



## Delivering High Value Cancer Care (Sažetak)

Cjelovito izvješće dostupno je na engleskom jeziku:

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.

### Broj oboljelih od raka u državama članicama EU-a od 2000. naglo je porastao za otprilike 30 %, uz zabrinjavajući porast među mladim ženama, što predstavlja veliko opterećenje za zdravstvene sustave

Rak je velik problem u javnom zdravstvu država članica EU-a koji sve više pogađa mlađu populaciju. Procjenjuje se da je 2024. u 27 država članica EU-a svake minute kod 5 osoba dijagnosticiran rak, što čini 2,7 milijuna novih slučajeva raka. Od 2000. broj novih slučajeva naglo je porastao za otprilike 30 % kod oba spola, a do 2040. predviđa se pola milijuna novih slučajeva (povećanje za 18 % od 2022.). Među mladim ženama stopa novih slučajeva raka u odnosu na broj stanovnika porasla je u posljednja dva desetljeća za 16 %, sa 144 na 167 oboljelih na 100 000, a uglavnom se radi o raku štitnjače, dojke i debelog crijeva ili o melanomu kože. Dokazi o uzrocima povećanog broja oboljelih među mlađom populacijom još se prikupljaju, ali poznati su određeni čimbenici koji igraju ulogu – npr. promjene reproduktivnih obrazaca (rak dojke), veće otkrivanje (rak štitnjače) ili izloženost u ranoj dobi i prehrana (rak debelog crijeva). Bez obzira na uzrok, kad se rak pacijentima dijagnosticira u ranoj dobi, oni moraju duže biti podvrgnuti liječenju i praćenju, a to stvara trajni pritisak na zdravstvene sustave i utječe na dobrobit pacijenata i njihovu socioekonomsku situaciju dugi niz godina.

Potrošnja u zdravstvu povezana s rakom u EU-u se od 1995. udvostručila (s 54 na 120 milijardi EUR u 2023.) i 2023. dosegla 6,9 % ukupnih rashoda za zdravstvo. Očekuje se da će do 2050. zbog povećanja broja oboljelih od raka, povezanog sa starenjem stanovništva i većom stopom preživljavanja oboljelih, u zemljama skupine EU-27 troškovi po stanovniku povezani s rakom porasti do 59 % u realnim vrijednostima. Ta će se kretanja odvijati u kontekstu javnih proračuna koji su pod pritiskom oprečnih prioriteta vlada i neizvjesnih gospodarskih izgleda, stoga je potrebno pobrinuti se da ulaganja u skrb za oboljele od raka ostvare vrijednost za uloženi novac.

## **Skrb za oboljele od raka mogla bi ostvariti bolju vrijednost za pacijente i zdravstvene sustave**

Kašnjenja u pristupu uslugama skrbi za oboljele, nepotrebne razlike u kvaliteti skrbi i ishodima te usluge koje nisu sustavno usklađene s potrebama i preferencijama pacijenata pokazuju da bi se skrb za oboljele od raka mogla poboljšati.

**Zbog kašnjenja u pristupu dijagnozi i liječenju raka i dalje se gube životi.** Populacijski programi probira raka pokazali su se troškovno učinkovitima jer uvelike povećavaju rano otkrivanje i stopu preživljavanja, ali njihova je primjena i dalje neujednačena među zemljama i društvenim skupinama. Zbog tih nedostataka dolazi do kašnjenja u dijagnosticiranju i propuštaju se prilike za rano liječenje. Rak debelog crijeva dijagnosticira se u hitnoj službi kod 15 % – 40 % pacijenata, a taj je način dijagnosticiranja povezan sa znatno lošijim ishodima. Podaci OECD-a pokazuju da je vjerojatnost da pacijenti koji su podvrgnuti hitnoj operaciji raka debelog crijeva umru u roku od 30 dana od zahvata do sedam puta veća nego kod pacijenata čije su operacije planirane. Ta su kašnjenja još i veća, osobito kod ranjivih skupina stanovništva i u ruralnim područjima, zbog nedostatka radne snage i dijagnostičkih kapaciteta te nekoordiniranih sustava upućivanja pacijenata.

