



Delivering High Value Cancer Care (Резюме на основните изводи)

Пълният текст на доклада е достъпен на английски език:

OECD/European Union (2026), *Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*, OECD Publications, Paris, <https://doi.org/10.1787/060869fe-en>.

In the event of any discrepancy, only the text of the English version should be considered valid.

Случаите на рак в държавите от ЕС са се увеличили с приблизително 30 % от 2000 г. насам — с особено тревожен ръст сред младите жени — което представлява голяма тежест за системите за здравеопазване

Ракът е сериозен проблем за общественото здравеопазване в държавите от ЕС и все по-често засяга по-млади възрастови групи. В 27-те държави членки на ЕС през 2024 г. на всяка минута средно по 5 човека са диагностицирани с рак, което представлява приблизително 2,7 милиона нови случая на рак. От 2000 г. насам броят на новите случаи на рак е нараснал с приблизително 30 % и при двата пола, а според прогнозите към тази статистика ще се добавят още около половин милион нови случая до 2040 г. (ръст от 18 % спрямо 2022 г.). Честотата на новите случаи на рак сред младите жени спрямо числеността на населението се е увеличила с 16 % през последните две десетилетия — от 144 на 167 случая на 100 000 души — като този ръст се дължи предимно на рак на щитовидната жлеза, рак на гърдата, кожен меланом и рак на дебелото черво и ректума. Макар че все още се събират доказателства относно причините за нарастването на заболяемостта сред по-младото население, значение имат фактори като променящите се репродуктивни модели (при рака на гърдата), по-доброто откриване на заболяването (при рака на щитовидната жлеза), както и експозициите на по-ранен етап от живота и хранителните навици (при рака на дебелото черво и ректума). Независимо от причините диагностицирането на рак в по-ранна възраст означава лечение и наблюдение в продължение на повече години, което оказва траен натиск върху системите за здравеопазване и има дългосрочно въздействие върху благополучието и социално-икономическото положение на пациентите.

Разходите за здравеопазване в ЕС, свързани с рака, са се удвоили от 1995 г. насам (от 54 млрд. евро на 120 млрд. евро през 2023 г.), като през 2023 г. те представляват 6,9 % от общите разходи

за здравеопазване. Очаква се до 2050 г. увеличаването на броя на случаите на рак, свързано със застаряването на населението и по-дългата преживяемост на пациентите, които живеят с рак, да доведе до нарастване с около 59 % на разходите за рак на човек в реално изражение в държавите от ЕС-27. Тези тенденции ще се развиват в условията на публични бюджети, подложени на натиск от конкуриращи се правителствени приоритети и несигурни икономически перспективи, което прави наложително при инвестициите в грижите за болните от рак да се осигури икономическа ефективност.

Грижите за болните от рак могат да бъдат по-ефективни за пациентите и системите за здравеопазване

Все още има възможности за по-качествено предоставяне на грижи за болните от рак, както е видно от забавения достъп до услуги за грижи за болните от рак, ненужните различия в качеството на грижите и резултатите от тях, както и непоследователните услуги, които не отговарят на нуждите и предпочитанията на хората.

Забавеният достъп до диагностициране и лечение на рак продължава да отнема животи. Макар че програмите за скрининг на населението за рак са доказано ефективни от гледна точка на разходите, значително подобряват ранното диагностициране и водят до по-висока преживяемост, тяхното прилагане остава неравномерно в отделните държави и при различните социални групи. Тези пропуски водят до забавено диагностициране и пропуснати възможности за ранно лечение. Между 15 % и 40 % от пациентите с рак на дебелото черво и ректума се диагностицират в центровете за спешна медицинска помощ — пътека, която е свързана със значително по-лоши резултати. Според данни на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) при пациентите, подложени на спешна операция за рак на дебелото черво и ректума, вероятността да настъпи смърт 30 дни след процедурата е седем пъти по-голяма, отколкото при пациентите, подложени на планирана операция. Недостигът на персонал и на възможности за диагностично изследване, съчетан с несъгласуваните системи за насочване на пациентите, увеличава това забавяне, особено сред уязвимите групи и в селските райони.

