



TEKSTY PRZYJĘTE

P9_TA(2022)0409

Zapobieganie cukrzycy oraz leczenie i lepsza opieka nad osobami z cukrzycą w UE w związku ze Światowym Dniem Cukrzycy

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie zapobiegania cukrzycy oraz leczenia i lepszej opieki dla osób z cukrzycą w związku ze Światowym Dniem Cukrzycy (2022/2901(RSP))

Parlament Europejski,

- uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, w szczególności jego art. 168,
- uwzględniając Agendę na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030, w szczególności cel zrównoważonego rozwoju nr 3, zadanie 4 – zmniejszenie o jedną trzecią przedwczesnej umieralności spowodowanej chorobami niezakaźnymi, poprzez profilaktykę i leczenie oraz promowanie zdrowia i dobrostanu psychicznego, a także związane z tym celem zadanie 8 – zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej, w tym zabezpieczenia przed ryzykiem finansowym, dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej wysokiej jakości oraz bezpiecznych, skutecznych, wysokiej jakości, przystępnych cenowo leków i szczepionek¹,
- uwzględniając globalne ramy monitorowania zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich kontroli, w szczególności priorytetowe znaczenie powstrzymania wzrostu liczby przypadków cukrzycy i otyłości²,
- uwzględniając sprawozdanie z europejskiej konferencji wysokiego szczebla Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na temat chorób niezakaźnych, która odbyła się 9–10 kwietnia 2019 r. w Aszchabadzie w Turkmenistanie, zatytułowane „Time to Deliver in Europe: meeting non-communicable disease targets to achieve the Sustainable Development Goals” [„Czas na realizację w Europie: wykonanie zadań dotyczących chorób niezakaźnych z myślą o osiągnięciu celów zrównoważonego rozwoju”]³,
- uwzględniając inicjatywę WHO o nazwie Global Diabetes Compact⁴
- uwzględniając swoją rezolucję z 14 marca 2012 r. w sprawie przeciwdziałania epidemii

¹ <https://sdgs.un.org/goals>

² [Globalne ramy monitorowania chorób niezakaźnych \(Światowa Organizacja Zdrowia\)](#)

³ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347381>

⁴ <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>

cukrzycy w UE¹,

- uwzględniając komunikat Komisji z 11 grudnia 2019 r. w sprawie Europejskiego Zielonego Ładu (COM(2019)0640) oraz swoją rezolucję w tej sprawie z 15 stycznia 2020 r.²,
- uwzględniając komunikat Komisji z 20 maja 2020 r. w sprawie strategii „Od pola do stołu” na rzecz sprawiedliwego, zdrowego i przyjaznego dla środowiska systemu żywnościowego (COM(2020)0381) oraz swoją rezolucję w tej sprawie z 20 października 2021 r.³,
- uwzględniając komunikat Komisji z 25 listopada 2020 r. w sprawie strategii farmaceutycznej dla Europy (COM(2020)0761) oraz swoją rezolucję w tej sprawie z 24 listopada 2021 r.⁴,
- uwzględniając komunikat Komisji z 3 lutego 2021 r. w sprawie europejskiego planu walki z rakiem (COM(2021)0044) oraz swoją rezolucję z 16 lutego 2022 r. w sprawie wzmocnienia Europy w walce z chorobami nowotworowymi – w kierunku kompleksowej i skoordynowanej strategii⁵,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021–2027⁶,
- uwzględniając wniosek Komisji dotyczący rozporządzenia w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (COM(2022)0197),
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie oceny technologii medycznych⁷,
- uwzględniając inicjatywę UE dotyczącą chorób niezakaźnych („Zdrowsi razem”) przedstawioną przez Komisję 20 czerwca 2022 r.⁸,
- uwzględniając rezolucję Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 28 maja 2019 r. w sprawie większej przejrzystości rynków leków, szczepionek i innych środków leczniczych,
- uwzględniając plan działania dotyczący Europejskiego filaru praw socjalnych⁹,
- uwzględniając art. 132 ust. 2 Regulaminu,

¹ Dz.U. C 251 E z 31.8.2013, s. 47.

² Dz.U. C 270 z 7.7.2021, s. 2.

