prowadząc do poważnych powikłań i zwiększonego ryzyka rozwoju innych chorób niezakaźnych oraz chorób zakaźnych;
- S. mając na uwadze, iż dostęp do usług i korzystanie z nich, narażenie na czynniki ryzyka, zachorowalność i śmiertelność różnią się w zależności od płci; mając na uwadze iż te różnice występują również w zależności od miejsca zamieszkania, rodzaju zatrudnienia i wieku, a także szeregu innych czynników socjodemograficznych i kulturowych; mając na uwadze, iż choroby niezakaźne są przyczyną złego stanu zdrowia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, jednak prawdopodobieństwo przedwczesnej śmierci z ich powodu jest prawie dwukrotnie wyższe u mężczyzn ⁽²³⁾;
- T. mając na uwadze, że nie wszystkim chorobom niezakaźnym można zapobiegać, ponieważ niektórych czynników nie można zmienić, np. wieku, historii rodzinnej, genetyki, płci, autoimmunizacji lub nie są one znane, np. w przypadku niektórych zaburzeń neurologicznych;
- U. mając na uwadze, że rozwój chorób niezakaźnych i jego wyniki zdrowotne są powiązane ze społecznymi i z gospodarczymi uwarunkowaniami zdrowia, które odzwierciedlają nierówności w obszarze zdrowia w krajach UE i między nimi;
- V. mając na uwadze, że niezdrowa dieta często charakteryzuje się wysokim spożyciem cukrów, soli, tłuszczów nasyconych i trans oraz żywności ubogiej w błonnik oraz stanowi czynnik ryzyka chorób i umieralności;
- W. mając na uwadze, że przejście na bardziej zrównoważoną dietę bogatą w żywność pochodzenia roślinnego jest korzystne dla zdrowia i środowiska;
- X. mając na uwadze, że używanie tytoniu jest głównym możliwym do uniknięcia czynnikiem ryzyka chorób niezakaźnych;
- Y. mając na uwadze, że palenie zwiększa ryzyko hospitalizacji z powodu choroby psychicznej o 250 % ⁽²⁴⁾;
- Z. mając na uwadze, że według badania WHO, jeśli chodzi o ryzyko choroby nowotworowej, nie ma bezpiecznego poziomu spożycia alkoholu; mając na uwadze, że wykazano związek między szkodliwym używaniem alkoholu a wieloma chorobami i zaburzeniami, w tym chorobami układu krążenia, nowotworami, cukrzycą i zaburzeniami zdrowia psychicznego; mając na uwadze, że spożycie alkoholu zwiększa to ryzyko;

⁽²⁰⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „On the road to 2025: The global NCD deadline” [Działania do 2025 r. – globalny termin dla chorób niezakaźnych].

⁽²¹⁾ OECD iLibrary „Supporting informal carers of older people” [Wsparcie nieformalnych opiekunów osób starszych], 2022 r.

⁽²²⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021” [„Monitorowanie zobowiązań dotyczących chorób niezakaźnych w Europie w 2021 r.”], s. 13, 8 grudnia 2021 r.

⁽²³⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „Gender and noncommunicable diseases in Europe: analysis of STEPS data” [Choroby związane z płcią i choroby niezakaźne w Europie: analiza danych STEPS], s. 6, 8 grudnia 2020 r.

⁽²⁴⁾ Uniwersytet w Aarhus „Do smoking significantly increase the risk of mental illness?” [Czy palenie znacząco zwiększa ryzyko choroby psychicznej?].

- AA. mając na uwadze, że problemy ze snem, np. brak snu czy spanie mniej niż sześć godzin lub więcej niż dziewięć godzin na dobę, wiążą się z osłabieniem funkcji poznawczych i pogorszeniem zdrowia mózgu ⁽²⁵⁾;
- AB. mając na uwadze, że przewlekły stan zapalny przyczynia się do rozwoju i progresji chorób niezakaźnych, w tym m.in. chorób układu krążenia, chorób układu mięśniowo-szkieletowego, cukrzycy i nowotworów;
- AC. mając na uwadze, że etykietowanie żywności może pomagać konsumentom w dokonywaniu zdrowszych wyborów żywieniowych i tym samym zapobiegać niezdrowemu spożyciu żywności o wysokiej zawartości soli, tłuszczu i cukru;
- AD. mając na uwadze, że próchnica zębów jest najczęstszą na świecie chorobą zakaźną ⁽²⁶⁾;
- AE. mając na uwadze, że na choroby niezakaźne wpływa szereg środowiskowych czynników ryzyka, np. zanieczyszczenie powietrza w pomieszczeniach i na zewnątrz, narażenie na substancje chemiczne oraz zanieczyszczenie żywności, wody i gleby; mając na uwadze, że dobra jakość środowiska, duża ilość terenów zielonych w miastach i spędzanie czasu na świeżym powietrzu mogą poprawić dobrostan fizyczny i psychiczny;
- AF. mając na uwadze, że według szacunków WHO dotyczących środowiskowego obciążenia chorobami, co roku 13 % zgonów (630 000) w regionie europejskim WHO można przypisać środowiskowym czynnikom stresogennym ⁽²⁷⁾; mając na uwadze, że w sprawozdaniu EEA stwierdzono, iż 90 % zgonów powodowanych czynnikami środowiskowymi jest skutkiem chorób niezakaźnych; mając na uwadze, że według sprawozdania EEA nr 21/2019 rak to najczęstsza choroba niezakaźna powodowana czynnikami środowiskowymi i w 2016 r. w 32 krajach europejskich o wysokim poziomie dochodów odnotowano 250 000 zgonów z powodu nowotworów spowodowanych takimi czynnikami; mając na uwadze, że w 2020 r. zanieczyszczenie powietrza doprowadziło w UE do znacznej liczby przedwczesnych zgonów; mając na uwadze, że około 30 000 przedwczesnych zgonów rocznie i znaczną liczbę chorób niezakaźnych, takich jak astma, choroby układu krążenia i rak płuc, przypisuje się zanieczyszczeniu powietrza ⁽²⁸⁾;
- AG. mając na uwadze, że holenderski Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska sporządził zestawienie krajowych dopuszczalnych wartości narażenia zawodowego, przy czym w wykazie zawarto około 1 400 substancji, dla których określono krajowe, oparte na zdrowiu dopuszczalne wartości narażenia zawodowego (OEL) w jednym lub kilku państwach członkowskich UE i dla których nie ustanowiono lub nie planuje się ustanowić zharmonizowanych OEL na szczeblu unijnym ⁽²⁹⁾;
- AH. mając na uwadze, że na choroby niezakaźne wpływa wszechobecne narażenie na substancje chemiczne, np. substancje zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego, które są obecne w środowisku i produktach konsumpcyjnych;
- AI. mając na uwadze, że zanieczyszczenie hałasem nadal powoduje szkody zdrowotne i że w UE konieczny są dalsze postępy w jego obniżaniu ⁽³⁰⁾; mając na uwadze, że zanieczyszczenie hałasem jest nie tylko uciążliwe, ale może też powodować poważne skutki zdrowotne, m.in. chorobę niedokrwienną serca, otyłość i cukrzycę;
- AJ. mając na uwadze, że lepsza i bazująca na dowodach promocja zdrowia, polityka ograniczania szkód oraz lepsze zapobieganie chorobom kategorii pierwszej i drugiej mogą zmniejszyć częstość występowania chorób niezakaźnych nawet o 70 %;
- AK. mając na uwadze, że istnieje naukowo potwierdzony związek między niektórymi chorobami zakaźnymi a chorobami niezakaźnymi, a zwłaszcza niektórymi rodzajami raka wywołwanymi przez infekcje wirusowe lub bakteryjne;
- AL. mając na uwadze, że pandemia COVID-19 uwiarygodniła poważne zjawisko współzachorowalności i współumieralności, gdy choroby zakaźne dotyczą pacjentów z chorobami niezakaźnymi; mając na uwadze, że wzajemne powiązania między chorobami zakaźnymi a niezakaźnymi nie były w ostatnich dziesięcioleciach adekwatnie badane, głównie z powodu niewystarczającego finansowania badań i braku usystematyzowanych danych epidemiologicznych, statystycznych i innych danych naukowych;
- AM. mając na uwadze, że osoby żyjące z co najmniej jedną z chorób niezakaźnych były jedną z najbardziej dotkniętych grup ludności podczas pandemii COVID-19 ⁽³¹⁾, dostęp do opieki oraz podstawowych badań przesiewowych i diagnozowania powikłań był w tym czasie poważnie zakłócony, co może prowadzić do poważnych długotrwałych powikłań;

⁽²⁵⁾ Namsrai, T., Ambikairajah, A. i Cherbuin, N., „Poorer sleep impairs brain health at midlife” [Problemy ze snem osłabiają zdrowie mózgu w średnim wieku], *Sci Rep* 13, 1874 1 lutego 2023 r.

⁽²⁶⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „Sugars and dental caries” [Cukry a próchnica zębów], 9 listopada 2017 r.

⁽²⁷⁾ EEA „Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and well-being in Europe” [Zdrowe środowisko – zdrowe życie: jak środowisko wpływa na zdrowie i dobrostan w Europie], 2019 r. (dane Światowej Organizacji Zdrowia z 2012 r.).

⁽²⁸⁾ Soares J., González Ortiz A., Gsella A. i in., „Health risk assessment of air pollution and the impact of the new WHO guidelines” [Ocena ryzyka dla zdrowia związanego z zanieczyszczeniem powietrza i wpływ nowych wytycznych WHO], raport Eionet – ETC HE 2022/10, Europejskie Centrum Tematyczne ds. Zdrowia Ludzkiego i Środowiska, 2022 r.

⁽²⁹⁾ Holenderski Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska, „Overview of national occupational exposure limits for substances without a European occupational exposure limit” [Przegląd krajowych dopuszczalnych wartości narażenia zawodowego dla substancji bez europejskiej dopuszczalnej wartości narażenia zawodowego], 2022 r.

⁽³⁰⁾ EEA „Are you noticing the harmful noise around you?” [Czy zwracasz uwagę na otaczający cię szkodliwy hałas?], 21 czerwca 2023 r.

⁽³¹⁾ Światowa Organizacja Zdrowia „Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them” [Niewidoczne liczby – prawdziwy zasięg chorób niezakaźnych i jak sobie z nimi radzić], 15 września 2022 r.