**Nepotrebne razlike u liječničkoj praksi i kvaliteti skrbi za oboljele dovode do manje stope preživljavanja ili lošije kvalitete života za neke pacijente te neučinkovitosti zdravstvenog sustava.**

Liječnička skrb za oboljele od raka iznimno je heterogena među državama, zbog čega se postavlja pitanje ostvaruje li sadašnja skrb za oboljele najbolju vrijednost za pacijente i zdravstvene sustave. Primjerice, među državama članicama EU-a udio raka prostate dijagnosticiranog u ranoj fazi kod muškaraca u dobi od 75 godina i više kreće se od 53 % u Nizozemskoj do 81 % u Luksemburgu, što pokazuje razlike u praksama probira za rak prostate. Zbog tih se razlika kod nekih pacijenata dijagnoza postavlja prekasno, dok se kod drugih pacijenata, kod kojih spororastući rak ne bi utjecao na njihov očekivani životni vijek, dijagnosticira a da to nije nužno, što dovodi do nepotrebnog liječenja i nepotrebnih troškova u zdravstvenom sustavu. Nadalje, udio djelomičnih mastektomija, koje su manje invazivne i omogućavaju sličnu stopu preživljavanja kao i potpune mastektomije, kreće se od 79 % u Španjolskoj do 50 % ili manje u Rumunjskoj i Poljskoj.

Nadalje, dokazano je da četiri od deset novih lijekova za rak koje je Europska agencija za lijekove odobrila u posljednjih 25 godina pokazuju negativnu ili nejasnu dodanu terapijsku vrijednost u odnosu na postojeće terapije za pacijente, što jasno pokazuje važnost procjene zdravstvenih tehnologija pri oblikovanju politika naknade troškova i određivanja cijena (kao i u pripremi kliničkih smjernica) kako bi se zajamčilo usklađivanje potrošnje s vrijednošću.

**Istraživanje OECD-a o pokazateljima koje navodi pacijent (engl. *Patient-Reported Indicator Survey, PARIS*) pokazuje da su oboljeli od raka ranjiviji od ostalih pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.** Oni navode lošije fizičko zdravlje, dobrobit i društveno funkcioniranje, a tek svaki treći navodi da je skrb izrazito individualizirana. Loša integracija podataka, nedostatak koordinacije skrbi i ograničeno zajedničko oblikovanje skrbi s pacijentima ključni su čimbenici koji otežavaju individualiziranu skrb za oboljele od raka. Oboljeli od raka suočavaju se i s trajnim problemima povezanim sa zaposlenjem, financijskom sigurnošću i psihosocijalnim zdravljem: dijagnoza raka u prosjeku smanjuje vjerojatnost zaposlenja za 14 %, a učinak je najveći u srednjoj i južnoj Europi.

## **Četiri prioriteta za povećanje vrijednosti skrbi za oboljele od raka**

Sve države članice EU-a te Norveška i Island već rade na tome da poboljšaju skrb za oboljele od raka u okviru četiri međusektorska smjera politike.