³ Dz.U. C 184 z 5.5.2022, s. 2.

⁴ Dz.U. C 224 z 8.6.2022, s. 47.

⁵ Dz.U. C 342 z 6.9.2022, s. 109.

⁶ Dz.U. L 107 z 26.3.2021, s. 1.

⁷ Dz.U. L 458 z 22.12.2021, s. 1.

⁸ https://health.ec.europa.eu/publications/eu-non-communicable-diseases-ncds-initiative-guidance-document_en

⁹ <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/pl/index.html>

- A. 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 liczba takich osób w UE sięgnie 38 mln w 2030 r.¹ ;
- B. mając na uwadze, że około połowa osób chorych na cukrzycę nie osiąga lub nie utrzymuje optymalnego stężenia glukozy we krwi² , co prowadzi do zwiększonego ryzyka powikłań związanych z cukrzycą, skutkujących pogorszeniem dobrostanu i innymi konsekwencjami, w tym utratą wydajności i kosztami dla społeczeństwa; mając na uwadze, że w skali świata Europa jest regionem o największej liczbie dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1³ ;
- C. mając na uwadze, że ponad 95 % osób z cukrzycą choruje na cukrzycę typu 2, której czynniki ryzyka to między innymi masa ciała powyżej normy, używanie tytoniu, brak aktywności fizycznej i niezdrowa dieta; mając na uwadze, że cukrzyca typu 2 coraz częściej występuje wśród dzieci i młodych dorosłych⁴;
- D. mając na uwadze, że wykazano, iż cukrzyca typu 1 i 2 ma negatywny wpływ na średnie trwanie życia⁵; mając na uwadze, że według szacunków cukrzyca jest czwartą główną przyczyną zgonów w Europie⁶;
- E. mając na uwadze, że cukrzyca jest obecnie chorobą nieuleczalną;
- F. mając na uwadze, że na cukrzycę mogą zapasć osoby w każdym wieku i z każdego środowiska;
- G. mając na uwadze, że cukrzyca w różnym stopniu dotyka poszczególne grupy społeczno-ekonomiczne, a jej skutki dla życia ludzi zależą od czynników społeczno-ekonomicznych;
- H. mając na uwadze, że wszyscy pacjenci mają prawo do optymalnego leczenia, niezależnie od środków finansowych, płci, wieku czy narodowości, oraz że istnieje pilna potrzeba zapewnienia równego dostępu do bezpiecznych, skutecznych i przystępnych cenowo terapii w UE;
- I. mając na uwadze, że obywatele UE wciąż nie mają równego dostępu do profilaktyki, ochrony przed czynnikami ryzyka, edukacji dotyczącej zdrowych nawyków oraz zasobów umożliwiających ochronę przed informacjami wprowadzającymi w błąd; mając na uwadze, że obywatele UE mają nierówny dostęp do terminowych, przystępnych cenowo i odznaczających się wysoką jakością terapii i opieki w poszczególnych państwach członkowskich i ich regionach;
- J. mając na uwadze, że cukrzyca jest przyczyną wielu powikłań zdrowotnych – u jednej trzeciej chorych dochodzi do retinopatii cukrzycowej⁷, a jedna trzecia zapada na

1 https://research-and-innovation.ec.europa.eu/research-area/health/diabetes_en

2 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1479164116679775>

3 <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>

4 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7673790/>

6 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf

7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26605370/>

choroby układu krążenia¹; mając na uwadze, że cztery piąte osób ze schyłkową niewydolnością nerek to chorzy z cukrzycą typu 2 lub nadciśnieniem²; mając na uwadze, że cukrzyca jest przyczyną wcześniejszej śmierci i niepełnosprawności (ślepoty, amputacji i niewydolności serca);