- AN. mając na uwadze, że takie wzajemne powiązania między chorobami zakaźnymi a niezakaźnymi mogą występować w wielu innych przypadkach i wciąż jest wiele niewiadomych na temat wpływu chorób zakaźnych na choroby niezakaźne, włącznie z ciężkimi stanami powirusowymi, np. przewlekłym COVID-19; mając na uwadze, że nowe badania wzajemnych powiązań między chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi znacznie poprawią profilaktykę i diagnozowanie chorób niezakaźnych;
- AO. mając na uwadze, że oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe (AMR) w znacznym stopniu zakłóca procedury medyczne, np. operacje, wszczepianie implantów dentystrycznych, leczenie raka i przeszczepy narządów; mając na uwadze, że AMR utrudnia również zarządzanie powszechnymi chorobami niezakaźnymi, w tym chorobami układu krążenia, demencją i nowotworami ⁽³²⁾; mając na uwadze, że AMR ma reperkusje dla zachorowalności, umieralności, pobytów w szpitalu i wydatków na opiekę zdrowotną ⁽³³⁾;
- AP. mając na uwadze, że wdrożenie praktyk opartych na dowodach, innowacje w zakresie technologii, leków i praktyk ochrony zdrowia oraz polityka ograniczania szkód mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia zapobiegania czynnikom ryzyka, ich wyeliminowania lub ograniczenia, wczesnego wykrywania, lepszego zarządzania chorobami, integracji opieki oraz nowych, dostępnych i lepszych metod leczenia chorób niezakaźnych ⁽³⁴⁾;
- AQ. mając na uwadze, że dzięki badaniom naukowym wiedza na temat biologii wielu rodzajów chorób niezakaźnych, np. chorób neurodegeneracyjnych, zwiększyła się wykładniczo, ale nie znalazła jeszcze przełożenia na zdecydowane interwencje terapeutyczne i nadal ogranicza się do interwencji wyłącznie objawowych;
- AR. mając na uwadze, że państwa członkowskie powinny zapewnić odpowiednie zachęty i zrównoważone budżety, aby zapobiegać chorobom niezakaźnym, leczyć je i ograniczać związane z nimi obciążenie, a także łagodzić i zmniejszać zagrożenia, którym można zapobiec;
- AS. mając na uwadze, że niedostateczne przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i inercja terapeutyczna mogą prowadzić do gorszych wyników zdrowotnych i nieodwracalnych powikłań, zwiększonej umieralności i wyższych kosztów;
1. podkreśla, że choroby niezakaźne odpowiadają za 90 % wszystkich zgonów w UE ⁽³⁵⁾, z których wielu można uniknąć; uważa zatem, że choroby niezakaźne są jednym z najważniejszych wyzwań w dziedzinie zdrowia publicznego w UE, dlatego odpowiadają za największą część wydatków na opiekę zdrowotną w poszczególnych krajach; podkreśla, że choroby niezakaźne stanowią poważne obciążenie dla jakości życia dotkniętych nimi obywateli, a także ich rodzin i opiekunów; wzywa państwa członkowskie, by dalej inwestowały w innowacje w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami niezakaźnymi w celu zmniejszenia ogólnej zachorowalności i śmiertelności oraz poprawy jakości życia pacjentów; przypomina o potrzebie uwzględnienia nie tylko wyzwań zdrowotnych, lecz także społeczno-ekonomicznych skutków chorób niezakaźnych, które wpływają na siłę roboczą i ogólną wydajność;
 2. podkreśla, że ważne jest zapobieganie chorobom niezakaźnym oraz zmniejszenie częstości ich występowania przez wczesne diagnozowanie i badania przesiewowe, w tym przez wdrożenie zintegrowanych kontroli stanu zdrowia, zwłaszcza dla osób z grup ryzyka, na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez lepszy dostęp do publicznej ochrony zdrowia oraz przez lepsze zarządzanie chorobami i ich leczenie; uważa, że intensywniejsza promocja zdrowia, ograniczanie szkód i zapobieganie chorobom mogą zmniejszyć częstość występowania chorób niezakaźnych o 70 % ⁽³⁶⁾, przy inwestycjach w zapobieganie zanieczyszczeniu środowiska, ograniczanie go i łagodzenie jego skutków, a także w badania naukowe, badania i próby kliniczne, innowacje i technologie w dziedzinie zdrowia oraz ich dostępność i przystępność cenową;
 3. z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę „Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych”, europejski plan walki z rakiem, program prac dotyczący Programu UE dla zdrowia, komunikat Komisji pt. „Kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego” oraz strategię UE w dziedzinie zdrowia na świecie; wzywa Komisję do udoskonalenia inicjatywy „Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych” przez wprowadzenie całościowej strategii UE w zakresie tych chorób uzupełnionej planami działania dotyczącymi konkretnych chorób niezakaźnych, obejmującej poziomy odniesienia, wskaźniki i mechanizmy monitorowania postępów w sposób przejrzysty i przystępny;

⁽³²⁾ Luisa Antunes, „Tackling antimicrobial resistance: From science to pharmaceuticals policy” [Zwalczanie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe: od nauki do polityki farmaceutycznej], Biuro Analiz Parlamentu Europejskiego, marzec 2023 r.

⁽³³⁾ Christopher J. L. Murray i in., „Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis” [Globalne obciążenie bakteryjną opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe w 2019 r.: systematyczna analiza], *The Lancet*, t. 399, nr 10325, 2022, s. 629–655.

⁽³⁴⁾ Komisja Europejska, „Healthier together – EU non-communicable diseases initiative” [Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych], s. 15, czerwiec 2022 r.

⁽³⁵⁾ Komisja Europejska, „Choroby niezakaźne: informacje ogólne”.

⁽³⁶⁾ Komisja Europejska, „The EU »Healthier Together« Non-Communicable Diseases Initiative” [Unijna inicjatywa „Zdrowsi razem” dotycząca chorób niezakaźnych], 2022 r.

4. zachęca państwa członkowskie, aby opracowały, wdrożyły i monitorowały krajowe plany i strategie dotyczące chorób niezakaźnych, w szczególności w odniesieniu do najczęstszych chorób o wysokim współczynniku umieralności i zachorowalności, z porównywalnymi kamieniami milowymi i wartościami docelowymi; zaznacza, że wspomniane plany i strategie powinny obejmować komponent dotyczący ograniczania ryzyka i prowadzenia badań przesiewowych bądź wczesnego wykrywania, ukierunkowany m.in. na społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia, promowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu oraz kompetencji zdrowotnych i umiejętności cyfrowych, edukację i szerzenie wiedzy zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak i w szczególności w grupach wysokiego ryzyka, który to komponent powinien mieć na celu zmniejszenie nierówności i optymalizację zasobów opieki zdrowotnej; z zadowoleniem przyjmuje krajowe plany i działania już podjęte przez państwa członkowskie w walce z chorobami niezakaźnymi; zwraca się do państw członkowskich, aby w krajowych planach uwzględniły ambitne środki obejmujące wszystkie stadia chorób niezakaźnych, od wczesnego wykrywania po zarządzanie chorobami, oraz dostosowały te krajowe plany do konkretnych chorób niezakaźnych; podkreśla, że krajowe plany dotyczące chorób niezakaźnych powinny mieć na celu nie tylko odwrócenie zjawiska wzrostu liczby osób żyjących z chorobami niezakaźnymi, lecz także poprawę jakości życia i dobrostanu osób dotkniętych tymi chorobami; wzywa Komisję, aby ułatwiała wymianę wiedzy i rozpowszechnianie dobrych praktyk wprowadzanych w ramach istniejących planów krajowych w innych państwach członkowskich;

5. uznaje, że społeczne, gospodarcze i środowiskowe uwarunkowania zdrowia oraz nierówności zdrowotne zwiększają ryzyko wystąpienia chorób niezakaźnych; zaznacza, że czynniki te trzeba uwzględnić w politykach i działaniach, ponieważ wpływają one również na indywidualne wybory, które oddziałują na ryzyko wystąpienia wielu chorób niezakaźnych; podkreśla znaczenie solidniejszego wdrażania zasady „zdrowie we wszystkich politykach”, w dialogu ze społecznością zdrowia publicznego, oraz dogłębnego uwzględnienia wpływu polityki sektorowej na zdrowie;

Zapobieganie chorobom niezakaźnym

6. uznaje, że używanie tytoniu, brak aktywności fizycznej, szkodliwe używanie alkoholu, niezdrowa dieta i czynniki środowiskowe, takie jak zanieczyszczenie powietrza, żywności, wody i gleby, zanieczyszczenie hałasem, promieniowanie UV i narażenie na substancje chemiczne, oraz społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia chorób niezakaźnych⁽³⁷⁾;

7. podkreśla, że w zwalczaniu chorób niezakaźnych kluczowe znaczenie ma profilaktyka; wyraża silne przekonanie, że kompleksowe działania profilaktyczne przeciwko chorobom niezakaźnym, oparte na środkach wspierających eliminację lub ograniczanie szkód związanych z czynnikami ryzyka, którym można zapobiec, są ważne i należy je prowadzić we wszystkich odpowiednich obszarach polityki UE; wzywa Komisję i państwa członkowskie do prowadzenia publicznych kampanii edukacyjnych na temat profilaktyki chorób niezakaźnych; jest głęboko przekonany, że działania profilaktyczne powinny opierać się na dowodach; wzywa zatem Komisję i państwa członkowskie do zwiększenia badań naukowych nad przyczynami chorób niezakaźnych oraz skutecznością i wdrażaniem środków zapobiegawczych;

8. podkreśla, że dostęp do systemów zdrowia publicznego i ochrony socjalnej ma kluczowe znaczenie dla zapobiegania chorobom niezakaźnym; ubolewa nad poważnymi rozbieżnościami i nierównością w zakresie zdrowia w UE w odniesieniu do zapobiegania chorobom niezakaźnym; podkreśla potrzebę zidentyfikowania wrażliwych, zmarginalizowanych i wykluczonych społecznie grup społeczeństwa oraz osób mieszkających na obszarach wiejskich i w regionach najbardziej oddalonych, daleko od ośrodków medycznych oraz zwrócenia uwagi na te grupy i osoby, aby zapewnić im dostęp do ochrony zdrowia programów profilaktyki;

9. dostrzega, że przyczyny chorób niezakaźnych są złożone i wieloczynnikowe oraz że chorobom tym nie zawsze można zapobiegać, a także że nawet wśród chorób niezakaźnych, którym można zapobiegać, części przypadków nie da się wyjaśnić możliwymi do uniknięcia czynnikami ryzyka, a wiele takich chorób wykazuje wysoki stopień ryzyka dziedzicznego;

10. zwraca uwagę na zagrożenia środowiskowe, które zwiększają ryzyko wystąpienia chorób niezakaźnych, i podkreśla, jak ważne jest postrzeganie chorób niezakaźnych zgodnie ze stanowiskiem, które mówi, że zdrowie ludzi, zwierząt i środowiska jest ze sobą nierozzerwalnie powiązane, dlatego działania służące zwalczaniu chorób niezakaźnych powinny być ugruntowane w podejściu „jedno zdrowie”; zwraca uwagę na zwiększoną podatność osób żyjących z chorobami niezakaźnymi na ekstremalne zdarzenia pogodowe i inne wpływy zmiany klimatu, w związku z czym domaga się ukierunkowanych środków w ramach polityki łagodzenia zmiany klimatu i przystosowania się do niej⁽³⁸⁾;

⁽³⁷⁾ Panamerykańska Organizacja Zdrowia, „Noncommunicable Diseases” [Choroby niezakaźne].

⁽³⁸⁾ The Lancet Oncology, „Climate change and non-communicable diseases [Zmiana klimatu a choroby niezakaźne], styczeń 2016 r.

11. podkreśla, że oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe znacznie zakłóca leczenie i procedury medyczne, a także komplikuje zarządzanie powszechnymi chorobami niezakaźnymi; podkreśla, że w związku z ograniczaniem i optymalizacją stosowania środków przeciwdrobnoustrojowych należy kierować się podejściem „Jedno zdrowie” w celu zapobiegania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe i jej zwalczania; apeluje o przyspieszenie wdrażania planów działania i konkretnych globalnych mechanizmów nadzoru nad opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe, badań i innowacji oraz zarządzania środkami przeciwdrobnoustrojowymi; zwraca uwagę na potrzebę wspierania rozwoju nowych środków przeciwdrobnoustrojowych oraz zapewnienia ich dostępności i przystępności cenowej;

12. uznaje, że używanie tytoniu spowodowało 1,6 miliona zgonów w Europie w 2019 r. i stanowi czynnik wysokiego ryzyka rozwoju chorób niezakaźnych, takich jak rak, choroby układu krążenia oraz przewlekłe choroby układu oddechowego; przyznaje, że osoby dorosłe i dzieci narażone na wtórny dym wdychają wiele tych samych czynników rakotwórczych co palacze; przypomina, że bierne palenie może zwiększać ogólne ryzyko wszystkich nowotworów nawet o 16 % u osób, które nigdy nie paliły⁽³⁹⁾; podkreśla, że 60 % dzieci jest narażonych na wtórny dym w domu, co może prowadzić do zespołu nagłej śmierci niemowląt, infekcji dolnych dróg oddechowych, infekcji ucha i cięższej postaci astmy; wzywa UE i państwa członkowskie do zapewnienia większej ochrony niepalących przed wtórnym dymem oraz do opracowania kampanii w celu stworzenia środowiska wolnego od dymu tytoniowego i wychowania do 2040 r. pierwszego w UE pokolenia wolnego od tytoniu;

