



Delivering High Value Cancer Care (Shrnutí)

Úplná zpráva je k dispozici v angličtině:

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.

Od roku 2000 vzrostl počet případů onkologických onemocnění v zemích EU přibližně o 30 %, přičemž ke znepokojivému nárůstu došlo u mladých žen, a tato situace představuje velkou zátěž pro systémy zdravotní péče.

Onkologická onemocnění jsou v zemích EU závažným zdravotním problémem, který stále častěji postihuje mladší populaci. V roce 2024 bylo v 27 zemích EU každou minutu diagnostikováno onkologické onemocnění u 5 lidí, což představuje 2,7 milionu nových případů onkologických onemocnění. Od roku 2000 vzrostl počet nových případů onkologických onemocnění u obou pohlaví přibližně o 30 % a podle odhadů do roku 2040 přibude půl milionu nových případů (nárůst o 18 % oproti roku 2022). Mezi mladými ženami vzrostl počet nových případů onkologických onemocnění v poměru k počtu obyvatel za posledních dvacet let o 16 %, ze 144 na 167 případů na 100 000 obyvatel, a to zejména v důsledku karcinomu štítné žlázy, prsu, melanomu kůže a kolorektálního karcinomu. Ačkoli důkazy o příčinách nárůstu u mladší populace se teprve objevují, roli hrají faktory jako změny reprodukčních vzorců (karcinom prsu), zvýšená detekce (karcinom štítné žlázy) nebo expozice a strava v raném věku (kolorektální karcinom). Ať už je příčina jakákoli, diagnóza v mladším věku znamená, že pacienti musí podstoupit více let léčby a sledování, což vytváří trvalý tlak na systémy zdravotní péče a ovlivňuje kvalitu života a socioekonomickou situaci pacientů po mnoho let.

Výdaje na zdravotní péči související s onkologickým onemocněním se v EU od roku 1995 zdvojnásobily (z 54 na 120 miliard EUR v roce 2023) a v roce 2023 dosáhnou 6,9 % celkových výdajů na zdravotní péči. Očekává se, že do roku 2050 povede v zemích EU-27 nárůst počtu případů onkologických onemocnění v souvislosti se stárnutím populace a delším přežíváním pacientů žijících s onkologickým onemocněním k 59% nárůstu reálných výdajů na jednoho obyvatele. Tyto trendy se budou vyvíjet v kontextu veřejných rozpočtů, které jsou pod tlakem konkurenčních vládních priorit a nejistých ekonomických vyhlídek, což vyžaduje, aby investice do onkologické péče přinášely za vynaložené prostředky hodnotu.

Péče o onkologické pacienty by mohla přinášet lepší hodnotu pro pacienty i zdravotní systémy

Stále jsou zde příležitosti k poskytování hodnotnější onkologické péče, na což poukazuje existence zpoždění v přístupu k onkologické péči, zbytečné rozdíly v kvalitě a výsledcích péče a služby, které nejsou systematicky přizpůsobovány potřebám a preferencím lidí.

Zpoždění v přístupu k diagnostice a léčbě onkologických onemocnění stále stojí životy. Přestože se plošné screeningové programy zaměřené na onkologická onemocnění ukázaly jako nákladově efektivní – významně zlepšují včasné odhalení a vedou k vyšší míře přežití – jejich využívání je v různých zemích a sociálních skupinách stále nerovnoměrné. Tyto nedostatky vedou k opožděné diagnóze a zmeškání možnosti včasné léčby. 15 až 40 % pacientů s kolorektálním karcinomem je diagnostikováno na pohotovosti, což je spojeno s výrazně horšími výsledky. Údaje OECD ukazují, že u pacientů, kteří podstoupí urgentní operaci kolorektálního karcinomu, je až sedmkrát vyšší pravděpodobnost úmrtí do 30 dnů od zákroku než u pacientů, jejichž operace byla plánovaná. Nedostatek pracovních sil a diagnostických kapacit spolu s nekoordinovanými systémy předávání pacientů tato zpoždění ještě zhoršují, zejména u zranitelných skupin obyvatelstva a ve venkovských oblastech.

Zbytečné rozdíly v lékařských postupech a kvalitě péče vedou u některých pacientů k horší míře přežití nebo kvalitě života a přispívají k plýtvání zdrojů zdravotnického systému. Lékařská praxe v oblasti onkologické péče je v jednotlivých zemích velmi různorodá, což vyvolává otázky, zda současná péče přináší pacientům a zdravotním systémům tu nejlepší hodnotu. Například v zemích EU se podíl případů karcinomu prostaty diagnostikovaných v časném stadiu u mužů ve věku 75 let a starších pohybuje od 53 % v Nizozemsku po 81 % v Lucembursku, což odráží rozdíly ve screeningu karcinomu prostaty. Tyto rozdíly vedou k tomu, že někteří pacienti jsou diagnostikováni příliš pozdě, zatímco jiní pacienti – u nichž by pomalu rostoucí karcinom neměl vliv na jejich očekávanou délku života – jsou diagnostikováni zbytečně, což vede k nepotřebné léčbě a plýtvání zdroji zdravotního systému. Dále se podíl částečných mastektomií, které jsou méně invazivní a mají podobný přínos pro přežití jako úplné mastektomie, pohybuje od 79 % ve Španělsku po 50 % nebo méně v Rumunsku a Polsku.