- K. mając na uwadze, że niektórym rodzajom cukrzycy typu 2, cukrzycy ciężowej oraz powikłaniom i innym konsekwencjom cukrzycy można zapobiegać dzięki strategiom ukierunkowanym na modyfikowalne czynniki ryzyka tego schorzenia, takim jak promowanie aktywnego życia bez tytoniu oraz dostępu do zdrowej żywności, a także strategiom dotyczącym środowiskowych, kulturowych i społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia oraz upowszechnianiu wczesnej diagnostyki i wczesnych działań; mając jednak na uwadze, że cukrzycę często diagnozuje się zbyt późno, a nawet jedna trzecia wszystkich chorych na cukrzycę w UE nie jest tego świadoma³;
- L. mając na uwadze, że podawanie wartości odżywczej z przodu opakowania pomaga obywatelom dokonywać zdrowszych wyborów żywieniowych, przez co zapobiega niezdrowemu spożyciu żywności o wysokiej zawartości soli, tłuszczu i cukru oraz otyłości, która jest jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2;
- M. mając na uwadze, że osoby z cukrzycą należą do najbardziej cierpiących z powodu pandemii COVID-19, nie tylko z powodu zagrożenia ciężkim przebiegiem choroby, lecz także ze względu na ryzyko powikłań w późniejszym okresie życia wynikających z zakłócenia opieki podczas pandemii⁴;
- N. mając na uwadze, że cukrzyca jest złożoną i wieloczynnikową chorobą, co wynika z jej powiązania z innymi schorzeniami i ze wszystkimi poziomami opieki; mając na uwadze, że profilaktyka i leczenie tej choroby oraz zarządzanie nią może być miernikiem jakości, skuteczności, wydajności i odporności systemu opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że skuteczne leczenie cukrzycy i opieka nad chorymi prowadzi również do lepszych wyników w przypadku innych chorób niezakaźnych oraz innych schorzeń;
- O. mając na uwadze, że 100 lat po przełomowym odkryciu insuliny nadal istnieje zjawisko nierówności na całym świecie oraz między państwami członkowskimi i w ich obrębie w dostępie do opieki, edukacji, autonomii, leków, urządzeń do monitorowania poziomu cukru we krwi, zaopatrzenia i technologii oraz wyników zdrowotnych⁵; mając na uwadze, że nadal potrzebne są badania, aby jasno określić indywidualne czynniki ryzyka cukrzycy typu 1, pomóc ustalić, jak najlepiej umożliwić wcześniejsze rozpoznawanie cukrzycy typu 1 oraz zidentyfikować pacjentów, którzy w przyszłości mogą zostać poddani leczeniu immunologicznemu; mając na uwadze, że konieczne są również dalsze badania, w tym badania behawioralne, w celu poprawy i dalszego określenia interwencji najskuteczniejszych w zapobieganiu i leczeniu cukrzycy typu 2;
- P. mając na uwadze, że we wszystkich państwach członkowskich cukrzyca odpowiada za

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5994068/>

² <https://idf.org/our-activities/care-prevention/diabetes-and-the-kidney.html>

³ <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>

⁴ <https://idf.org/our-network/regions-members/europe/covid-19.html>

⁵ <https://www.mepinterestgroupdiabetes.eu/wp-content/uploads/2021/03/MMD-BLUEPRINT-FOR-ACTION-ON-DIABETES.pdf>

około 9 % wydatków na opiekę zdrowotną¹, a nawet 75 % tych kosztów może być związanych z powikłaniami, którym można zapobiec²; mając na uwadze, że profilaktyka skuteczniej niż jakiegokolwiek leczenie zmniejsza zachorowalność, częstość występowania i powikłania niektórych typów cukrzycy, a także stanowi najbardziej opłacalną długoterminową strategię zwalczania cukrzycy;