13. popiera europejski plan walki z rakiem, którego celem jest wychowanie pokolenia wolnego od tytoniu i zapobieganie używaniu tytoniu poprzez ograniczenie spożycia tytoniu do 5 % ludności do 2040 r.; popiera wniosek Komisji dotyczący przeglądu dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych⁽⁴⁰⁾ i dyrektywy w sprawie opodatkowania wyrobów tytoniowych⁽⁴¹⁾ oraz wniosek dotyczący aktualizacji zalecenia Rady z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego⁽⁴²⁾; apeluje o pełne wdrożenie Ramowej konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu (konwencja) oraz Protokołu WHO w sprawie wyeliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi (protokół); apeluje o przeprowadzenie oceny i przeglądu stosowanych metod pomiaru zawartości substancji smolistych, nikotyny i tlenku węgla w tytoniu i powiązanych wyrobach, na podstawie niezależnych i najnowszych badań naukowych; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby:

- a) promowały zaprzestanie palenia tytoniu i wdrożyły środki służące pomocy użytkownikom tytoniu w rzuceniu palenia, zgodnie z konwencją WHO;
- b) monitorowały badania naukowe i oceny prowadzone przez organy ds. zdrowia publicznego na temat zagrożeń dla zdrowia związanych z papierosami elektronicznymi, podgrzewanymi wyrobami tytoniowymi i nowatorskimi wyrobami tytoniowymi, w tym oceny zagrożeń związanych z używaniem tych wyrobów w porównaniu z używaniem innych wyrobów tytoniowych, zwłaszcza biorąc pod uwagę zagrożenie dla niepalących, dzieci i młodzieży⁽⁴³⁾;
- c) podniosły minimalne podatki akcyzowe od wyrobów tytoniowych i wprowadziły ich pozytywną konwergencję; podkreśla, że może to usprawnić profilaktykę dzięki ograniczeniu używania i upowszechniania tytoniu, zwłaszcza wśród obecnych palaczy, oraz zapobiec rozpoczynaniu palenia przez młodzież;
- d) wprowadziły wymóg stosowania standardowych opakowań oraz obowiązek umieszczania ostrzeżeń zdrowotnych, w tym ostrzeżeń obrazkowych, na 80 % przedniej i tylnej części opakowania wyrobów tytoniowych i wyrobów do palenia;
- e) ściśle egzekwowały zakaz stosowania charakterystycznych środków aromatyzujących w wyrobach tytoniowych w celu zmniejszenia atrakcyjności tych wyrobów dla osób palących, niepalących i młodzieży;
- f) dalej zwiększały ochronę konsumentów, zwłaszcza dzieci, przed reklamą wyrobów tytoniowych i urządzeń do palenia;
- g) publikowały roczne sprawozdania w sprawie postępów w wychowaniu do 2040 r. pokolenia wolnego od tytoniu;

⁽³⁹⁾ Kim i in., 2018.

⁽⁴⁰⁾ 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).

⁽⁴¹⁾ 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).

⁽⁴²⁾ Dz.U. C 296 z 5.12.2009, s. 4.

⁽⁴³⁾ Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, „Quick Facts on the Risks of E-cigarettes for Kids, Teens and Young Adults” [Zwięzłe fakty dotyczące zagrożeń związanych z e-papierosami dla dzieci, nastolatków i młodych dorosłych].

14. wzywa państwa członkowskie, aby w całości wypełniły obowiązek wynikający z dyrektywy (UE) 2019/904⁽⁴⁴⁾ (dyrektywa w sprawie produktów jednorazowego użytku z tworzyw sztucznych) odniesieniu do filtrów w wyrobach tytoniowych zawierających tworzywa sztuczne w celu rozwiązania problemów środowiskowych i zdrowotnych związanych z tymi filtrami;

15. wzywa Komisję do wdrożenia obowiązujących wszystkich urzędników i innych pracowników szczegółowych zasad postępowania w kontaktach z przemysłem tytoniowym, zgodnie z decyzją Europejskiego Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie 852/2014/LP;

16. popiera wniosek Komisji dotyczący aktualizacji zalecenia Rady z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego⁽⁴⁵⁾ w celu rozszerzenia zalecenia na nowe produkty, takie jak papierosy elektroniczne i podgrzewane wyroby tytoniowe, oraz zwiększenia zakresu stref wolnych od dymu tytoniowego o obszary na świeżym powietrzu;

17. uważa, że e-papierosy mogłyby umożliwić niektórym palaczom stopniowe rzucenie palenia; jednocześnie jest zdania, że e-papierosy nie powinny być atrakcyjne dla osób nieletnich i niepalących;

18. podkreśla, że jeden na dziesięć zgonów w regionie europejskim WHO lub około 1 mln zgonów rocznie wynika ze spożycia alkoholu⁽⁴⁶⁾; uznaje, że szkodliwe używanie alkoholu jest czynnikiem ryzyka wielu chorób niezakaźnych, i podkreśla, że im mniejsza ilość spożywanego alkoholu, tym niższe ryzyko rozwoju chorób niezakaźnych⁽⁴⁷⁾; przypomina, że Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem zaklasyfikowała etanol i aldehyd octowy z metabolizmu etanolu w napojach alkoholowych jako rakotwórcze dla ludzi; przypomina o przywoływanym przez WHO⁽⁴⁸⁾, w którym uznano, że jeśli chodzi o profilaktykę nowotworów, nie może być mowy o bezpiecznym poziomie spożycia alkoholu;

19. dostrzega wysiłki Komisji we wspieraniu państw członkowskich w ograniczaniu obciążenia chorobami niezakaźnymi wraz z uruchomieniem w grudniu 2021 r. inicjatywy „Zdrowsi razem” – unijnej inicjatywy dotyczącej chorób niezakaźnych; domaga się bardziej skoordynowanych ambitnych działań na szczeblu UE nie tylko w celu przeciwdziałania wzrostowi liczby osób żyjących z chorobami niezakaźnymi, lecz także poprawy jakości życia i dobrostanu osób dotkniętych chorobami niezakaźnymi;

20. z zadowoleniem przyjmuje cel Komisji, jakim jest zmniejszenie szkodliwego używania alkoholu o co najmniej 10 % do 2025 r.; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby:

- a) chroniły nieletnich przed informacjami handlowymi dotyczącymi spożycia alkoholu, a także lokowaniem produktu i sponsorowaniem marek alkoholowych, w tym w środowisku cyfrowym, ponieważ reklamy nie mogą być skierowane szczególnie do nieletnich ani zachęcać do spożycia alkoholu; zakazały reklam alkoholu i sponsorowania wydarzeń sportowych, w których uczestniczą głównie nieletni;
- b) zwiększyły ochronę nieletnich przed negatywnymi skutkami używania alkoholu, w tym przyjęły środki edukacyjne w celu zmniejszenia atrakcyjności używania alkoholu w tych grupach wiekowych;
- c) promowały oparte na dowodach, proporcjonalne środki służące ograniczeniu szkód związanych z alkoholem i zapobieganiu im w ramach zmienionej Strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożycia alkoholu;
- d) wspierały lepsze informowanie konsumentów poprzez poprawę etykietowania napojów alkoholowych, w szczególności uwzględnianie wyważonych i odpowiedzialnych informacji na temat spożycia alkoholu oraz wprowadzenie obowiązku podawania wykazu składników i informacji o wartości odżywczej, zgodnie z europejskim planem walki z rakiem, zwłaszcza w odniesieniu do zaleceń dotyczących napojów alkoholowych;

⁽⁴⁴⁾ 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).

⁽⁴⁵⁾ Dz.U. C 296 z 5.12.2009, s. 4.

⁽⁴⁶⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „European framework for action on alcohol, 2022–2025 [Europejskie ramy działania w sprawie alkoholu, 2022–2025]”

⁽⁴⁷⁾ GBD 2016 Alcohol Collaborators, ‘Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [Używanie alkoholu i obciążenie dla 195 państw i terytoriów, lata 1990–2016: systematyczna analiza dla Global Burden of Disease Study 2016].’

⁽⁴⁸⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „No level of alcohol consumption is safe for our health” [‘Żaden poziom spożycia alkoholu nie jest bezpieczny dla zdrowia’], 4 stycznia 2023 r.

21. zauważa, że niezdrowa dieta, często charakteryzująca się wysoką zawartością cukrów i soli, tłuszczów nasyconych i trans oraz uboga w błonnik, jest jednym z głównych czynników ryzyka chorób niezakaźnych, w tym otyłości, chorób układu krążenia, chorób jamy ustnej, raka, cukrzycy, chorób nerek i wątroby, trzustki i innych chorób przewodu pokarmowego⁽⁴⁹⁾; podkreśla rolę zdrowej diety w profilaktyce i ograniczaniu zachorowalności na choroby niezakaźne i nawrotów tych chorób oraz zaznacza, że indywidualne ryzyko zachorowania można zmniejszyć, stosując dietę opartą na odpowiednich proporcjach węglowodanów, błonnika, tłuszczów, białek, witamin i minerałów, w tym większej ilości warzyw, świeżych owoców, produktów pełnoziarnistych i roślin strączkowych; przyznaje, że otyłość uważa się za czynnik ryzyka wielu chorób niezakaźnych i uznaje za chorobę niezakaźną samą w sobie; podkreśla zasadniczą rolę zdrowego środowiska żywnościowego w zapobieganiu chorobom niezakaźnym; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby:

- a) zachęcały konsumentów do dokonywania świadomych, zdrowych wyborów dotyczących produktów spożywczych oraz wspomagały w tym konsumentów, umożliwiając im stosowanie zdrowej, zróżnicowanej i zbilansowanej diety; upowszechniały zmiany zachowań za pośrednictwem kampanii komunikacyjnych i kampanii w środkach masowego przekazu na rzecz zdrowego odżywiania; zachęcały do prowadzenia polityki zamówień publicznych na żywność oraz usług na rzecz zdrowej i zrównoważonej diety opartej w większym stopniu na roślinach; wzywa państwa członkowskie, aby rozważyły stosowanie etykietowania żywności w celu informowania konsumentów o produktach spożywczych;
- b) wdrożyły kompleksową strategię zwalczania zaburzeń odżywiania, która obejmie przydział zasobów, gromadzenie danych, kampanie profilaktyczne, a także systemy wsparcia i koordynację z istniejącymi podmiotami w poszczególnych państwach członkowskich;
- c) zaproponowały nowy kompleksowy i zintegrowany plan działania w zakresie otyłości, z poziomami odniesienia, wskaźnikami i mechanizmami w celu monitorowania i gwarantowania rezultatów; 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, lecz także przez włączanie do podstawowej opieki zdrowotnej całościowych programów, które pomagają pacjentom cierpiącym na otyłość unormować masę ciała w zdrowy sposób; wzywa Komisję i państwa członkowskie, by wspierały badania naukowe i innowacje dotyczące otyłości, służące opisaniu wpływu między innymi czynników genetycznych, mikroflory człowieka lub stanu psychicznego na masę ciała oraz przeanalizować najskuteczniejsze interwencje;
- d) wdrożyły wytyczne WHO dotyczące zdrowej diety w ramach wspólnego zobowiązania do zajęcia się obciążeniem chorobami niezakaźnymi;
- e) zwiększyły dostępność i przystępność cenową opieki żywieniowej świadczonej przez dietetyków i specjalistów ds. żywienia;
- f) promowały zmiany w zachowaniu w drodze kampanii komunikacyjnych i medialnych dotyczących zdrowej diety oraz zachęcały do wdrażania publicznej polityki zakupów żywności i usług na rzecz zdrowej i zrównoważonej diety;
- g) zajęły się przez kwestią obecności zanieczyszczeń rakotwórczych w żywności; pilnie oczekuje od Komisji szybkiego przedstawienia wniosków regulacyjnych;

22. apeluje do Komisji, aby zastosowała się do różnych postulatów Parlamentu zawartych w jego rezolucji z dnia 16 stycznia 2019 r. w celu udoskonalenia unijnej procedury wydawania zezwoleń na dopuszczenie pestycydów do obrotu;

23. podkreśla rolę aktywności fizycznej w zapobieganiu chorobom niezakaźnym i promowaniu zdrowia na poziomie populacji w przypadku wszystkich głównych chorób niezakaźnych i z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę Komisji HealthyLifestyle4All⁽⁵⁰⁾; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby w miejskim planowaniu przestrzennym promowały aktywność fizyczną i uprawianie sportu jako powszechnie dostępny środek zmniejszania czynników ryzyka chorób niezakaźnych, a także organizowały kampanie uświadamiające w celu zapobiegania chorobom niezakaźnym oraz położyły większy nacisk na aktywność fizyczną w szkołach; dostrzega, że poprawa wyborów dotyczących stylu życia w populacji nie wystarcza, by zwalczać obciążenie chorobami niezakaźnymi, i podczas gdy profilaktyka pierwotna odgrywa kluczową rolę w ograniczaniu występowania wielu rodzajów chorób niezakaźnych, profilaktyka wtórna ma kluczowe znaczenie dla optymalnego zarządzania chorobami przewlekłymi i przyczynia się do zmniejszenia ryzyka powikłań, chorób współistniejących i zgonów;

24. podkreśla rolę edukacji zdrowotnej w zapobieganiu chorobom niezakaźnym oraz zachęca Komisję i państwa członkowskie do promowania edukacji zdrowotnej i wprowadzenia edukacji zdrowotnej jako obowiązkowego przedmiotu nauczania we wszystkich placówkach edukacyjnych;

⁽⁴⁹⁾ Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia dla Wschodniego Regionu Basenu Morza Śródziemnego, „Non-communicable diseases” [Choroby niezakaźne].