Ненужните различия в медицинските практики и в качеството на предоставяните грижи водят до по-ниска преживяемост или по-лошо качество на живот за част от пациентите и допринасят за разхищения в системите за здравеопазване. Медицинските практики в областта на грижите за болните от рак се характеризират с изключително висока разнородност в отделните държави, което повдига въпроса дали настоящите грижи осигуряват оптималната полза за пациентите и системите за здравеопазване. Например делът на откритите в ранен стадий случаи на рак на простатата при мъже на възраст 75 години и повече варира между държавите членки от 53 % в Нидерландия до 81 % в Люксембург, което отразява различията в практиките за скрининг за рак на простатата. Тези различия водят до ситуации, при които някои пациенти се диагностицират твърде късно, докато други пациенти, чиито бавнопрогресиращ рак не би повлиял на очакваната продължителност на живота им — се диагностицират ненужно, което води до излишно лечение и до разхищение на средства в системата за здравеопазване. Значително варира и делът на частичните мастектомии, които представляват по-слабо инвазивна интервенция със сходни ползи по отношение на преживяемостта в сравнение с пълната мастектомия — от 79 % в Испания до 50 % или по-малко в Румъния и Полша.

В същото време данните показват, че четири от десет нови лекарства за рак, одобрени през последните 25 години от Европейската агенция по лекарствата, имат отрицателна или неясна добавена терапевтична стойност за пациентите спрямо съществуващите лечения, което подчертава ключовата роля на оценката на здравните технологии при формирането на политиките

за възстановяване на разходите и за ценообразуване (както и при разработването на клинични насоки), за да се гарантира, че разходите са съобразени със стойността.

Според проучването PARIS на ОИСП хората, които живеят с рак, са по-уязвими в сравнение с другите пациенти на първичната медицинска помощ. Те съобщават за по-лошо физическо здраве, по-ниска степен на благополучие и социално функциониране, като едва един на всеки трима посочва, че получените грижи са съобразени в голяма степен с нуждите и предпочитанията му. Недостатъчното интегриране на данните, липсата на координация на грижите и ограниченото участие на пациентите в планирането и предоставянето на грижите са сред основните фактори, които възпрепятстват осъществяването на грижи, основаващи се на участието и нуждите на пациентите с рак. Хората, които живеят с рак, се сблъскват и с трайни предизвикателства по отношение на заетостта, финансовата сигурност и психосоциалното здраве — диагнозата „рак“ намалява вероятността за заетост средно с 14 %, като най-силно това се усеща в страните от Централна и Южна Европа.

Четири приоритета за повишаване на стойността на грижите за болните от рак

Всички държави от ЕС, наред с Норвегия и Исландия, вече работят за подобряване на стойността на грижите за болните от рак въз основа на четири междусекторни направления на политиката.