- Q. mając na uwadze, że osoby z cukrzycą muszą same kontrolować swoją chorobę, korzystając ze sporadycznej pomocy lub wsparcia ze strony opiekujących się nimi pracowników ochrony zdrowia, które uzyskują kilka razy do roku; mając na uwadze, że cukrzyca nie tylko powoduje obciążenie finansowe pacjentów i ich rodzin, lecz także wiąże się z ogromnymi problemami psychospołecznymi i obniża jakość życia; mając na uwadze, że innowacje w dziedzinie samodzielnych pomiarów poziomu cukru we krwi ułatwiają i poprawiają kontrolę stężenia glukozy we krwi; mając na uwadze, że wspieranie szybkiej dostępności takich innowacji dla pacjentów z cukrzycą jest korzystne, ponieważ zwiększają one skuteczność leczenia cukrzycy, a tym samym zapobiegają powikłaniom zdrowotnym i związanym z nimi kosztom zdrowotnym;
- R. mając na uwadze, że brak jest unijnych ram prawnych służących przeciwdziałaniu dyskryminacji osób z cukrzycą lub innymi chorobami przewlekłymi, zaś w całej UE wciąż rozpowszechnione są uprzedzenia wobec osób z cukrzycą – w szkołach, przy zatrudnieniu, w miejscu pracy, w warunkach polis ubezpieczeniowych i przy egzaminach na prawo jazdy; mając na uwadze, że dzięki rozwojowi wiedzy na temat cukrzycy, a także leczenia i technologii, jaki nastąpił w ostatnich latach, osoby z cukrzycą mogą znacznie precyzyjniej i stale kontrolować poziom cukru we krwi, a tym samym lepiej radzić sobie z czynnościami życia codziennego wcześniej postrzeganymi jako ryzykowne;
- S. mając na uwadze, że wykazano, iż w nadzwyczajnych sytuacjach humanitarnych osoby z cukrzycą i innymi chorobami niezakaźnymi są narażone na znaczne ryzyko przerwania leczenia oraz pojawienia się poważniejszych objawów i powikłań;
- T. mając na uwadze, że cukrzyca dotyczyło kilka działań UE, w tym konkluzje Rady z 2006 r. w sprawie promowania zdrowego stylu życia i zapobiegania cukrzycy, a także rezolucja Parlamentu z 14 marca 2012 r. w sprawie przeciwdziałania epidemii cukrzycy w UE; mając na uwadze, że uzasadnione jest zwiększenie tych wysiłków w odpowiedzi na coraz większe obciążenie cukrzycą oraz pilną potrzebę podjęcia przez państwa członkowskie zdecydowanych działań, zwłaszcza w świetle wartości dodanej wspólnych wysiłków na szczeblu UE; mając na uwadze, że w inicjatywie UE dotyczącej chorób niezakaźnych uwzględniono niektóre potrzeby i wnioski państw członkowskich przedstawione w rezolucji Parlamentu z 2012 r., ale zabrakło w niej jasnych ram działania w państwach członkowskich i nie określono konkretnych celów ani zadań, które umożliwiłyby wyznaczenie celów i pomiar postępów;
1. głęboko ubolewa nad faktem, że na cukrzycę zapada coraz więcej osób, i wyraża solidarność z pacjentami cierpiącymi na tę niszczącą chorobę i z ich rodzinami;
 2. przypomina o globalnych celach dotyczących zasięgu opieki nad osobami z cukrzycą na

¹ <https://www.idf.org/our-network/regions-members/europe/europe-news/487:idf-europe-statement-on-the-eu-ncd-initiative-%E2%80%93-93-healthier-together%C2%A0.html/>

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17853332/>

2030 r., przyjętych na 75. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, w tym o celach, zgodnie z którymi 80 % osób z cukrzycą powinno być zdiagnozowanych, 80 % – uzyskiwać dobrą kontrolę glikemii, 80 % osób ze zdiagnozowaną cukrzycą – mieć dobrze kontrolowane ciśnienie krwi, 60 % osób z cukrzycą w wieku od 40 lat – przyjmować statyny, a 100 % osób z cukrzycą typu 1 – mieć dostęp do przystępnej cenowo insuliny o wysokiej jakości i do samokontroli poziomu glukozy we krwi; podkreśla, że unijne cele w tym zakresie na 2030 r. powinny być jeszcze ambitniejsze;