⁽⁵⁰⁾ Komisja Europejska „Sport”.

25. podkreśla bezpośrednie powiązanie między czynnikami środowiskowymi i licznymi chorobami niezakaźnymi; przypomina o znaczeniu ochrony ludzi przed narażeniem na zagrożenia środowiskowe zarówno w życiu codziennym, jak i w środowisku pracy; podkreśla potrzebę udoskonalenia podejścia „Jedno zdrowie”, aby lepiej chronić zdrowie ludzi; uważa, że Europejski Zielony Ład i strategia „Od pola do stołu” odgrywają zasadniczą rolę w zapobieganiu chorobom niezakaźnym w UE w związku ze zmniejszeniem zanieczyszczenia powietrza, żywności, wody i gleby oraz narażenia na substancje chemiczne; wzywa Komisję i państwa członkowskie do ograniczenia stosowania pestycydów; zachęca do prowadzenia badań nad stosowaniem i rozwojem produktów takich jak leki i zrównoważone środki ochrony roślin, które są bezpieczniejsze dla środowiska; zachęca do wdrożenia skutecznych mechanizmów usuwania odpadów, które pozwolą uniknąć zanieczyszczenia środowiska, zgodnie z celami strategii farmaceutycznej dla Europy; podkreśla, że profilaktyka przewlekłych chorób układu oddechowego obejmuje – obok zaprzestania używania tytoniu – także zapobieganie narażeniu na pył drobny, kurz, niebezpieczne substancje chemiczne, gazy, np. radon, niebezpieczne materiały, np. azbest i inne zanieczyszczenia w pomieszczeniach; wzywa Komisję i państwa członkowskie do przyjęcia unijnego planu wyeliminowania azbestu;

26. przypomina o ambicjach Parlamentu dotyczących unijnych norm jakości powietrza wyrażonych w pierwszym czytaniu w sprawie przekształcenia dyrektywy w sprawie jakości powietrza i czystsze powietrze dla Europy⁽⁵¹⁾, w szczególności w zakresie pełnego dostosowania do wytycznych WHO dotyczących jakości powietrza;

27. dostrzega wpływ, jaki niektóre metody leczenia chorób niezakaźnych mogą wywierać na środowisko, oraz podkreśla, że wczesne zapobieganie chorobom niezakaźnym i ich wykrywanie mogą istotnie ograniczyć ten wpływ; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby wdrożyły środki obniżające ślad środowiskowy metod leczenia oraz przyspieszyły przejście na zrównoważoną ochronę zdrowia bez obniżania wydajności leczenia dla pacjentów;

28. zwraca uwagę, że promieniowanie słoneczne zawiera niewidzialne promieniowanie ultrafioletowe (UV), które może powodować raka skóry; popiera wzmocnienie ochrony przed narażeniem na promieniowanie UV na szczelbu UE w postaci przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy dla osób pracujących na zewnątrz;

29. odnotowuje, że w 2011 r. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem sklasyfikowała pola elektromagnetyczne o częstotliwości radiowej jako potencjalnie rakotwórcze dla ludzi ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia glejaka związane z korzystaniem z telefonów komórkowych; zauważa, że potrzebne są dalsze badania w celu ustalenia tych powiązanych zagrożeń;

30. wzywa Komisję i państwa członkowskie do przyspieszenia przejścia na sektory zrównoważonej energii i zrównoważonego transportu oraz do zapewnienia przejścia na zrównoważone rolnictwo i zrównoważone systemy żywnościowe;

31. podkreśla znaczenie zapobiegania chorobom niezakaźnym i wczesnej interwencji; dostrzega, że wiele chorób niezakaźnych ma początki w dzieciństwie⁽⁵²⁾, oraz podkreśla znaczenie inwestowania w strategię i programy, które promują opiekę zdrowotną nad matkami oraz zdrowy wzrost i rozwój dzieci, od niemowlęctwa i wczesnych lat;

32. podkreśla, że niektóre substancje perfluorowane i polifluorowane (PFAS) mogą prowadzić do poważnych schorzeń, takich jak otyłość, cukrzyca⁽⁵³⁾ i rak⁽⁵⁴⁾; wzywa Komisję do pilnego wdrożenia wniosku w sprawie ograniczenia PFAS przedłożonego 13 stycznia 2023 r.⁽⁵⁵⁾ Europejskiej Agencji Chemikaliów, zgodnie z podejściem opartym na ryzyku;

⁽⁵¹⁾ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/50/WE z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie jakości powietrza i czystsze powietrze dla Europy (Dz.U. L 152 z 11.6.2008, s. 1); 2022/0347(COD).

⁽⁵²⁾ UNICEF, „Non-communicable diseases [Choroby niezakaźne]”, grudzień 2023 r.

⁽⁵³⁾ Clinical Trials Arena, „High exposure to PFAS more than doubles risk of developing diabetes in women [Duże narażenie na PFAS więcej niż podwaja ryzyko rozwoju cukrzycy u kobiet]”, kwiecień 2022 r.

⁽⁵⁴⁾ Europejska Agencja Środowiska, „What are PFAS and how are they dangerous for my health?”, [Czym są PFAS i w jaki sposób są niebezpieczne dla mojego zdrowia?].

⁽⁵⁵⁾ Europejska Agencja Chemikaliów, „ECHA publishes PFAS restriction proposal” [ECHA publikuje wniosek w sprawie ograniczenia PFAS], 2023.

33. powtarza, że narażenie na substancje chemiczne jest powiązane z kilkoma chorobami niezakaźnymi; w związku z tym popiera środki planowane w strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności i planie działania na rzecz eliminacji zanieczyszczeń w celu ograniczenia narażenia obywateli na szkodliwe substancje chemiczne takie jak substancje rakotwórcze, reprotoksydyczne, mutagenne i zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego wszystkimi różnymi drogami narażenia; podkreśla potrzebę zapewnienia ochrony zdrowia w miejscu pracy wszystkim pracownikom w UE;

34. wyraża ubolewanie z powodu powolnego wdrażania strategii w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności, a w szczególności ponownie apeluje, by w celu umożliwienia identyfikacji wszystkich substancji potencjalnie niebezpiecznych produkowanych w UE lub do niej przywożonych dokonano zmiany rozporządzenia REACH⁽⁵⁶⁾, uwzględniając między innymi zasady lepszego stanowienia prawa; wzywa Komisję do zajęcia się chemikaliami, które mają negatywny wpływ na zdrowie obywateli, podczas przeglądu odpowiednich przepisów dotyczących produktów konsumpcyjnych, takich jak rozporządzenie (WE) nr 1935/2004 w sprawie materiałów przeznaczonych do kontaktu z żywnością⁽⁵⁷⁾ i rozporządzenie (WE) nr 1223/2009 dotyczące produktów kosmetycznych⁽⁵⁸⁾, aby zagwarantować, że produkty konsumpcyjne nie zawierają substancji chemicznych powodujących raka lub wpływających na układ hormonalny zgodnie ze strategią w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności; w pełni popiera wniosek Komisji dotyczący zmiany rozporządzenia (WE) nr 1272/2008 w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania chemikaliów⁽⁵⁹⁾ w celu wprowadzenia nowych klas zagrożenia między innymi dla substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego, w tym podejrzewanych substancji zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego, oraz w celu aktualizacji wymogów informacyjnych we wszystkich odpowiednich przepisach, aby umożliwić ich identyfikację;

35. zwraca się do Europejskiej Agencji Środowiska, aby wraz z Europejską Agencją Chemikaliów sporządziła sprawozdanie na temat chemikaliów w środowisku w Europie; zauważa, że w sprawozdaniu należy ocenić systemowy charakter chemikaliów szkodliwych dla środowiska i zdrowia ludzi, ze skupieniem się na rakotwórczych, mutagennych i reprotoksydycznych substancjach zaburzających funkcjonowanie układu hormonalnego w europejskich systemach produkcji i konsumpcji, a także ich zastosowaniu w produktach, występowaniu w środowisku Europy i szkodach dla zdrowia ludzkiego, w szczególności w odniesieniu do chorób niezakaźnych;

36. przypomina, że w komunikacie Komisji pt. „Strategia w zakresie chemikaliów na rzecz zrównoważoności na rzecz nien toksycznego środowiska” podkreślono potrzebę ochrony pracowników przed tymi substancjami; wzywa w związku z tym Komisję, aby oceniła rozszerzenie zakresu dyrektywy 2004/37/WE⁽⁶⁰⁾ na substancje zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego; z zadowoleniem przyjmuje podejście oparte na „Wizji zero” do zgonów związanych z pracą w strategicznych ramach UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027; ubolewa jednak nad ograniczoną liczbą substancji uwzględnionych w strategii;

37. zauważa, że przy obecnej metodzie pracy Komitetowi ds. Oceny Ryzyka Europejskiej Agencji Chemikaliów co roku przedkłada się jedynie pięć substancji; zachęca do ciągłej analizy i badań dotyczących nowych substancji o podejrzewanym działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksydycznym, do ustanowienia dopuszczalnych wartości narażenia zawodowego dla środków chemicznych, dla których wartości takich jeszcze nie ustalono, oraz do okresowych przeglądów w razie potrzeby, w świetle ostatnich danych naukowych i rozwoju technicznego; wzywa Komisję, aby wykazała się większymi ambicjami i regularnie aktualizowała dyrektywę 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 zgodnie z sugestią Komitetu Doradczego ds. Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Miejscu Pracy zmieniła swój plan działania w celu osiągnięcia do 2024 r. wartości OEL dla większej liczby substancji, grup substancji lub substancji powstających w wyniku procesów; podkreśla w związku z tym potrzebę zwiększenia przez Komisję zdolności w zakresie przeglądu OEL i dodania nowych;

⁽⁵⁶⁾ 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, zmieniające dyrektywę 1999/45/WE oraz uchylające rozporządzenie Rady (EWG) nr 793/93 i rozporządzenie Komisji (WE) nr 1488/94, jak również dyrektywę Rady 76/769/EWG i dyrektywy Komisji 91/155/EWG, 93/67/EWG, 93/105/WE i 2000/21/WE (Dz.U. L 396 z 30.12.2006, s. 1).

⁽⁵⁷⁾ 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 oraz uchylające dyrektywy 80/590/EWG i 89/109/EWG (Dz.U. L 338 z 13.11.2004, s. 4).

⁽⁵⁸⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczące produktów kosmetycznych (Dz.U. L 342 z 22.12.2009, s. 59).

⁽⁵⁹⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin, zmieniające i uchylające dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1907/2006 (Dz.U. L 353 z 31.12.2008, s. 1).

⁽⁶⁰⁾ Dyrektywa 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 (Dz.U. L 158 z 30.4.2004, s. 50).

