



Delivering High Value Cancer Care (Kokkuvõte)

Tervikaruanne on kättesaadav inglise keeles:

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.

Vähijuhtude arv on ELi riikides alates 2000. aastast umbes 30 % suurenenud – murettekitavalt eelkõige noorte naiste seas – ja see koormab märkimisväärselt tervishoiusüsteeme

Vähktõbi on ELi riikides suur rahvatervise probleem, mis mõjutab üha enam nooremat elanikkonda. 2024. aastal diagnoositi ELi 27 riigis vähktõbi ligikaudu viiel inimesel minutis, mis tähendab 2,7 miljonit uut vähijuhtu. Alates 2000. aastast on uute vähijuhtude arv suurenenud mõlema soo puhul umbes 30 % ja 2040. aastaks prognoositakse poolt miljonit uut juhtu (18 % rohkem kui 2022. aastal). Noorte naiste seas on uute vähijuhtude arv elanikkonna kohta viimasel kahel aastakümnel kasvanud 16 % (144st 167ni 100 000 kohta), kusjuures peamiselt on tegemist kasvuga kilpnäärme-, rinna- ja kolorektaalvähis ning nahamelanoomis. Kuigi noorema elanikkonna seas esinevate vähijuhtude arvu suurenemise põhjuste kohta on veel vähe tõendeid, on oma osa selles sellistel teguritel nagu reproduktiivmustrite muutumine (rinnavähk), suurem avastamine (kilpnäärmevähk) ning varajased kokkupuuted ja toitumine (kolorektaalvähk). Olenemata põhjusest tähendab nooremas eas saadud diagnoos seda, et patsientidel on ees rohkem ravi- ja jälgimisaastaid, mis avaldab tervishoiusüsteemidele pidevat survet ning mõjutab patsientide heaolu ja sotsiaal-majanduslikku olukorda paljude aastate jooksul.

Vähktõvega seotud kulutused tervishoiule on ELis alates 1995. aastast kahekordistunud (54 miljardilt eurolt 120 miljardile eurole 2023. aastal), moodustades 2023. aastal 6,9 % kõigist tervishoiule tehtud kulutustest. Prognooside kohaselt kasvavad vähktõvega seotud kulutused inimese kohta elanikkonna vananemisest tingitud vähijuhtude arvu suurenemise ja vähihaigete patsientide pikema elulemuse tõttu EL 27s 2050. aastaks reaalkaardis 59 %. Need suundumused ilmnevad avaliku sektori eelarvete kontekstis, millele avaldavad survet valitsuse konkureerivad prioriteedid ja ebakindlad majandusväljavaated, mistõttu on vaja tagada, et investeringud vähiravisse tooksid kulutustele vastavat kasu.

Vähiravi saaks tuua patsientidele ja tervishoiusüsteemidele suuremat kasu

Endiselt leidub võimalusi pakkuda kvaliteetsemat vähiravi, nagu näitavad viivitused vähiraviteenustele juurdepääsul, tarbetud erinevused ravikvaliteedis ja -tulemustes ning teenused, mida ei ole viidud süstemaatiliselt kooskõlla inimeste vajaduste ja eelistustega.

Vähidiagnoosi ja -ravi saamise edasilükkamine läheb endiselt maksma elusid. Kuigi elanikkonna vähktõve sõeluuringud on osutunud kulutõhusaks, parandades märkimisväärselt varajast avastamist ja suurendades elulemust, on nende kasutuselevõtt riigiti ja sotsiaalsete rühmade kaupa endiselt ebaühtlane. Need vajakajäämised põhjustavad diagnoosi hilinemist ja varajase ravi võimaluste möödalaskmist. 15–40 % kolorektaalvähiga patsientidest saavad diagnoosi erakorralise meditsiini osakonna kaudu. See diagnoosi saamise viis on seotud märgatavalt halvemate tulemustega. OECD andmetest nähtub, et patsiendid, kellele tehakse erakorraline kolorektaalvähi operatsioon, surevad 30 päeva jooksul pärast protseduuri kuni seitse korda suurema tõenäosusega kui patsiendid, kelle operatsioon oli plaaniline. Tööjõupuudus ja puudulik diagnoosimisvõime koos patsientide suunamise süsteemide koordineerimatusega pikendavad neid viivitusi, eriti haavatavate elanikkonnarühmade ja maapiirkondade puhul.