3. z zadowoleniem przyjmuje wspólne oświadczenie wydane przez Komisję i Biuro Regionalne WHO dla Europy na 70. sesji Komitetu Regionalnego WHO dla Europy w 2020 r., w którym obiecały one zacieśnić już silne partnerstwo i dostosować je do nowych priorytetów zdrowotnych, co obejmuje również kompleksową reakcję na choroby zakaźne¹;
4. z zadowoleniem przyjmuje powstanie inicjatywy UE dotyczącej chorób zakaźnych i wzywa państwa członkowskie, aby korzystały z najlepszych praktyk przedstawionych w tym dokumencie oraz środków finansowych udostępnionych w ramach różnych programów UE;
5. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby wykazały zaangażowanie polityczne i wyznaczyły ambitne cele odwrócenia tendencji wzrostowej, jeżeli chodzi o liczbę Europejczyków z cukrzycą, zmniejszenia skali nierówności między obywatelami UE oraz poprawy opieki nad osobami z cukrzycą i jakości ich życia;
6. podkreśla w związku z tym, że Komisja powinna realizować inicjatywę UE dotyczącą chorób zakaźnych, m.in. w ramach współpracy z państwami członkowskimi w zakresie opracowywania i wdrażania wspólnych, znormalizowanych kryteriów i metod gromadzenia danych dotyczących cukrzycy, a także gromadzenia, rejestrowania i monitorowania kompleksowych danych epidemiologicznych dotyczących cukrzycy oraz zarządzania tymi danymi, jak i danych gospodarczych dotyczących kosztów profilaktyki cukrzycy i jej leczenia w UE, w tym preferencji pacjentów i danych generowanych przez pacjentów; podkreśla, że promowanie i wykorzystywanie najlepszych praktyk oraz wspieranie badań nad skutecznością interwencji klinicznych i programów profilaktyki doprowadzi do lepszych wyników nie tylko w odniesieniu do cukrzycy, ale również wszystkich innych powikłań i chorób współistniejących z cukrzycą;
7. wzywa państwa członkowskie do opracowania, wdrożenia i monitorowania krajowych planów i strategii dotyczących cukrzycy oraz porównywania ich z kamieniami milowymi i wartościami docelowymi, w tym komponentu dotyczącego ograniczania ryzyka i prowadzenia badań przesiewowych bądź działań na wczesnym etapie ukierunkowanych m.in. na społeczno-ekonomiczne czynniki warunkujące zdrowie, promowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu oraz umiejętności zdrowotne i cyfrowe, edukację i szerzenie wiedzy z myślą zarówno o ogóle społeczeństwa, jak i w szczególności o grupach wysokiego ryzyka (takich jak osoby w stanie przedcukrzycowym), który to komponent miałby na celu zmniejszenie zjawiska nierówności i optymalizację zasobów opieki zdrowotnej;
8. wzywa Komisję do zadbania o to, aby wszystkie działania i dokumenty UE we

¹ https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-11/2020_who_euro_cooperation_en_0.pdf

wszystkich obszarach prac odzwierciedlały najbardziej aktualne dowody, zwłaszcza w odniesieniu do modyfikowalnych czynników ryzyka i środków ograniczania ryzyka, oraz przedstawiały dokładny obraz cukrzycy w celu zwalczania stygmatyzacji i dyskryminacji;

9. podkreśla, że należy zwrócić większą uwagę na zapobieganie wszystkim chorobom niezakaźnym, oraz zwraca się do Komisji i państw członkowskich o wzmocnienie, wdrożenie i ocenę odpowiednio finansowanych planów profilaktyki;
10. ubolewa nad znaczną skalą nierówności w zakresie zdrowia w UE, w tym również w odniesieniu do profilaktyki chorób niezakaźnych; podkreśla potrzebę zidentyfikowania wrażliwych i zmarginalizowanych, wykluczonych społecznie grup społeczeństwa oraz osób mieszkających na obszarach oddalonych (np. na obszarach wiejskich i odizolowanych lub w regionach najbardziej oddalonych, daleko od ośrodków medycznych) oraz zwrócenia szczególnej uwagi na te grupy i osoby, aby zapewnić im dostęp do usług w zakresie profilaktyki; uważa w związku z powyższym, że profilaktyka powinna być także rozpatrywana w kontekście sprawiedliwości społecznej, co pociągnie za sobą potrzebę zmian systemowych wprowadzanych za pośrednictwem obejmującej całą ludność polityki publicznej, wykraczającej poza zmianę indywidualnych zachowań;
11. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia pacjentom stałego dostępu do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz do leczenia cukrzycy i technologii w tej dziedzinie, w tym technologii e-zdrowia, takich jak systemy ciągłego monitorowania glukozy i nowe systemy podawania insuliny, a także do wspierania pacjentów w zdobywaniu i podtrzymywaniu umiejętności i zrozumienia niezbędnych do właściwego samodzielnego zarządzania chorobą przez całe życie;
12. podkreśla, jak ważne jest postrzeganie chorób niezakaźnych zgodnie ze stanowiskiem, które mówi, że zdrowie ludzi, zwierząt i środowiska jest ze sobą nierozdzielnie powiązane i że w związku z tym wszelkie działania mające na celu zwalczanie chorób niezakaźnych powinny być mocno ugruntowane w podejściu „Jedno zdrowie”;
13. podkreśla znaczenie unijnych przepisów i działań w dziedzinie zdrowia, w tym dyrektywy w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej¹, zmienionych mandatów unijnych agencji zdrowia publicznego, proponowanego rozporządzenia w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia (COM(2020)0727), dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych², Programu UE dla zdrowia oraz strategii farmaceutycznej, dla zapobiegania chorobom przewlekłym i przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia;
14. podkreśla zasadniczą rolę zdrowego środowiska żywnościowego w zapobieganiu chorobom niezakaźnym oraz zwraca się do państw członkowskich i Komisji o zintensyfikowanie działań z myślą o tym, by najbardziej zdrowa i zrównoważona żywność była również najbardziej przystępna cenowo;