38. apeluje o wystarczające finansowanie publiczne oraz jasne i proporcjonalne zachęty dla inwestycji prywatnych w badania naukowe nad powiązaniem między chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, zwłaszcza że nie zapewniono systematyzacji danych naukowych na temat tych powiązań i promowania profilaktyki, wczesnej diagnostyki, szczepień lub leczenia chorób zakaźnych, co prowadzi do powstania chorób niezakaźnych;

39. zachęca Komisję i państwa członkowskie do współpracy w celu osiągnięcia celów zrównoważonego rozwoju ONZ ukierunkowanych na choroby zakaźne z myślą o promowaniu zapobiegania chorobom niezakaźnym, takim jak nowotwory, związanym z chorobami zakaźnymi; w związku z tym z zadowoleniem przyjmuje programy szczepień, między innymi walkę z przenoszeniem wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV); wzywa państwa członkowskie do wprowadzenia neutralnych pod względem płci szczepień przeciwko HPV do programów szczepień; podkreśla potrzebę skoordynowanych działań ukierunkowanych na rakotwórcze wirusy, takie jak wirus HPV i wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), aby zapobiec ich przenoszeniu; podkreśla potrzebę 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;

40. apeluje o współpracę z państwami członkowskimi i organizacjami międzynarodowymi w celu zwalczania wpływu informacji wprowadzających w błąd na szczepienia i zajęcia się problemem uchylania się od szczepień; zaleca szersze stosowanie unijnego kodeksu postępowania w zakresie zwalczania dezinformacji, w szczególności w związku z informacjami wprowadzających w błąd na temat szczepionek;

41. podkreśla potrzebę dalszego promowania kompetencji zdrowotnych w zakresie zagrożeń i uwarunkowań związanych z chorobami niezakaźnymi, a także umiejętności cyfrowych w celu opracowania narzędzi edukacyjnych służących profilaktyce; apeluje o zwrócenie szczególnej uwagi na osoby defaworyzowane, podatne na zagrożenia, wykluczone społecznie i zmarginalizowane; podkreśla, że niezbędne są konkretne kampanie uświadamiające skierowane do grup o szczególnych potrzebach w zakresie kompetencji zdrowotnych; domaga się wdrażania inkluzywnych programów profilaktycznych z zaangażowaniem regionów i gmin, obywateli, partnerów społecznych, społeczeństwa obywatelskiego oraz organizacji pacjentów na każdym etapie procesu decyzyjnego;

Związek między chorobami zakaźnymi a chorobami niezakaźnymi

42. zauważa, że choroby zakaźne mogą mieć skutki o charakterze niezakaźnym i przewlekłym; podkreśla, że współwystępowanie wielu chorób, w tym zakażenia wirusem HIV, cukrzyca, nadciśnienia, nowotworów i przewlekłych chorób układu oddechowego, było szczególnym czynnikiem ryzyka podczas pandemii COVID-19; uważa, że odizolowane programy działań w dziedzinie zdrowia nie pomagały osobom już cierpiącym na choroby niezakaźne; podkreśla, że specjalistyczne leczenie powinno być zintegrowane z podstawowymi krajowymi systemami opieki zdrowotnej, co zapewni gotowość na przyszłe pandemie i ich przewlekłe konsekwencje; podkreśla dwustronną zależność między chorobami zakaźnymi a niezakaźnymi, jaką zaobserwowano choćby podczas pandemii COVID-19, zwłaszcza w krajach o wysokiej częstotliwości występowania HIV/AIDS;

43. popiera dalsze badania nad opracowywaniem szczepionek i innowacyjnych możliwości leczenia w przypadku innych wirusów, takich jak wirus zapalenia wątroby typu C i ludzki wirus niedoboru odporności (HIV), jako czynników ryzyka w przypadku chorób niezakaźnych; uważa, że rozwiązania terapeutyczne stosowane tymczasem powinny być w dużym stopniu wykorzystywane do osiągnięcia celu WHO, jakim jest wyeliminowanie zapalenia wątroby typu C do 2030 r.; uważa, że większe zaangażowanie polityczne oraz silne partnerstwo i współpraca między rządami i wszystkimi zainteresowanymi podmiotami są niezbędne do osiągnięcia celu WHO, jakim jest położenie kresu epidemii HIV/AIDS do 2030 r., w tym w Europie; wzywa państwa członkowskie do zwiększenia wsparcia w celu zadbania o to, by wszyscy obywatele, w tym bardziej narażone społeczności, mogli zostać przetestowani, zdiagnozowani, mieli szybki dostęp do najlepszych innowacyjnych możliwości opieki i by je zachowali; zachęca państwa członkowskie do inwestowania w wywierające duży wpływ, innowacyjne łączone podejścia do profilaktyki jako kluczowe dodatkowe narzędzie w celu zakończenia epidemii HIV w Europie; zauważa, że osoby zakażone HIV/AIDS są w znacznym stopniu narażone na zakażenie przewlekłym COVID-19 (4-krotnie wyższe prawdopodobieństwo);

44. podkreśla gwałtowny wzrost liczby przypadków zespołów pozakaźniowych (PAIS) występujących po zakażeniu COVID-19, które w tym przypadku określa się również jako przewlekły COVID-19; zauważa, że zespoły pozakaźniowe PAIS występują również w następstwie innych infekcji bakteryjnych, wirusowych i pasożytniczych, między innymi takich jak mononukleozą, neuroboreliozą z Lyme, ebolą, poliomyelitis, grypa; podkreśla, że patogenezą PAIS jest związana z miażdżycowym zapaleniem mózgu i rdzenia / zespołem przewlekłego zmęczenia (ME/CFS); wyraża zaniepokojenie, że mimo iż do dziś 65 mln osób cierpi na przewlekły COVID-19 oraz mimo presji wynikającej z ponownych zakażeń i z przyszłych pandemii, w strategii na rok 2022 w dziedzinie zdrowia na świecie nie ma odniesienia ani do przewlekłego COVID-19, ani ogólnie do PAIS; wzywa UE do opracowania strategii dotyczącej PAIS;

45. przypomina, że globalne bezpieczeństwo zdrowotne musi nie tylko uwzględniać bezpośrednie zagrożenie chorobami zakaźnymi, ale także zająć się przewlekłym, długotrwałym cierpieniem będącym ich konsekwencją; zauważa, że choroby zakaźne i niezakaźne łączą złożone zależności, a często także wspólne czynniki ryzyka; uważa, że współistnienie chorób niezakaźnych i zakaźnych prowadzi do zwiększonej zachorowalności, w szczególności w krajach o niższych i średnich dochodach;

46. powtarza, że finansowanie nowych badań i analiz oraz zapewnienie systematyzacji i analizy kompleksowych danych epidemiologicznych, statystycznych i innych danych naukowych dotyczących chorób niezakaźnych i ich wzajemnych powiązań z chorobami zakaźnymi może rzucić nowe światło na przyczyny różnych chorób niezakaźnych, w tym na określenie nowych zagrożeń behawioralnych i środowiskowych;

Identyfikacja grup wysokiego ryzyka i wczesna diagnostyka chorób niezakaźnych

47. zwraca uwagę, że wiele osób żyjących z chorobami niezakaźnymi w Europie jest niezdiagnozowanych i nieświadomych swojej choroby, a zatem nie otrzymuje odpowiedniego leczenia na czas; podkreśla w związku z tym znaczenie identyfikacji osób z grupy wysokiego ryzyka rozwoju chorób niezakaźnych i jak najwcześniejszego diagnozowania tych osób, na przykład przez wdrażanie programów wczesnego wykrywania i badań lekarskich na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, z naciskiem na promowanie spójnych i skutecznych metod leczenia w celu poprawy zarządzania chorobami, zapobiegania powikłaniom i obniżenia kosztów niższego szczebla ponoszonych przez systemy opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przypadku osób z grup ryzyka; podkreśla w tym kontekście znaczenie opieki nad dziećmi i młodzieżą, w tym w odniesieniu do ich zdrowia psychicznego;

48. wzywa Komisję do zebrania przykładów najlepszych praktyk w zakresie badań przesiewowych i wczesnego wykrywania chorób niezakaźnych; z zadowoleniem przyjmuje zaktualizowane zalecenie Rady dotyczące badań przesiewowych w kierunku raka i wzywa państwa członkowskie do jego pilnego wdrożenia;

49. wzywa Komisję do wspierania państw członkowskich w przeglądzie ich krajowych modeli opieki, ze szczególnym uwzględnieniem systemów podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowanych na profilaktykę oraz podnoszenia kwalifikacji pracowników podstawowej opieki zdrowotnej;

50. z zadowoleniem przyjmuje europejski plan walki z rakiem; podkreśla znaczenie wczesnego wykrywania oraz fakt, że w 25 państwach członkowskich wprowadzono programy badań przesiewowych populacji w kierunku raka sutka, w 22 w kierunku raka szyjki macicy i w 20 w kierunku raka jelita grubego w ramach krajowych programów zwalczania chorób nowotworowych do 2020 r. ⁽⁶¹⁾; z zadowoleniem przyjmuje zalecenie Rady z 2022 r. pt. „Wzmocnienie profilaktyki poprzez wczesne wykrywanie: nowe podejście UE do badań przesiewowych w kierunku raka”; z zadowoleniem przyjmuje planowane utworzenie – zgodnie z zapowiedzią zamieszczoną w europejskim planie walki z rakiem – 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;

51. wzywa do całościowego i systemowego spojrzenia na choroby niezakaźne, w którym będzie się uznawać wzajemnie powiązane wyzwania stojące przed populacjami wysokiego ryzyka, takie jak ograniczony dostęp do edukacji, terenów zielonych, zdrowej żywności, możliwości aktywności fizycznej, placówek opieki zdrowotnej, odpowiedniej jakości powietrza i odpowiednich warunków mieszkaniowych;

52. zachęca państwa członkowskie do współpracy, zwłaszcza w regionach transgranicznych i obszarach odizolowanych, w celu zmniejszenia nierówności pod względem społecznym i geograficznym w zakresie korzystania z usług wczesnej diagnostyki chorób niezakaźnych; zachęca państwa członkowskie do regularnego informowania społeczeństwa o ryzyku wystąpienia chorób niezakaźnych oraz o konieczności przeprowadzania regularnych kontroli i badań w celu jak najwcześniejszego ich wykrywania;

53. podkreśla, że zapobieganie chorobom niezakaźnym i zarządzanie nimi może pomóc zmniejszyć obciążenie systemów opieki zdrowotnej z powodu chorób niezakaźnych i wzmocnić ich odporność w obliczu kryzysów zdrowotnych;

⁽⁶¹⁾ Komisja Europejska, „Europejski plan walki z rakiem”, s.14.