Tarbetud erinevused meditsiinipraktikas ja ravikvaliteedis põhjustavad mõne patsiendi kehvemad elulemust või elukvaliteeti ning soodustavad tervishoiusüsteemis raiskamist. Vähiravi on riigiti väga erinev, mis tõstatab küsimuse, kas praegune ravi on patsientidele ja tervishoiusüsteemidele kõige kasulikum. Näiteks ELi riikides ulatub 75aastaste ja vanemate meeste varajases staadiumis eesnäärmevähi diagnooside osakaal 53 %st Madalmaades 81 %ni Luksemburgis, mis kajastab erinevusi eesnäärmevähi sõeluuringutes. Nende erinevuste tõttu saavad mõned patsiendid diagnoosi liiga hilja, samal ajal kui teised patsiendid, kelle aeglase arenemisega vähk ei mõjutaks nende eeldatavat eluiga, saavad diagnoosi tarbetult, mis toob kaasa ebavajaliku ravi ja kulutab tervishoiusüsteemi. Lisaks ulatub täielikust mastektoomiast vähem invasiivse ja samasugust elulemust pakkuva osalise mastektoomia osakaal 79 %st Hispaanias kuni 50 % või vähemani Rumeenias ja Poolas.

Samal ajal näitavad tõendid, et neljal kümnest uuest vähiravimist, mille Euroopa Raviamet on viimase 25 aasta jooksul heaks kiitnud, on patsientidele olemasolevate ravimeetoditega võrreldes negatiivne või ebaselge terapeutiline lisaväärtus, mis rõhutab tervisetehnoloogia hindamise tähtsust hüvitamis- ja hinnapoliitika kujundamisel (ning ravijuhendite koostamisel), et tagada kulutuste vastavus saadavale kasule.

OECD patsiendi teatatud näitajate uuringust (Patient-Reported Indicator Survey – PARIS) ilmneb, et vähihaiged on teistest esmatasandi tervishoiu patsientidest haavatavamad. Nad on teatanud halvemast füüsilisest tervisest, kehvemast heolust ja sotsiaalsest toimetulekust ning ainult iga kolmas on teatanud, et nende ravi on väga inimkeskne. Andmete puudulik integreerimine, ravi koordineerimatus ja piiratud koostöö patsientidega ravi korraldamisel on peamised tegurid, mis takistavad vähihaigete inimkeskset ravi. Vähihaigetel on ka püsivaid probleeme tööhõive, rahalise kindlustatuse ja psühhosotsiaalse tervise valdkonnas: vähidiagnoos vähendab tööhõive tõenäosust keskmiselt 14 %, kusjuures mõju on suurim Kesk- ja Lõuna-Euroopas.

Neli prioriteeti vähiravi tõhususe suurendamiseks

Kõik ELi riigid ning Norra ja Island juba püüavad suurendada vähiravi tõhusust nelja valdkondadevahelise poliitikasuuna kaudu.

- **Integreeritud vähiraviteekondade loomine**, et tagada õigeaegne, koordineeritud ja võrdne juurdepääs ravile. Vähktõve ja sellega seotud kulude ohjamiseks tuleb asendada killustatud teenused integreeritud vähiraviteekondadega, milles on ühendatud diagnoosimine, ravi ja elulemus. Näiteks Taani ja Rootsi kogemustest nähtub, et kindlaksmääratud suunamisviisid,

tähtajalised diagnostilised eesmärgid ja valdkondadeüleised meeskonnad lühendavad ooteaegu ja parandavad elulemust. Investeeringud digiplatvormidesse, tugiisikute teenustesse ja piirkondlikku koordineerimisse on geograafilise ja elanikkonnarühmade vahelise ebavõrdsuse kaotamiseks hädavajalikud. Integreerimine optimeerib ka nappide diagnostikavahendite ja vähese tööjõu kasutamist, parandades nii juurdepääsu kui ka tõhusust.