¹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45).

² Dz.U. L 127 z 29.4.2014, s. 1.

15. podkreśla potrzebę zajęcia się możliwymi do zmiany czynnikami ryzyka chorób niezakaźnych za pomocą strategii politycznych promujących aktywne życie bez używania tytoniu oraz dostęp do zdrowej żywności i aktywności fizycznej, a także uwzględniających środowiskowe, kulturowe i społeczno-gospodarcze uwarunkowania złego stanu zdrowia;
16. przyznaje, że otyłość jest uznawana za podstawowy czynnik ryzyka w przypadku cukrzycy typu 2; podkreśla rolę zdrowej diety w profilaktyce i leczeniu cukrzycy typu 2; podkreśla, że indywidualne ryzyko zachorowania na cukrzycę można zmniejszyć poprzez zwiększenie konsumpcji roślin produkowanych w sposób zrównoważony i żywności pochodzenia roślinnego, takiej jak świeże owoce i warzywa, pełne ziarna i rośliny strączkowe¹; podkreśla ponadto potrzebę zajęcia się problemem nadmiernego spożycia mięsa i produktów wysoko przetworzonych oraz produktów o wysokiej zawartości cukrów, soli i tłuszczów; z zadowoleniem przyjmuje przegląd unijnego programu „Owoce, warzywa i mleko w szkole” oraz polityki UE w zakresie promocji produktów rolnych;
17. zwraca się do Komisji i państw członkowskich o zachęcanie i wspieranie konsumentów w dokonywaniu świadomych, zdrowych i zrównoważonych wyborów dotyczących produktów spożywczych poprzez przyjęcie obowiązkowego i zharmonizowanego w UE podawania wartości odżywczej, które jest opracowywane na podstawie wyników solidnych i niezależnych badań naukowych; z zadowoleniem przyjmuje priorytet związany ze zdrowym odżywianiem określony w europejskiej gwarancji dla dzieci i wzywa do opracowania nowego planu działania UE w sprawie otyłości u dzieci; popiera środki polityki budżetowej mające na celu obniżenie cen i zwiększenie dostępności świeżej żywności (takiej jak owoce i warzywa, nasiona roślin strączkowych, rośliny strączkowe i pełne ziarna) na szczeblu krajowym, zwłaszcza dla osób o niskim dochodzie; zachęca państwa członkowskie do stosowania polityki cenowej, takiej jak zróżnicowanie podatku od wartości dodanej, oraz środków kontroli rynku, aby wpływać na popyt na żywność i napoje o niskiej zawartości tłuszczów nasyconych, tłuszczów trans, soli i cukru, na dostęp do nich oraz na ich przystępność cenową; wspiera państwa członkowskie w przeglądzie odpowiednich przepisów dotyczących ograniczenia reklamy napojów słodzonych i przetworzonych produktów spożywczych o wysokiej zawartości tłuszczów, soli i cukru, w tym reklamy w mediach społecznościowych, i z niecierpliwością oczekuje na zapowiedziane wnioski ustawodawcze w tym zakresie w ramach strategii „Od pola do stołu”;
18. podkreśla, że tytoń, szkodliwe spożywanie alkoholu i zanieczyszczenie środowiska to czynniki ryzyka wspólne dla innych chorób przewlekłych; ponawia swój apel o opracowanie zintegrowanego programu profilaktyki chorób przewlekłych w ścisłej współpracy z Grupą Sterującą ds. Promocji Zdrowia, Profilaktyki Chorób i Zarządzania Chorobami Niezakaźnymi;
19. ponownie podkreśla znaczenie Europejskiego Zielonego Ładu jako istotnego czynnika przyczyniającego się do zapobiegania chorobom w Europie poprzez ograniczenie zanieczyszczenia powietrza, żywności, wody i gleby oraz ekspozycji na substancje chemiczne, a także poprzez zapewnienie dostępu do zdrowej żywności i informacji na jej temat; wzywa do włączenia oceny wpływu polityki na zachorowalność na choroby niezakaźne do strategii „Od pola do stołu” oraz strategii w zakresie chemikaliów na