Současně se ukazuje, že čtyři z deseti nových léků na onkologická onemocnění, které za posledních 25 let schválila Evropská léková agentura, vykazují pro pacienty negativní nebo nejasnou přidanou terapeutickou hodnotu oproti stávající léčbě, což zdůrazňuje význam hodnocení zdravotnických technologií při tvorbě úhradových a cenových politik (a při tvorbě klinických pokynů), aby bylo zajištěno, že výdaje odpovídají hodnotě.

Průzkum OECD PARIS naznačuje, že lidé s onkologickým onemocněním jsou zranitelnější než ostatní pacienti primární zdravotní péče. Uvádějí horší fyzické zdraví, kvalitu života a sociální fungování a pouze jeden ze tří uvádí, že péče o ně je vysoce zaměřena na člověka. Nedostatečná integrace dat, nedostatečná koordinace péče a omezená spoluúčast pacientů při rozhodování o poskytování péče jsou klíčovými faktory, které brání péči o onkologické pacienty zaměřené na člověka. Lidé žijící s onkologickým onemocněním se také potýkají s přetrvávajícími problémy v oblasti zaměstnání, finančního zabezpečení a psychosociálního zdraví: onkologická diagnóza snižuje pravděpodobnost zaměstnání v průměru o 14 %, přičemž největší dopad má ve střední a jižní Evropě.

Čtyři priority pro zvýšení hodnoty onkologické péče

Všechny země EU, stejně jako Norsko a Island, se již snaží zlepšit hodnotu onkologické péče prostřednictvím čtyř průřezových politických směrů.

- **Budování integrovaných postupů onkologické péče,** které zajišťují včasný, koordinovaný a spravedlivý přístup k péči. Aby bylo možné zvládat onkologická onemocnění a s nimi spojené

náklady, je nutné přejít od roztržitých služeb k integrovaným postupům onkologické péče, které propojují diagnostiku, léčbu a přežití. Zkušenosti z Dánska a Švédska například ukazují, že definované postupy pro předávání pacientů, časově vymezené diagnostické cíle a multidisciplinárna týmů zkracují čekací doby a zlepšují míru přežití. Pro odstranění nerovností mezi zeměpisnými oblastmi a skupinami obyvatelstva jsou nezbytné investice do digitálních platform, role související s navigací v oblasti péče a regionální koordinace. Integrace také optimalizuje využití omezených diagnostických a personálních zdrojů, čímž zlepšuje dostupnost i efektivitu.

- **Normy založené na důkazech a sledování výkonu.** Efektivitu péče zajišťuje systematické zajišťování kvality, jako jsou národní akreditační a certifikační systémy, prosazování minimálních objemových norem a sledování dodržování klinických pokynů. Německá certifikace onkologické péče a normy kvality klinické péče a nizozemské transparentní mechanismy zpětné vazby v oblasti kvality jsou příkladem neustálého zlepšování péče, které může zvýšit míru přežití. Rozšiřování datových platform v reálném čase, které monitorují včasnost diagnostiky onkologických onemocnění, následnou péči a kvalitu onkologické péče – včetně ukazatelů hlášených pacienty – také pomáhá sledovat výsledky, které jsou pro lidi nejdůležitější, a podporuje transparentnost, odpovědnost a neustálé zlepšování s cílem snížit onkologickou péči s nízkou hodnotou.
- **Optimalizace využívání zdrojů a zavádění technologických inovací.** Velké zvýšení efektivity, aniž by byla ohrožena kvalita, mohou přinést politiky, jako je screening se strukturovaným rizikem, ambulantní péče oproti lůžkové a zavádění biogenerik. Dobrým příkladem postupů, které mohou zajistit vysoce kvalitní péči na méně nákladných místech, je přechod na specializovaná infuzní centra, ambulantní chirurgické zákroky a domácí léčbu (jak je uvedeno ve francouzském národním plánu pro onkologická onemocnění na období 2021–2026). Užitečné iniciativy k omezení onkologické péče s nízkou hodnotou zároveň nabízejí doporučení vydaná lékaři, jako je Moudrá volba (Choosing Wisely). Zajistit, aby byly zdroje směřovány na zákroky, které přinášejí hodnotu, rovněž pomáhají technologické inovace, jako je screening s pomocí umělé inteligence, molekulární diagnostika nebo roboticky asistovaná chirurgie.
- **Učinit z orientace na člověka pilíř výkonnosti onkologického systému.** Pro osoby s onkologickým onemocněním má velký význam větší zapojení do rozhodování, podpora vlastní léčby a koordinované následné sledování. Například Dánsko nabízí individuální plány péče o onkologické pacienty a navigační podporu pro koordinaci péče, zatímco Estonsko využívá digitální nástroje pro posílení postavení pacientů. Řešení sociálních a ekonomických aspektů onkologických onemocnění vyžaduje, aby se kromě klinické péče podpořila i psychická, sociální a finanční kvalita života. Pro prevenci diskriminace a zlepšení životních příležitostí jsou klíčové právní předpisy upravující právo být zapomenut, které jsou v současné době přijaty pouze ve třetině zemí EU.

V době konkurenčních vládních priorit – vedle kapacitních a personálních omezení v samotném zdravotním systému – je třeba klást důraz na zajištění onkologické péče s vysokou hodnotou, která přispívá ke zdravotním výsledkům a kvalitě života lidí. Nyní nastal čas pro lepší politiky v oblasti onkologické péče, které uspokojí rostoucí poptávku a zajistí optimální zdravotní výsledky prostřednictvím rychlejšího přístupu, včasné intervence a efektivní péče založené na důkazech, a pro přístupy zaměřené na člověka, které odrážejí hodnoty a preference pacientů.

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.