- **Създаване на интегрирани пътеки за болни от рак**, които осигуряват навременен, координиран и справедлив достъп до грижи. Преходът от фрагментирани услуги към интегрирани пътеки за грижи за болните от рак, които обхващат диагнозата, лечението и преживяемостта при рак, е от ключово значение за ефективния контрол на рака и свързаните с тях разходи. Опитът на държави като Дания и Швеция показва, че наличието на ясно определени пътеки за насочване, диагностични цели с конкретни срокове и мултидисциплинарни екипи води до намаляване на времето за изчакване и подобряване на преживяемостта. Инвестициите в цифрови платформи, в роли за насочване в системата на грижите и в регионална координация са от съществено значение за преодоляване на неравенствата, свързани с географския фактор и принадлежността към различни групи от населението. Интеграцията допринася и за по-ефективното използване на ограничените ресурси за диагностични изследвания и работна сила, като подобрява едновременно достъпа и ефективността.
- **Основани на доказателства стандарти и мониторинг на резултатите.** Систематичното осигуряване на качеството чрез национални системи за акредитация и сертифициране, прилагането на минимални стандарти за обем и мониторингът на спазването на клиничните ръководства гарантират ефективността на предоставяните грижи. Пример за това са системите за сертифициране и клиничните стандарти за качество на грижите за болните от рак в Германия, както и прозрачните механизми за обратна връзка относно качеството в Нидерландия, които показват как непрекъснатото подобряване на грижите може да доведе до по-висока преживяемост. Разширяването на платформите за данни в реално време, в които се проследява навременността на диагностицирането на рак, последващите грижи и качеството на грижите за болните от рак — включително чрез показатели, докладвани от пациентите — също така спомагат да се наблюдават резултатите, които са най-значими за хората, и насърчават прозрачността, отчетността и устойчивото намаляване на грижи за болните от рак с ниска стойност.
- **Оптимизиране на използването на ресурсите и насърчаване на технологичните иновации.** Политики като стратифициран по риск скрининг за рак, дневни центрове за грижи вместо болнична помощ и по-широко използване на биоподобни лекарствени продукти

могат да доведат до значително повишаване на ефективността, без да се прави компромис с качеството. Преминаването към специализирани инфузионни центрове, амбулаторна хирургия и лечение в домашна среда (както е заложено във френската национална пътна карта за борба с рака за периода 2021—2026 г.) представляват добри примери за предоставяне на висококачествени грижи на по-ниска цена. Успоредно с това клиничните специалисти препоръчват инициативи за намаляване на неефективните грижи за болните от рак, като например инициативата „Разумен избор“(Choosing Wisely). Технологичните иновации, като например скрининг с помощта на изкуствен интелект, молекулярна диагностика и роботизирана хирургия, спомагат за насочването на ресурсите към интервенции с доказана стойност.

- **Фокус върху хората като основен стълб на ефективността на системата за грижи за болни от рак.** По-широкото участие на пациентите във вземането на решения, подкрепата за самостоятелно справяне и координираното проследяване са от съществено значение за хората, които живеят с рак. В Дания например се предлагат персонализирани планове за грижи за болните от рак и подкрепа за ориентиране с цел по-добра координация на грижите, докато в Естония се прилагат цифрови инструменти за разширяване на правата на пациента по отношение на терапевтичните подходи. За да бъдат обхванати социалните и икономическите измерения на рака, се изисква подход, който надхвърля клиничните грижи и включва подкрепа за психичното, социалното и финансовото благополучие. Законодателството за „правото да бъдеш забравен“, което към момента е въведено едва в една трета от държавите членки, е от ключово значение за предотвратяване на дискриминацията и за подобряване на възможностите за живот.

В условията на конкуриращи се правителствени приоритети, както и на ограничени възможности и работна сила в системите за здравеопазване, акцентът следва да бъде поставен върху осигуряването на грижи за болните от рак с висока стойност, които да подобряват здравните резултати и качеството на живот на хората. Сега е моментът за създаване на по-ефективни политики в областта на грижите за болните от рак, чрез които да се отговори на нарастващите потребности и да се гарантират оптимални здравни резултати чрез по-бърз достъп, ранна интервенция и основани на доказателства ефективни грижи, както и за внедряване на подходи, ориентирани към хората и съобразени с техните ценности и предпочитания.

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD and the President of the European Commission. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the OECD Member countries or of the European Union.

The names of countries and territories and maps used in this joint publication follow the practice of the OECD.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

Specific territorial disclaimers applicable to the OECD:

The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

Note by the Republic of Türkiye

The information in this document with reference to “Cyprus” relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the “Cyprus issue”.

Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union

The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

© OECD/European Union 2026



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD, its Member countries or the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD or the European Commission’s respective logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or the European Commission endorse your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.