54. zachęca państwa członkowskie do poprawy dostępu do usług socjalnych i opieki zdrowotnej dla podatnych na zagrożenia grup społecznych; zachęca państwa członkowskie do zajęcia się różnicami w zakresie zdrowia wynikającymi z barier administracyjnych, czynników społeczno-gospodarczych oraz wyzwań językowych i kulturowych; zachęca państwa członkowskie do ograniczenia liczby niezdiagnozowanych chorób niezakaźnych przez wprowadzenie ukierunkowanych kontroli stanu zdrowia osób z grupy wysokiego ryzyka oraz promowanie samobadania w sytuacjach, w których jest to właściwe i zalecane przez organy zdrowia publicznego, zajmując się głównymi wspólnymi czynnikami ryzyka związanymi z metabolizmem, takimi jak wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom glukozy we krwi, wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) i wysoki poziom cholesterolu LDL; apeluje do Komisji i państw członkowskich, by wspierały opracowywanie i stosowanie dostępnych, przystępnych cenowo i nowych narzędzi do diagnozowania chorób niezakaźnych w grupach ryzyka;

55. zachęca państwa członkowskie do zapewnienia terminowego dostępu do wysokiej jakości opieki oraz do wspierania samozarządzania przez pacjentów z chorobami niezakaźnymi; domaga się wdrożenia dostępnych i zapewniających równość narzędzi do samozarządzania, w tym partnerskich sieci wsparcia, platform opieki opartych na współpracy i usług zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem czynników takich jak dostępność cyfrowych usług i technologii;

56. zwraca uwagę, iż osoby cierpiące na choroby niezakaźne częściej chorują na inne choroby; zauważa, że niektóre choroby niezakaźne są ze sobą ściśle powiązane, takie jak cukrzyca, choroby jamy ustnej i choroby nerek, otyłość i choroby układu krążenia oraz rak i depresja, a wzajemne powiązania między tymi schorzeniami zwiększają odnośną zachorowalność i śmiertelność; zauważa, że istnieją istotne synergie, które należy osiągnąć poprzez poprawę diagnostyki, wczesnego wykrywania, badań przesiewowych i zintegrowanej opieki ⁽⁶²⁾ we współpracy z lokalnymi służbami socjalnymi i społecznymi, ponieważ potrzeby zdrowotne i społeczne są często ze sobą powiązane;

57. wzywa państwa członkowskie do zwrócenia większej uwagi w krajowych planach zdrowotnych na fizyczne i psychologiczne skutki chorób niezakaźnych i ich leczenie, w tym leczenie bólu, dostęp pacjentów i opiekunów do wsparcia psychologicznego oraz opieki paliatywnej i wspomagającej;

58. podkreśla, że sprawnie działające, wydajne, dostępne i odpowiednio dofinansowane publiczne systemy opieki zdrowotnej we wszystkich państwach członkowskich mają kluczowe znaczenie w walce z chorobami niezakaźnymi; podkreśla, że konieczne jest zapewnienie równego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki zdrowotnej; podkreśla potrzebę zajęcia się regionalnymi różnicami w dostępie do podstawowych usług opieki zdrowotnej, usług profilaktycznych, programów badań przesiewowych oraz stałej opieki i leczenia, dążąc do zapewnienia sprawiedliwej dostępności wysokiej jakości leczenia chorób niezakaźnych na różnych obszarach geograficznych w państwach członkowskich; wzywa Komisję, aby rozważyła zaproponowanie zaleceń w sprawie norm dotyczących usług opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym poszanowaniu odpowiedzialności państw członkowskich za określanie własnej polityki zdrowotnej oraz zarządzanie systemami opieki zdrowotnej, ich organizowanie i finansowanie;

Poprawa opieki zdrowotnej w zakresie chorób niezakaźnych

59. podkreśla, że pracownicy służby zdrowia, organizacje pacjentów i cały trzeci sektor odgrywają znaczącą rolę w kierowaniu pacjentów na wczesne badania diagnostyczne i leczenie chorób niezakaźnych; zachęca państwa członkowskie do zapewnienia pacjentom stałego dostępu do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz do oferowania pracownikom służby zdrowia szkoleń międzybranżowych, aby mogli lepiej rozpoznawać osoby z grup ryzyka oraz lepiej identyfikować i leczyć choroby niezakaźne oraz im zapobiegać;

60. podkreśla, że naukowo potwierdzona medycyna integracyjna uznawana przez organy zdrowia 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;

61. podkreśla potrzebę wdrożenia skoncentrowanej na osobie, ciągłej i w pełni zintegrowanej opieki na całej ścieżce opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe oraz wzmocnienia opieki środowiskowej i priorytetowej, ze szczególnym uwzględnieniem chorób niezakaźnych wymagających dostępu do opieki w różnych specjalizacjach i na różnych poziomach opieki; zachęca państwa członkowskie do dokonania przeglądu i, w stosownych przypadkach, do rozwijania w tym celu krajowych modeli opieki; z zadowoleniem przyjmuje podejście „ukierunkowania na pacjenta” w europejskim planie walki z rakiem, a w szczególności sztandarową inicjatywę w ramach Programu UE dla zdrowia na lata 2021-2027 polegającą na opracowaniu inteligentnej karty dla osób wyleczonych z raka – w formie aplikacji mobilnej – w celu poprawy zdrowia i dobrostanu osób wyleczonych z raka w całej Europie;

⁽⁶²⁾ Komisja Europejska, „Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych”, 2022.

62. podkreśla znaczenie dostępnej i efektywnej kosztowo opieki zdrowotnej, by ograniczone zasoby były jak najlepiej wykorzystywane i trafiały do najbardziej potrzebujących pacjentów;
63. zachęca państwa członkowskie do zaangażowania organizacji pacjentów i osób zmagających się z chorobami niezakaźnymi we wszystkie działania i inicjatywy związane z opracowywaniem i wdrażaniem działań w zakresie profilaktyki i opieki;
64. podkreśla ważną rolę lokalnych aptek w ciągłym świadczeniu niezbędnych usług w celu wspierania leczenia chorób niezakaźnych i informowania ogółu społeczeństwa; podkreśla, że farmaceuci są wiarygodnym i rzetelnym źródłem informacji; sugeruje, że farmaceuci powinni odgrywać bardziej aktywną rolę w działaniach związanych z nadzorem nad bezpieczeństwem farmakoterapii w celu oceny i monitorowania skuteczności leków, oraz zachęca państwa członkowskie, by włączyły farmaceutów do swoich programów dotyczących zdrowia, opieki i badań; apeluje o większe docenianie aptek, które prowadzą działalność na obszarach wiejskich, ponieważ zatrzymują ludność w tych obszarach i dbają o dobrostan obywateli;
65. podkreśla, że wszelkie strategie lub polityki dotyczące chorób niezakaźnych muszą uwzględniać fundamentalne znaczenie pracowników służby zdrowia; podkreśla, że kwestia niedoboru pracowników służby zdrowia w UE powinna być jednym ze strategicznych priorytetów, którymi należy się zająć, wraz z polityką i wsparciem na odpowiednim poziomie; jest zaniepokojony bezprecedensowymi niedoborami pracowników służby zdrowia w UE i wzywa Komisję i państwa członkowskie do udzielenia wsparcia w terenie; zwraca się do Komisji o opracowanie badania na temat obecnego stanu i skutków niedoboru pracowników służby zdrowia w UE; podkreśla, że sprawnie działające i wydajne systemy opieki zdrowotnej nie mogą istnieć bez pracowników z wymaganym przeszkoleniem i wiedzą specjalistyczną; podkreśla znaczenie wykorzystania usług cyfrowych w celu wspierania środków na rzecz równowagi między życiem zawodowym a prywatnym pracowników służby zdrowia i opieki zdrowotnej w UE;
66. uważa, że każdy pacjent jest inny i że żadna choroba niezakaźna nie jest taka sama; wzywa do zapobiegania chorobom niezakaźnym i leczenia ich tak skutecznie, jak to możliwe, z indywidualnym, zintegrowanym i opartym na dowodach podejściem dostosowanym do pacjenta i choroby; zachęca państwa członkowskie do priorytetowego traktowania szkoleń dla pracowników służby zdrowia, aby umożliwić im wspieranie pacjentów w angażowaniu się we własne leczenie i w lepszym przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych;
67. zauważa, że choroby niezakaźne mogą mieć znaczący negatywny wpływ na zdrowie psychiczne, i podkreśla potrzebę zintegrowanej opieki zdrowotnej dla pacjentów dotkniętych tymi chorobami; podkreśla, że negatywne stereotypy związane z niektórymi chorobami niezakaźnymi mogą przynieść efekty odwrotne do zamierzonych w opiece zdrowotnej i profilaktyce; uważa, że każdy pacjent napotyka różne przeszkody w przestrzeganiu zaleceń dotyczących leczenia chorób niezakaźnych; wzywa państwa członkowskie do zapewnienia pracownikom służby zdrowia szkoleń dotyczących edukacji terapeutycznej pacjentów; zachęca państwa członkowskie do zapewnienia pracownikom służby zdrowia szkoleń w zakresie społecznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia, edukowania pacjentów w zakresie leczenia oraz współpracy międzysektorowej, a także do zintegrowania świadczenia usług i zadbania o to, by zagwarantowane im zostały zasoby niezbędne do udzielania pacjentom odpowiednich wskázówek; podkreśla znaczenie ciągłego szkolenia pracowników służby zdrowia, tak by byli na bieżąco informowani o nowych możliwościach leczenia;
68. apeluje o przyjęcie strategii UE mającej na celu przewidywanie i monitorowanie wpływu poważnych zagrożeń na zdrowie osób dotkniętych chorobami zakaźnymi, chorobami niezakaźnymi lub innymi chorobami bądź schorzeniami; proponuje zbadanie możliwości utworzenia awaryjnej rezerwy europejskich specjalistów ds. chorób niezakaźnych, składającej się z dowolnie zgłaszających się ekspertów w dziedzinie chorób niezakaźnych, przeszkolonych i gotowych do oddelegowania w celu zapewnienia opieki osobom cierpiącym na choroby niezakaźne w dowolnym państwie członkowskim lub kraju sąsiadującym w czasach kryzysu;
69. z dużym zadowoleniem przyjmuje cyfrowe rozwiązania zdrowotne, takie jak telemedycyna, które mogą umożliwić lepszy dostęp do opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich i chronić pacjentów z chorobami niezakaźnymi o obniżonej odporności przed narażeniem na choroby zakaźne; podkreśla, że cyfrowe technologie zdrowotne i telemedycyna są korzystne w zarządzaniu wieloma chorobami niezakaźnymi i monitorowaniu ich;
70. zachęca, w związku ze zbliżającym się przeglądem mandatu ECDC, do przyznania ECDC nowych zadań, w tym monitorowania wpływu poważnych zagrożeń dla zdrowia na główne choroby niezakaźne, w tym zaburzenia psychiczne, oraz oceny ciągłości badań przesiewowych, diagnostyki, monitorowania, leczenia i opieki w systemie opieki zdrowotnej, w koordynacji z istniejącymi zbiorami danych, narzędziami i rejestrami;

71. zwraca się o poprawę komunikacji między pracownikami służby zdrowia, pacjentami, osobami wyleczonymi, opiekunami, rodzicami i organami publicznymi w zakresie skuteczności i bezpieczeństwa interwencji zdrowotnych, w szczególności diagnozowania i leczenia chorób niezakaźnych, oraz o zintensyfikowanie kampanii uświadamiających w celu profilaktyki w czasach kryzysu;

72. podkreśla potrzebę uznania zasadniczej roli nieformalnych opiekunów, włączenia ich do zespołów opieki zdrowotnej oraz umożliwienia im dokonywania świadomych wyborów dotyczących dostępnych środków wsparcia przy pomocy pracowników służby zdrowia; przyznaje, że pandemia COVID-19 wyeksponowała kluczową rolę nieformalnych opiekunów, którzy zapewniają większość codziennej opieki nad pacjentami chorymi na choroby niezakaźne i zmagają się z wyraźnym brakiem wsparcia politycznego i praktycznego; zwraca uwagę na wysoki odsetek nieformalnych opiekunów w UE oraz na różnice między państwami członkowskimi pod względem sposobu ich wspierania i uznawania ich praw;

73. podkreśla, że ze względu na opóźnienia i zakłócenia w diagnostyce i leczeniu pandemia COVID-19 miała poważne konsekwencje dla zdrowia pacjentów z chorobami niezakaźnymi; podkreśla, że poważne zagrożenia dla zdrowia mogą wywierać dużą presję na możliwości systemów opieki zdrowotnej, co ma negatywny wpływ na świadczenie opieki zdrowotnej pacjentom z chorobami niezakaźnymi, w tym na ciągłość opieki zdrowotnej oraz opóźnienie lub przerwanie leczenia u pacjentów i osób z zaburzeniami psychicznymi⁽⁶³⁾; podkreśla, że państwa członkowskie powinny przewidywać i monitorować wpływ stanów zagrożenia zdrowia publicznego na świadczenie usług opieki zdrowotnej w przypadku innych chorób i schorzeń; podkreśla mniejsze szanse na przeżycie, komplikacje i dalsze pogorszenie jakości życia pacjentów wynikające z opóźnionego dostępu do opieki; wzywa Komisję i państwa członkowskie do nadania priorytetu zapobieganiu chorobom niezakaźnym i zarządzaniu nimi, gdyż wzmocniłoby to odporność systemów opieki zdrowotnej i przygotowało je na przyszłe wstrząsy;