- **Tõendus põhised standardid ja tulemuslikkuse seire.** Süstemaatiline kvaliteedi tagamine, nagu riiklikud akrediteerimis- ja sertifitseerimissüsteemid, miinimummahu nõuete täitmise tagamine ja ravijuhendite järgimise seire, garanteerib ravi tulemuslikkuse. Saksamaa vähiravi sertifitseerimine ja ravi kvaliteedi nõuded ning Madalmaade läbipaistvad kvaliteedialase tagasiside mehhanismid on näited ravi pideva parandamise kohta, mis võib elulemust suurendada. Vähi diagnoosi õigeaegsuse, järelravi ja vähiravi kvaliteedi, sealhulgas patsientide teatatud näitajate seiramiseks kasutatavate reaalaraja-andmeplatvormide laiendamine aitab jälgida ka tulemusi, mis on inimestele kõige tähtsamad, suurendades läbipaistvust, usaldusväarsust ja pidevat täiustamist, et vähendada vähetõhusat vähiravi.
- **Ressursikasutuse optimeerimine ja tehnoloogiliste uuenduste omaksvõtmine.** Sellised poliitikameetmed nagu riskipõhised sõeluuringud, päevaravi statsionaarse ravi asemel ja sarnaste bioloogiliste ravimite kasutuselevõtt võivad tõhusust märgatavalt suurendada, kahjustamata seejuures kvaliteeti. Üleminek spetsialiseeritud infusioonikeskustele, ambulatoorsele kirurgiale ja kodusse ravile (nagu on kindlaks määratud Prantsusmaa 2021.–2026. aasta riiklikus vähivastase võitluse tegevuskavas) on head näited selliste tavade kohta, mis võimaldavad tagada kvaliteetse ravi vähem kulukates asukohtades. Samal ajal võimaldavad arstide soovitusel, nagu algatus „Choosing Wisely“, ellu viia kasulikke algatusi vähetõhusa vähiravi vähendamiseks. Tehnoloogilised uuendused, nagu tehisintellekti poolt toetatud sõeluuringud, molekulaardiagnostika või robotkirurgia, aitavad samuti tagada ressursside suunamist kasutoovatesse sekkumistesse.
- **Inimkesksuse seadmine vähiravisüsteemi toimimise tugisambaks.** Suurem kaasamine otsuste tegemisse, ise haiguse kontrolli all hoidmise toetamine ja koordineeritud järelmeetmed on vähihaigetele väga olulised. Näiteks Taanis pakutakse personaalseid vähiraviplaane ja tugiteenuseid ravi koordineerimiseks, samal ajal kui Eestis kasutatakse patsientide võimestamiseks digivahendeid. Vähtõve sotsiaalse ja majandusliku mõõtmega tegelemine nõuab enam kui kliinilist ravi, et toetada psühholoogilist, sotsiaalset ja rahalist heaolu. Õigus olla unustatud, mis on praegu kehtestatud vaid kolmandikus ELi riikidest, on diskrimineerimise ennetamise ja tulevikuväljavaadete parandamise seisukohast ülitähtis.

Ajal, mida iseloomustavad lisaks tervishoiusüsteemi enda suutlikkuse ja tööjõuga seotud piirangutele valitsuste konkureerivad prioriteedid, tuleb rõhku panna tõhusa vähiravi tagamisele, mis aitab parandada tervisenäitajaid ja inimeste elukvaliteeti. Aeg on kujundada välja parem vähiravipoliitika, et rahuldada üha suurenevat nõudlust ning tagada kiirema juurdepääsu, varajase sekkumise, tõendus põhise ja tõhusa ravi abil optimaalsed tervisenäitajad, ning rakendada inimkeskseid lähenemisviise, mis kajastavad inimeste väärtusi ja eelistusi.

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.