

Zwalczanie nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom w UE: profilaktyka nowotworów i ich wczesne wykrywanie

Streszczenie

Pełne sprawozdanie jest dostępne w języku angielskim:

OECD (2024), *Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

Jedynie wersje w języku angielskim lub francuskim są oficjalne. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności między tekstem oryginalnym a tłumaczeniem, za wiążący uznaje się jedynie tekst oryginalny.

Nowotwory stanowią poważny problem dla zdrowia publicznego w Europie. Szacuje się, że w 2022 r. stwierdzono 2,78 mln nowych przypadków zachorowań na nowotwór w 27 państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE-27), w tym na Islandii i w Norwegii (państwa UE+2), co równa się około pięciu nowym diagnozom na minutę. Przewiduje się, że do 2035 r. nowotwory staną się główną przyczyną zgonów w Europie.

Sprawozdanie opiera się na profilach dotyczących nowotworów opracowanych dla państw UE w 2023 r. (www.oecd.org/health/eu-cancer-profiles.htm) oraz na europejskim rejestrze nierówności w przeciwdziałaniu nowotworom (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>). Przeanalizowano w nim polityki i działania na rzecz walki z rakiem, ze szczególnym uwzględnieniem możliwych do uniknięcia czynników ryzyka oraz poprawy zasięgu badań przesiewowych i wczesnej diagnostyki w celu przeciwdziałania tendencjom i nierównościom w zakresie nowotworów. Przykłady omówione w sprawozdaniu pokazują, że aby profilaktyka naprawdę była traktowana priorytetowo, potrzebne są silna wola polityczna i ukierunkowane działania.

Wskaźniki umieralności na nowotwory różnią się 1,6-krotnie w skali międzynarodowej, a między regionami w obrębie danego kraju różnice te wynoszą nawet 37 %.

Chociaż szacowana zachorowalność na raka wzrosła w latach 2010–2022 w 14 z 24 państw, w których dostępne są na ten temat dane, to umieralność spadła w tym okresie o 10 % w UE-27, przy czym spadek odnotowano w większości miejsc występowania nowotworów. Umieralność na nowotwory pozostaje na wysokim poziomie (rak odpowiada za 22,5 % zgonów). Różni się między państwami UE+2 1,6-krotnie. W przypadku wielu nowotworów w państwach Europy Środkowo-Wschodniej (Chorwacja, Węgry, Łotwa, Republika Słowacka i Słowenia) odnotowuje się wyższe standaryzowane wiekiem współczynniki umieralności, natomiast w państwach Europy Zachodniej i krajach nordyckich (Finlandia, Luksemburg, Hiszpania i Szwecja) są one najniższe.

Nie u każdego ryzyko śmierci na raka jest takie samo, nawet w tym samym kraju. Wskaźniki umieralności na raka różnią się nawet o 37 % w poszczególnych regionach Rumunii i o co najmniej 30 % w regionach Francji, Niemiec, Polski i Hiszpanii. Wskaźnik umieralności dla mężczyzn jest o prawie 70 % wyższy niż dla kobiet. Ponadto w przypadku gorzej wykształconych mężczyzn prawdopodobieństwo śmierci na raka płuc jest 2,6 razy większe niż u tych posiadających lepsze wykształcenie. Natomiast w przypadku kobiet jest ono 1,7 razy większe.

Niezdrowy styl życia, ryzyko związane z metabolizmem oraz niekorzystne środowisko są odpowiedzialne za ponad 40 % obciążenia związanego z rakiem: potrzebny jest kompleksowy zestaw polityk prewencyjnych.

Głównym czynnikiem ryzyka zgonów spowodowanych nowotworami w krajach UE+2 jest zdecydowanie tytoń (ponad jedna czwarta zgonów związanych z rakiem jest przypisywana paleniu tytoniu). Kolejne to spożycie alkoholu, niezdrowa dieta, ryzyko zawodowe, nadwaga i otyłość, wysoki poziom cukru we krwi, zanieczyszczenie powietrza, brak aktywności fizycznej i zakażenie trzema rodzajami wirusów – wirusem brodawczaka ludzkiego, wirusem zapalenia wątroby typu B i wirusem zapalenia wątroby typu C. Główne czynniki ryzyka zachorowania na raka występują nadal o wiele częściej wśród osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, czyli np. u osób mniej zarabiających lub gorzej wykształconych. Istnieją również duże różnice pod względem czynników ryzyka zachorowania na raka ze względu na płeć, ze szkodą dla mężczyzn – zwłaszcza w przypadku palenia papierosów, spożywania alkoholu, złej diety oraz nadwagi i otyłości. Mężczyźni w UE-27 o 51 % częściej niż kobiety sięgają po papierosy codziennie i ponad dwa razy częściej niż one deklarują spożywanie alkoholu w bardzo dużych ilościach.