74. przypomina, że pomimo zniesienia większości ograniczeń związanych z COVID-19, pacjenci z chorobami niezakaźnymi są nadal narażeni na większe ryzyko w przypadku zakażenia koronawirusem; podkreśla, że pacjenci ci muszą być chronieni w codziennym życiu, a zwłaszcza podczas dostępu do publicznych usług zdrowotnych w zakresie ich leczenia i opieki; podkreśla, że należy utrzymywać wysoki poziom nadzoru nad nowymi wariantami i potencjalnymi trendami COVID-19 oraz wszelkimi innymi chorobami zakaźnymi, które mogą mieć wpływ na pacjentów z chorobami niezakaźnymi;

Wzmacnianie pozycji pacjentów

75. przypomina, że upodmiotowienie pacjentów, wiedza na temat zdrowia i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych mają kluczowe znaczenie dla europejskiej strategii w zakresie chorób niezakaźnych oraz że profilaktyka, ograniczanie behawioralnych czynników ryzyka, wczesne wykrywanie, leczenie i opieka powinny być skoncentrowane na pacjencie; zachęca do wspierania dobrze poinformowanych pacjentów, którzy są aktywnie zaangażowani we własną opiekę profilaktyczną, ograniczanie behawioralnych czynników ryzyka i leczenie, a także wzywa do szkolenia terapeutycznego opiekunów i pacjentów oraz do wzmocnienia ich pozycji w programach opieki, w tym tych koncentrujących się na zmniejszaniu ryzyka; podkreśla, jak ważne jest przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, aby obniżyć wskaźniki hospitalizacji i śmiertelności, oraz zoptymalizować wpływ inwestycji medycznych; zachęca państwa członkowskie do zapewnienia pracownikom służby zdrowia szkoleń w zakresie edukacji terapeutycznej pacjentów; zachęca państwa członkowskie, by podjęły działania na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych w celu zapewnienia większych korzyści zdrowotnych z inwestycji w leczenie chorób niezakaźnych;

76. apeluje o partycypacyjne podejmowanie decyzji, wraz ze zindywidualizowanymi i zrozumiałymi informacjami opartymi na dowodach, które powinny być dostarczane pacjentom, oraz apeluje o wspieranie takich inicjatyw i działań mających na celu wzmocnienie pozycji pacjentów; zauważa, że w przypadku niektórych chorób niezakaźnych stygmatyzacja pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej pozostaje jedną z największych przeszkód we wczesnej diagnozie i zapewnieniu terminowej opieki i leczenia oraz że takiej stygmatyzacji należy przeciwdziałać i ją ograniczać; podkreśla, że procesy rozwoju leczenia i opieki muszą opierać się na ukierunkowaniu na pacjenta i partycypacyjnym podejmowaniu decyzji; zachęca do opracowania podejścia, które stworzy dobrze poinformowanych pacjentów, aktywnie zaangażowanych we własne leczenie;

⁽⁶³⁾ Światowa Organizacja Zdrowia, „Invisible number: the true extent of NCDs and what to do about them”, 2022 [Niewidoczne liczby – prawdziwe rozmiary chorób niezakaźnych i co należy z tym zrobić].

77. zwraca uwagę na potrzebę skoncentrowania się na jakości życia pacjentów z chorobami niezakaźnymi, których nie można wyleczyć, ale można je ustabilizować; podkreśla znaczenie konkretnych zaleceń UE mających na celu poprawę jakości życia pacjentów z chorobami niezakaźnymi, w tym poprzez włączenie kompleksowej, wspomagającej opieki psychologicznej do całościowej opieki zdrowotnej, począwszy od diagnozy i przez cały czas trwania choroby, a także poprzez zapewnienie dostępu do specjalistycznych ośrodków wsparcia i narzędzi zachęcających do wytrwałości w leczeniu, na przykład poprzez utworzenie kompleksowych ośrodków chorób niezakaźnych z multidyscyplinarnymi zespołami specjalistów;

78. Wspiera nowoczesne rozwiązania, w tym te cyfrowe, dedykowane pacjentom cierpiącym na choroby niezakaźne; podkreśla, iż takie rozwiązania, jak m.in. infolinie z tzw. telefonami zaufania lub aplikacje mobilne, dostępne dla osób chorych i ich rodzin, a służące uzyskaniu niezbędnych informacji dotyczących procedur oraz postępowania w przypadku wykrycia choroby, a także leczenia oraz miejsc i dat wykonywania badań, są niezmiernie przydatnym narzędziem, upraszczającym proces leczenia oraz ułatwiającym pacjentom funkcjonowanie;

79. uważa, że należy zająć się dysproporcjami regionalnymi w dostępie do opieki zdrowotnej; podkreśla potrzebę przyjrzenia się innowacyjnym metodom poprawy dostępu do opieki zdrowotnej, takim jak mobilne kliniki, zespoły przeszkolone w postępowaniu z osobami z traumą i grupy wsparcia, w celu wspierania spersonalizowanego, skoncentrowanego na pacjencie podejścia do profilaktyki i leczenia chorób niezakaźnych;

80. podkreśla, że pacjenci z chorobami niezakaźnymi nie powinni cierpieć jeszcze bardziej w innych aspektach życia codziennego z powodu choroby, ponieważ oznaczałoby to „podwójną karę”; w związku z tym wzywa do sprawiedliwego wdrażania dyrektyw dotyczących usług finansowych, takich jak dyrektywa w sprawie kredytu konsumenckiego⁽⁶⁴⁾, bez dyskryminacji pacjentów z chorobami niezakaźnymi i osób z nich wyleczonych;

81. zachęca państwa członkowskie do wzięcia pod uwagę często występującego wyczerpania rodzin i krewnych pacjentów z chorobami niezakaźnymi oraz do zapewnienia im pomocy, zwłaszcza osobom w najtrudniejszej sytuacji, przez cały okres trwania choroby, a także wsparcia w żałobie; zachęca miejsca pracy do tworzenia możliwości odpoczynku w miejscu pracy; zachęca również do rozwoju zintegrowanych, odpowiednich i dostępnych systemów wsparcia dla pacjentów z chorobami niezakaźnymi i ich rodzin, uwzględniających usługi zdrowotne, społeczne i środowiskowe;

82. podkreśla kluczową rolę nieformalnych opiekunów, którzy zapewniają większość codziennej opieki pacjentom z chorobami niezakaźnymi i którzy borykają się z brakiem wsparcia; wzywa państwa członkowskie do ustanowienia kursów szkoleniowych i programów opieki terapeutycznej dla opiekunów, przyznawania kwalifikacji i uznawania ich umiejętności;

83. uznaje zasadniczą rolę niezależnych stowarzyszeń pacjentów i opiekunów w zakresie rzecznictwa w imieniu pacjentów i pomagania im, świadczenia usług na rzecz pacjentów z chorobami niezakaźnymi i ich opiekunów, rozpowszechniania wiedzy na temat zdrowia oraz uświadamiania i stałego wspierania; wzywa Komisję i państwa członkowskie do uwzględnienia wiedzy fachowej i formalnego udziału tych stowarzyszeń, a także ich zaleceń przy formułowaniu strategii politycznych i przepisów dotyczących chorób niezakaźnych;

Wspieranie innowacji w celu przyspieszenia rozwoju skutecznych, dostępnych i przystępnych cenowo technologii i leków

84. z zadowoleniem przyjmuje wniosek Komisji w sprawie pakietu farmaceutycznego; wzywa do wzmocnienia europejskiego rynku leków w celu zapewnienia równego i przystępnego cenowo dostępu do leków i innowacyjnych metod leczenia, w tym leków spersonalizowanych, w całej UE, złagodzenia niedoborów leków, rozwiązania problemu wysokich cen innowacyjnych technologii i terapii, zachęcania do stosowania leków generycznych i podobnych biologicznie, zapewnienia wszystkim pacjentom w całej UE terminowego i sprawiedliwego dostępu do bezpiecznych, skutecznych i przystępnych cenowo leków oraz zmniejszenia barier dla przedsiębiorstw transgranicznych, przy jednoczesnym wzmocnieniu zachęt do inwestowania w badania naukowe i innowacje; podkreśla, że prawa własności intelektualnej i ochrona danych regulacyjnych są narzędziami, między innymi, do utrzymania konkurencyjności w UE poprzez zachęcanie innowatorów do opracowywania nowych produktów i podejmowania ciągłych wysiłków badawczych; przypomina, że wykorzystanie finansowania publicznego musi być dostosowane do interesu publicznego i musi obejmować takie warunki, jak przejrzystość, identyfikowalność i dostępność; zauważa, że zawężona definicja „niezaspokojonych potrzeb medycznych” może zaszkodzić rozwojowi ważnych terapii dla osób z chorobami niezakaźnymi;

⁽⁶⁴⁾ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/48/WE z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie umów o kredyt konsumencki oraz uchylająca dyrektywę Rady 87/102/EWG (Dz.U. L 133 z 22.5.2008, s. 66).

85. wzywa Komisję, by przedłożyła wniosek dotyczący przeglądu dyrektywy Rady 89/105/EWG⁽⁶⁵⁾ dotyczącej przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze w celu zapewnienia skutecznej kontroli i większej przejrzystości procedur stosowanych przy ustalaniu ceny i kwoty zwrotu kosztów leków, przy jednoczesnym poszanowaniu poufnych informacji handlowych i praw własności intelektualnej;

86. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby przyczyniły się do wdrożenia rezolucji WHO z 2019 r. w sprawie poprawy przejrzystości rynków leków, szczepionek i innych produktów zdrowotnych;

87. z zadowoleniem przyjmuje utworzenie ważnych projektów stanowiących przedmiot wspólnego europejskiego zainteresowania (IPCEI) dotyczących zdrowia z myślą o wspieraniu innowacji i poprawy jakości i dostępu do opieki dla europejskich pacjentów; uważa, że projekty IPCEI dotyczące zdrowia powinny ułatwić opracowanie innowacyjnych i bardziej ekologicznych technologii, terapii genowej i komórkowej uwzględniającej oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz innowacji w strategicznych metodach leczenia;

88. wzywa państwa członkowskie do zidentyfikowania i usunięcia barier politycznych utrudniających optymalną opiekę w zakresie chorób niezakaźnych, co pozwoli poprawić przestrzeganie wytycznych klinicznych i zmniejszyć ryzyko powikłań;

89. zauważa, że pacjenci z chorobami niezakaźnymi muszą mierzyć się z niedoborem leków oraz że poważne zakłócenia w zapewnianiu im leczenia są bardzo szkodliwe dla pacjentów, ich opiekunów i rodzin; podkreśla potrzebę współpracy w celu zapobiegania niedoborom i zarządzania niedoborami wszystkich leków i produktów leczniczych, a w szczególności leków na choroby niezakaźne, w tym ze zwróceniem uwagi na niedobory niedrogich podstawowych leków na choroby niezakaźne;

90. wzywa Komisję do oceny potrzeby przyjęcia aktu o produktach leczniczych o krytycznym znaczeniu w celu wsparcia europejskiej ekologicznej i cyfrowej produkcji produktów leczniczych o krytycznym znaczeniu, farmaceutycznych substancji czynnych i składników pośrednich, aby zdywersyfikować łańcuchy dostaw farmaceutycznych w UE i zapewnić strategiczną autonomię produktów leczniczych o krytycznym znaczeniu, wraz z przeglądem unijnego prawodawstwa farmaceutycznego;

91. wzywa do wzmocnienia i zróżnicowania łańcucha dostaw leków oraz do ścisłego monitorowania presji i niedoborów dostaw; podkreśla znaczenie zrównoważonych praktyk zamówień publicznych w zapobieganiu niedoborom leków;

92. zachęca do dalszych inwestycji w badania i rozwój ukierunkowane na realizację celów leżących w interesie publicznym poprzez zwiększenie zasobów w unijnym programie ramowym w zakresie badań naukowych i innowacji w celu udostępnienia produktów medycznych; przypomina swoje stanowisko przyjęte w poprzednich rezolucjach⁽⁶⁶⁾, że wspólne procedury udzielania zamówień mogłyby służyć jako narzędzie przeciwdziałania niedoborom oraz poprawy przystępności cenowej leczenia i dostępu do niego na szczeblu UE; przypomina, że umowy dotyczące wspólnego udzielania zamówień powinny być realizowane w przejrzysty, terminowy i skuteczny sposób; podkreśla w związku z tym, że należy określić jasne i przejrzyste etapy procesu, zakresu, przetargu, specyfikacji, terminów i formalności;

93. z zadowoleniem przyjmuje partnerstwa publiczno-prywatne w celu wzmocnienia innowacji w opiece zdrowotnej; zwraca uwagę na europejską współpracę na rzecz innowacji w dziedzinie zdrowia, za pomocą której promuje się przedsiębiorczość i innowacje w sektorze opieki zdrowotnej oraz łączy środowiska akademickie, badawcze i przemysłowe w celu wspierania współpracy i inwestycji w technologie medyczne; zachęca Komisję oraz państwa członkowskie do wspierania i przyspieszania partnerstw publiczno-prywatnych; podkreśla potencjał prywatnego sektora opieki zdrowotnej, zwłaszcza w odniesieniu do jego uzupełniającej roli w zakresie kontroli chorób i opieki zdrowotnej;

⁽⁶⁵⁾ 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).