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5466941>

rzecz zrównoważoności, strategii „Zero zanieczyszczeń” oraz strategii dotyczącej nietoksycznego środowiska;

20. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wspierania cyfryzacji krajowych usług zdrowotnych oraz przyjęcia nowych narzędzi i technologii umożliwiających skuteczniejsze gromadzenie danych, monitorowanie i działania w celu poprawy samozarządzania chorobą, zmniejszenia ryzyka powikłań związanych z cukrzycą i innych skutków cukrzycy oraz poprawy jakości życia; podkreśla, że każda transformacja cyfrowa w opiece zdrowotnej powinna iść w parze z poprawą umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia, być przyjazna dla użytkownika i ukierunkowana na pacjenta, a także powinna promować zaufanie przez zapewnienie wysokich standardów prywatności danych i cyberbezpieczeństwa; podkreśla w związku z tym potencjał europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia w odniesieniu do chorób niezakaźnych, w tym cukrzycy;
21. wzywa Komisję do ustrukturyzowanej współpracy z organizacjami pacjentów i osobami cierpiącymi na cukrzycę i inne choroby przewlekłe oraz do zachęcania do opracowania wspólnego zestawu środków, które mają największe znaczenie dla osób chorych na cukrzycę i byłyby wykorzystane w ocenie regulacyjnej i w ramach podejmowania decyzji w sprawie ustalania cen i refundacji, a także w trakcie opracowywania i wdrażania odpowiednich strategii politycznych, w tym krajowych planów dotyczących cukrzycy i programów podnoszenia świadomości;
22. wzywa Komisję do dalszego udzielania przejrzystego wsparcia finansowego kluczowym organizacjom pozarządowym, w tym organizacjom, które popierają i reprezentują pacjentów, konsumentów i pracowników służby zdrowia;
23. wzywa państwa członkowskie do dokonania przeglądu i – w stosownych przypadkach – do rozwijania krajowych modeli opieki ze szczególnym uwzględnieniem stosowania ukierunkowanej na człowieka i w pełni zintegrowanej opieki w całym jej cyklu, w szczególności w odniesieniu do zapobiegania chorobom, zapobiegania powikłaniom cukrzycy i wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego;
24. wzywa Komisję i państwa członkowskie do określenia i usunięcia barier dla insuliny ludzkiej i analogowej oraz do zapewnienia przystępności cenowej zarówno w przypadku użytkowników, jak i krajowych systemów opieki zdrowotnej;
25. wzywa Komisję do przedstawienia państwom członkowskim konkretnych wytycznych dotyczących zapewnienia nieprzerwanego leczenia osób cierpiących na cukrzycę w sytuacjach nadzwyczajnych o charakterze humanitarnym oraz podkreśla potrzebę zapewnienia opieki osobom chorym na cukrzycę w ramach działań humanitarnych;
26. wzywa Komisję do wspierania podnoszenia kwalifikacji w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i opieki świadczonej lokalnie we wszystkich państwach członkowskich, aby zapewnić integrację i ciągłość opieki, ze szczególnym uwzględnieniem współpracy między specjalistami w ramach multidyscyplinarnych zespołów opieki;
27. wzywa Komisję i państwa członkowskie do poprawy koordynacji badań nad cukrzycą na szczeblu europejskim i między państwami członkowskimi;
28. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wspierania badań nad niezaspokojonymi