Wszystkie państwa mają możliwość priorytetowego potraktowania polityki prewencyjnej i wyciągnięcia wniosków z najlepszych praktyk innych krajów. Jednak nawet pomimo zwiększonych inwestycji w zakresie prewencji w wyniku pandemii COVID-19 na działania profilaktyczne w UE-27 przeznaczono w 2021 r. średnio tylko 5,1 % wszystkich wydatków w dziedzinie zdrowia. Przeciwdziałanie alarmującym tendencjom w zakresie zachorowalności na raka i wspomnianym nierównościami wymaga zdecydowanej prewencji ukierunkowanej na czynniki ryzyka. Sama polityka jednak nie wystarczy. Konieczny jest **kompleksowy pakiet strategii prewencyjnych**, aby przeciwdziałać różnym czynnikom ryzyka zachorowania na raka. Działania należy ukierunkować na najbardziej zagrożone grupy osób. Powinny one obejmować **politykę fiskalną i regulacyjną**; **dostępność informacji na temat zdrowia**; **promowanie zdrowia i wspieranie społeczności**, które angażują ludzi wokół **podstawowej opieki zdrowotnej, szkół i miejsc pracy**; a także poszerzanie **kompetencji zdrowotnych** we wszystkich grupach ludności.

Same badania przesiewowe nie wystarczają do wczesnego wykrywania. Konieczne są również: większa świadomość, działania informacyjne i większa rola podstawowej opieki zdrowotnej.

Badania przesiewowe w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego skutecznie przyczyniają się do wczesnego wykrywania i poprawy przeżywalności. W sprawozdaniu wykazano, że państwa o wyższym wskaźniku uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi osiągają lepsze wyniki – niższy jest tam np. stosunek wskaźnika umieralności na raka piersi do wskaźnika zachorowalności. Pomimo programów masowych badań przesiewowych w kierunku raka piersi, raka jelita grubego i raka szyjki macicy w większości państw UE w 2023 r. wskaźniki uczestnictwa znacznie się różnią i w wielu krajach są dość niskie. W 11 państwach UE+2 w ciągu ostatnich dwóch lat mniej niż połowa kobiet w wieku 50-69 lat wykonała mammografię. Istnieją również różnice we wskaźnikach badań przesiewowych w kierunku raka ze szkodą dla grup o niższym poziomie wykształcenia lub dochodów.

Na przykład prawdopodobieństwo wykonania mammografii jest o 15 % niższe w przypadku gorzej wykształconych kobiet.

Wiele dostępnych narzędzi polityki może posłużyć państwom UE+2 do poprawy wczesnego wykrywania przez zwiększenie udziału w badaniach przesiewowych w kierunku raka i wcześniejszą diagnostykę nowotworów. Należy zacząć od **zwiększenia świadomości na temat raka, jego objawów oraz korzyści z badań przesiewowych**. Powinny one również objąć opracowanie **modeli docierania do podatnych na zagrożenia grup społecznych w ich społecznościach lokalnych**, przez wykorzystanie mobilnych jednostek przesiewowych lub samodzielne pobieranie próbek do badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i szyjki macicy. **Lekarze pierwszego kontaktu** mogą wspierać wczesną diagnostykę poprzez rozpoznawanie objawów raka i zalecanie pacjentom badań przesiewowych, a z kolei **skracanie kolejek** skróciłoby czas od podejrzenia do diagnozy.

Różnice w refundacji produktów leczniczych na raka są trzykrotne wśród państw UE, a personel onkologiczny pracuje ponad siły.

Wysokie ceny leków onkologicznych pochłaniają coraz większą część budżetów na opiekę zdrowotną, w związku z czym państwa analizują nowe sposoby zapewnienia dostępu do leczenia nowotworów. Analiza OECD wskazuje na duże różnice odsetka zaleconych badań/produktów związanych z rakiem piersi i płuc, które są refundowane przez państwo w 2023 r. Niemcy zgłosiły, że pokrywają koszty wszystkich zaleconych badań/produktów, natomiast Malta, Cypr i Łotwa mniej niż jednej trzeciej.

Kluczowym problemem jest również zapewnienie pacjentom chorym na raka opieki skoncentrowanej na ludziach, biorąc pod uwagę zarówno rosnącą liczbę diagnoz nowotworów, jak i niedobory pracowników służby zdrowia zgłoszone przez państwa – w tym niedobór lekarzy ogólnych, onkologów, pielęgniarek, radiologów i psychologów. By rozwiązać problemy związane z siłą roboczą państwa stosują szereg rozwiązań, np.: zwiększenie zdolności szkoleniowych, realokacja zadań wśród pracowników służby zdrowia, wprowadzenie zachęt finansowych i rekrutacja pracowników wyszkolonych za granicą.

Ogólnie rzecz biorąc, sprawozdanie pokazuje, że wiele pozostaje do zrobienia, aby rozwiązać problem rosnącego obciążenia związanego z rakiem i nierównościami. Inwestowanie w kompleksowe strategie prewencji oraz zapewnienie szeroko dostępnych badań przesiewowych i wczesnej diagnostyki sprawi, że w nadchodzących latach tendencje w zakresie nowotworów w Europie znacznie się poprawią. Aby poprawić zdrowie i dobrostan wszystkich Europejczyków należy rozszerzyć inkluzywne podejścia do profilaktyki nowotworów i polityk zwalczania raka, ze szczególnym uwzględnieniem grup szczególnie wrażliwych. Wymaga to inwestycji w kompleksowe, wysokiej jakości rejestry nowotworów – powiązane z danymi z programów badań przesiewowych oraz na temat statusu społeczno-ekonomicznego poszczególnych osób – aby zapewnić bieżące informacje na temat działań na rzecz zwalczania nowotworów w całej populacji.

ISBN 978-92-68-12456-7

DOI 10.2875/033263

Catalogue number EW-02-24-041-PL-N