⁽⁶⁶⁾ Rezolucje Parlamentu Europejskiego: z 12 lipca 2023 r. w sprawie pandemii COVID-19: wyciągnięte wnioski i zalecenia na przyszłość, P9_TA(2023)0282; z 16 lutego 2022 r. w sprawie wzmocnienia Europy w walce z chorobami nowotworowymi – w kierunku kompleksowej i skoordynowanej strategii (Dz.U. C 342 z 6.9.2022, s. 109); z 24 listopada 2021 r. w sprawie strategii farmaceutycznej dla Europy, Dz.U. C 224 z 8.6.2022, s. 47; z 17 września 2020 r. w sprawie braku leków – jak poradzić sobie z narastającym problemem (Dz.U. C 385 z 22.9.2021, s. 83).

94. podkreśla znaczenie innowacji dla poprawy wykrywania, diagnozowania i leczenia chorób niezakaźnych oraz zarządzania nimi, a także podkreśla, że rozwój wysokiej jakości technologii medycznych poprawił wyniki kliniczne i proceduralne oraz jakość życia osób żyjących z chorobami niezakaźnymi;

95. wzywa Komisję i państwa członkowskie do utworzenia europejskiego centrum infrastruktury badawczo-rozwojowej w dziedzinie leków, które działałoby w oparciu o priorytety określone przez społeczności naukowe i organy ds. zdrowia publicznego w celu badania, opracowywania i wytwarzania produktów leczniczych o strategicznym znaczeniu dla opieki zdrowotnej, aby wspierać UE w przewyżczeniu niedoskonałości rynku, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy leczenia i opieki w zakresie chorób niezakaźnych;

96. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby zbadały możliwość stworzenia jednego europejskiego zakładu farmaceutycznego nienastawionego na zysk lub ich większej liczby, które działałyby w interesie ogólnym w celu produkowania produktów leczniczych o znaczeniu strategicznym dla opieki zdrowotnej w przypadku braku produkcji przemysłowej, w celu uzupełnienia i zagwarantowania bezpieczeństwa dostaw i uniknięcia możliwych niedoborów leków w sytuacjach nadzwyczajnych;

97. podkreśla potrzebę zapewnienia dostępu do istniejących wyrobów medycznych oraz zwiększenia wsparcia dla niezaspokojonych potrzeb medycznych i inwestycji w nie, a także jak najszybszego opracowania i dostępu do innowacyjnych wyrobów medycznych, produktów leczniczych, usług zdrowotnych oraz rozwiązań diagnostycznych i terapeutycznych; podkreśla potrzebę wspierania cyfryzacji krajowych usług opieki zdrowotnej, co przyczyni się do lepszej jakości, wydajności i dostępności dla pacjentów, którzy ich potrzebują; uważa, że technologie i cyfryzacja mogą przyczynić się do nowych i lepszych metod leczenia chorób niezakaźnych i zarządzania nimi, a także poprawy jakości życia osób żyjących z chorobami niezakaźnymi; zauważa jednak, że na mocy obecnego rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych⁽⁶⁷⁾ i rozporządzenia w sprawie wyrobów do diagnostyki in vitro⁽⁶⁸⁾ wyroby medyczne są wprowadzane na rynek powoli, i z zadowoleniem przyjmuje odroczenie stosowania niektórych przepisów; wzywa Komisję do oceny szczególnych potrzeb sektorów wyrobów medycznych dla dzieci i sierocych wyrobów medycznych oraz do zaproponowania wszelkich zmian legislacyjnych niezbędnych do zapewnienia ciągłości dostaw dla tych grup pacjentów;

98. wzywa państwa członkowskie do ciągłego inwestowania w innowacje mające na celu zwalczanie chorób niezakaźnych; apeluje o włączenie sprawiedliwego podejścia do strategii cyfrowej opieki zdrowotnej; zauważa w związku z tym, że należy zapewnić jakość i bezpieczeństwo technologii oraz zająć się kwestią nierówności w dostępie;

99. zauważa istotny potencjał wykorzystania sztucznej inteligencji, analizy algorytmicznej dużych zbiorów danych i innych nowoczesnych technologii w diagnostyce i podejmowaniu decyzji dotyczących chorób niezakaźnych w najbliższych latach; podkreśla, że połączenie rzeczywistych danych, modelowania matematycznego, sztucznej inteligencji i narzędzi cyfrowych znacznie przyczyni się do opracowania innowacyjnych metod leczenia w bardziej opłacalny sposób; wzywa wszystkich partnerów wdrażających do nieustannego pamiętania o zasadach ochrony danych i ich bezpieczeństwie, zaufaniu, przejrzystości, ukierunkowaniu na pacjenta i jego zaangażowaniu na każdym etapie leczenia;

Uświadamianie, badania i dzielenie się wiedzą

100. uważa, że dzielenie się wiedzą specjalistyczną, danymi, programami szkoleniowymi, narzędziami komunikacji oraz najlepszymi praktykami opartymi na dowodach między państwami członkowskimi jest potrzebne do przyspieszenia skutecznych środków profilaktycznych oraz innowacyjnych praktyk, a także do poprawy zarządzania chorobami niezakaźnymi, jakości opieki i wyników zdrowotnych, w tym rozwiązań cyfrowych;

101. podkreśla, że dobrej jakości dane i dowody są kluczowe w procesie wspierania prac nad opartymi na dowodach i ukierunkowanymi politykami na rzecz poprawy zdrowia; zauważa, że powiązanie danych dotyczących zdrowia z danymi społecznymi, gospodarczymi i środowiskowymi oraz wzmocnienie elementów, w tym elementów równości⁽⁶⁹⁾ istniejących systemów monitorowania zdrowia, przyczyni się do rozwoju opartej na dowodach i ukierunkowanej polityki;

⁽⁶⁷⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych (Dz.U. L 117 z 5.5.2017, s. 1).

⁽⁶⁸⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro (Dz.U. L 117 z 5.5.2017, s. 176).

⁽⁶⁹⁾ Komisja Europejska, „Zdrowsi razem – unijna inicjatywa dotycząca chorób niezakaźnych”.

102. postrzega przyszlą europejsk¹ przestrzeñ danych dotycz¹cych zdrowia jako narzêdzie, które mo¿e przyczyniæ siê do wzmocnienia danych le¿¹cych u podstaw polityki zdrowia publicznego opartej na dowodach naukowych oraz równoœci w dziedzinie zdrowia; uznaje, ¿e wysi³ki w zakresie gromadzenia danych musz¹ byæ ukierunkowane na wszystkie choroby niezaka¿ne poprzez szeroki zakres wspólnych wskaźników, takich jak czêstoœæ wystêpowania, zachorowalnoœæ, umiêralnoœæ, obci¹¿enie zdrowotne i ekonomika zdrowia; uwa¿a, ¿e konieczne jest dalsze gromadzenie danych ekonomicznych na szczeblu krajowym w celu lepszego zrozumienia powi¹zanych kosztów i obci¹¿eñ w pañstwach cz³onkowskich;

103. Zachêca pañstwa cz³onkowskie do wdro¿enia lub udoskonalenia technologii e-zdrowia oraz us³ug telemedycyny i teleopieki w celu zapewnienia ci¹g³oœci stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki i opieki œrodowiskowej; podkreœla, ¿e finansowanie badañ z programu „Horyzont Europa” mog³oby wesprzeæ wykorzystanie telemedycyny oraz pomóc w opracowaniu wytycznych opartych na dowodach; apeluje o dzia³ania s³u¿¹ce zapewnieniu dostêpu do us³ug telemedycznych oraz zauwa¿a, ¿e wsparcie finansowe z programu „Cyfrowa Europa” mog³oby zwiêkszyæ umiejêtnoœci cyfrowe pacjentów i pracowników s³u¿by zdrowia;

104. wzywa Komisjê do powo³ania unijnych partnerstw na rzecz walki z chorobami niezaka¿nymi, w stosownych przypadkach; uwa¿a, ¿e takie partnerstwa mog¹ zrzekaæ pañstwa cz³onkowskie i organy krajowe w celu opracowywania planów dzia³ania i innowacyjnych wniosków, aby zapewniæ skuteczne i ukierunkowane dzia³ania na rzecz walki z chorobami niezaka¿nymi;

105. wzywa Komisjê do wspierania europejskiego oœrodka wiedzy o zdrowiu w celu zwiêkszenia badañ nad chorobami niezaka¿nymi, w tym wzajemnych powi¹zañ miêdzy chorobami zaka¿nymi a chorobami niezaka¿nymi, i poprawy gromadzenia porównywalnych, solidnych danych o takich chorobach na szczeblu UE, w celu okreœlenia efektywnoœci kosztowej strategii profilaktycznych w celu stymulowania inwestycji w tym obszarze, zapewniaj¹c synergiê i optymalne wykorzystanie przyszl¹ europejskiej przestrzeni danych dotycz¹cych zdrowia; zachêca pañstwa cz³onkowskie, by wymienia³y na odpowiednich forach najlepsze praktyki w zakresie zapobiegania chorobom niezaka¿nym, zarz¹dzania nimi i opieki nad pacjentami; podkreœla potrzebê dalszych badañ nad wspólnistniej¹cymi chorobami niezaka¿nymi i zarz¹dzaniem nimi; wzywa pañstwa cz³onkowskie do wprowadzenia rejestrów danych dotycz¹cych chorób niezaka¿nych i zwraca uwagê na potrzebê gromadzenia otwartych danych dotycz¹cych chorób niezaka¿nych;

106. z zadowoleniem przyjmuje powstanie grupy ekspertów Komisji ds. zdrowia publicznego oraz podgrupy ds. chorób niezaka¿nych; wzywa Komisjê do rozszerzenia tej grupy o pacjentów z fachow¹ wiedz¹; wzywa Komisjê do utworzenia europejskiej sieci eksperckiej ds. zapobiegania wspólnistniej¹cym chorobom niezaka¿nym i powik³aniami chorób niezaka¿nych oraz ich kontroli, obejmuj¹cej pacjentów z fachow¹ wiedz¹ i opartej na modelu europejskich sieci referencyjnych;

107. uznaje, ¿e UE odgrywa rolê we wspieraniu zdrowia na œwiecie, w tym w odniesieniu do miêdzynarodowego wzrostu liczby zachorowañ na choroby niezaka¿ne; apeluje w zwi¹zku z tym, by strategia UE w dziedzinie zdrowia na œwiecie obejmowa³a takie cele, jak wspieranie globalnej strategii WHO dotycz¹cej wyeliminowania raka szyjki macicy, zgodnie z celem UE polegaj¹cym na wyeliminowaniu nowotworów wywo³anych wirusem HPV;



108. zobowi¹zuje swojego przewodnicz¹cego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.