- potrzebami klinicznymi w odniesieniu do cukrzycy oraz wielu współistniejących z nią chorób i powikłań, z uwzględnieniem potrzeby poprawy jakości życia osób cierpiących na cukrzycę i inne choroby przewlekłe; wzywa Komisję i państwa członkowskie do wspierania zdolności produkcyjnych w zakresie przystępnej cenowo insuliny o gwarantowanej jakości, urzędów do wstrzykiwania i narzędzi monitorowania poziomu glukozy w celu poprawy konkurencji, podaży krajowej i dostępu dla pacjentów;
29. podkreśla znaczenie doskonałości w badaniach i innowacjach medycznych w Unii i wzywa Komisję do wykorzystania w tym względzie prac prowadzonych w ramach europejskiego planu walki z rakiem; ponawia swój apel zawarty w rezolucji z 24 listopada 2021 r. o wspieranie dodatkowych badań nad niedostatecznie reprezentowanymi grupami, takimi jak osoby starsze, dzieci, kobiety i pacjenci cierpiący na choroby współistniejące, w tym otyłość jako podstawowy czynnik zachorowalności, a także w przypadkach, gdzie występuje ona jako choroba przewlekła prowadząca do innych chorób niezakaźnych, takich jak cukrzyca;
 30. wyraża zaniepokojenie faktem, że dostępność i przystępność cenowa leków pozostają wyzwaniem dla krajowych systemów opieki zdrowotnej oraz że leki innowacyjne są drogie, a w niektórych państwach członkowskich nie są nawet wprowadzane na rynek ze względów handlowych;
 31. ponownie wzywa Komisję, by dopilnowała, aby unijne finansowanie badań i rozwoju w dziedzinie biomedycyny było uzależnione od pełnej przejrzystości i identyfikowalności inwestycji, od zobowiązania się do dostaw do wszystkich państw członkowskich oraz od udostępnienia pacjentom najlepszych rozwiązań, w tym pod względem dostępności i przystępności cenowej wytwarzanych leków;
 32. wzywa Komisję, aby okresowo przeprowadzała ocenę i przegląd systemu zachęt oraz zwiększyła przejrzystość cen; podkreśla także czynniki ograniczające przystępność cenową i dostęp pacjentów do produktów leczniczych; ponadto wzywa Komisję, aby zajęła się pierwotnymi przyczynami niedoborów produktów farmaceutycznych oraz zaproponowała zrównoważone rozwiązania, które wesprą również konkurencję opartą na ochronie patentowej i pozapatentowej oraz terminowe wchodzenie leków generycznych i biopodobnych na rynek;
 33. apeluje o zagwarantowanie, że priorytety badawcze będą opierały się na potrzebach pacjentów i potrzebach zdrowia publicznego, a fundusze publiczne będą inwestowane w sposób przejrzysty z zapewnieniem dostępności i przystępności cenowej produktów w wyniku tych partnerstw i funduszy publicznych;
 34. wzywa Komisję do dokonania przeglądu odpowiednich ram prawnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów dotyczących bezpieczeństwa ruchu drogowego, aby uniknąć dalszej dyskryminacji osób cierpiących na cukrzycę;
 35. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zapewnienia stałego wsparcia na rzecz finansowania potrzebnego z myślą o chorych na cukrzycę w ramach obecnych i przyszłych programów ramowych UE w zakresie badań naukowych, w tym badań nad modelami zintegrowanej opieki, skutecznych interwencji w profilaktyce i leczeniu cukrzycy oraz wpływu technologii cyfrowych na samozarządzanie cukrzycą i zmianę zachowań;

36. zobowiązuje swoją przewodniczącą do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji oraz rządowi i parlamentowi państw członkowskich.