- **Izgradnja integriranih pristupa raku** u okviru kojih je omogućen pravodoban, koordiniran i pravedan pristup skrbi. Potrebno je odmaknuti se od rascjepkanih usluga i uvesti integrirane pristupe skrbi za oboljele od raka u kojima su povezani dijagnosticiranje, liječenje i preživljenje kako bi se kontrolirao rak i s njim povezani troškovi. Primjerice, iskustva iz Danske i Švedske pokazuju da definirani načini upućivanja, vremenski ograničeni dijagnostički ciljevi i multidisciplinarni timovi smanjuju vrijeme čekanja i povećavaju stopu preživljavanja. Ulaganja u digitalne platforme, osoblje koje se bavi usmjeravanjem skrbi i regionalnu koordinaciju ključna su za uklanjanje nejednakosti po geografskim regijama i skupinama stanovništva. Integracija optimizira i upotrebu ograničenih dijagnostičkih i ljudskih resursa čime se poboljšava i pristup i učinkovitost.
- **Standardi utemeljeni na dokazima i praćenje uspješnosti.** Učinkovitu skrb jamče sustavno osiguravanje kvalitete u okviru, primjerice, nacionalnih akreditacijskih i certifikacijskih sustava, uvođenje standarda minimalnog opsega i nadzor poštovanja kliničkih smjernica. Certificiranje ustanova koje skrbe za oboljele od raka i klinički standardi kvalitete u Njemačkoj te transparentni mehanizmi za povratne informacije o kvaliteti u Nizozemskoj primjeri su kontinuiranog poboljšanja skrbi koje može povećati stope preživljavanja. Proširenje platformi za podatke u stvarnom vremenu koje prate pravodobnost dijagnoze raka, skrb za pacijenta nakon liječenja i kvaliteta skrbi za oboljele od raka, uključujući pokazatelje koje navodi pacijent, također pomažu u praćenju ishoda koji su pacijentima najvažniji, čime se potiče transparentnost, odgovornost i kontinuirano poboljšanje skrbi za oboljele od raka.
- **Optimizacija korištenja resursa i prihvaćanje tehnoloških inovacija.** Politike kao što su probir raka stratificiran prema riziku, dnevna bolnica umjesto bolničke skrbi te primjena biosličnih lijekova mogu postići veliku učinkovitost, a da se pritom ne ugrozi kvaliteta. Specijalizirani centri za intravenoznu terapiju, ambulantni kirurški zahvati i liječenje kod kuće (kako je navedeno u francuskom nacionalnom planu za rak za razdoblje 2021. – 2026.) primjeri su dobre prakse kojima se može osigurati visokokvalitetna skrb u povoljnijim ustanovama. Osim toga, preporuke koje daju kliničari, npr. u okviru kampanje *Choosing Wisely* (Pametna odabir), nude korisne inicijative za poboljšanje skrbi za oboljele od raka. Tehnološke inovacije, kao što je probir uz pomoć umjetne inteligencije, molekularna dijagnostika ili operativni zahvati uz pomoć robota, također omogućuju da se resursi usmjere u intervencije koje ostvaruju vrijednost.
- **Individualizirana skrb mora postati temelj rada onkološkog sustava.** Oboljelima od raka iznimno su važni veće sudjelovanje u donošenju odluka, potpora za upravljanje vlastitim zdravljem i koordinirana skrb nakon liječenja. Na primjer, Danska omogućava individualno prilagođene planove za skrb za oboljele od raka i potporu u usmjeravanju radi koordinacije skrbi, a Estonija koristi digitalne alate za jačanje položaja pacijenata. Rad na društvenoj i ekonomskoj dimenziji raka zahtijeva izlazak iz okvira kliničke skrbi kako bi se doprinijelo psihološkoj, društvenoj i financijskoj dobrobiti oboljelih. Zakonodavstvo pod nazivom „pravo na zaborav”, koje je dosad donijela samo trećina država članica EU-a, ključno je za sprečavanje diskriminacije i poboljšanje životnih okolnosti.

S obzirom na oprečne prioritete vlada i nedostatak kapaciteta i radne snage u samom zdravstvenom sustavu, u prvom planu mora biti pružanje visokovrijedne skrbi za oboljele od raka koja doprinosi pozitivnim zdravstvenim ishodima i kvaliteti života oboljelih. Vrijeme je za bolje politike skrbi za oboljele od raka kako bi se odgovorilo na rastuće potrebe i postigli optimalni zdravstveni ishodi bržim pristupom, ranom intervencijom i učinkovitom skrbi koja se temelji na dokazima, kao i za individualizirane pristupe kojima se uzimaju u obzir vrijednosti i preferencije oboljelih.

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.