



Delivering High Value Cancer Care (Kopsavilkums)

Viss ziņojuma teksts ir pieejams angļu valodā:

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.

Kopš 2000. gada vēža gadījumu skaits ES valstīs ir pieaudzis par aptuveni 30 % — ar satraucošu pieaugumu tieši jaunu sieviešu vidū —, tā radot lielu slogu veselības aprūpes sistēmām

ES valstīs vēzis ir būtiska sabiedrības veselības problēma, kas arvien biežāk skar jauniešus. Tiek lēsts, ka 2024. gadā 27 ES valstīs vēzis ik minūti tika diagnosticēts 5 cilvēkiem – kopā tie ir 2,7 miljoni jaunu vēža gadījumu. Kopš 2000. gada jaunu vēža gadījumu skaits abiem dzimumiem ir kāpis par aptuveni 30 %, un tiek lēsts, ka līdz 2040. gadam tiks reģistrēts pusmiljons jaunu gadījumu (18 % pieaugums salīdzinājumā ar 2022. gadu). Jaunu sieviešu vidū jaunu vēža gadījumu skaits attiecībā pret iedzīvotāju skaitu pēdējo divdesmit gadu laikā ir audzis par 16 % — no 144 līdz 167 gadījumiem uz 100 000 —, galvenokārt dominē vairogdziedzera, krūts un kolorektālais vēzis un ādas melanoma. Lai gan pierādījumi par vēža pieauguma cēloņiem jauniešu vidū joprojām tiek vākti, ir zināms, ka ietekme ir tādiem faktoriem kā reproduktīvo paradumu pārmaiņas (krūts vēzis) un uzlabota diagnosticēšana (vairogdziedzera vēzis) vai pakļautība riska faktoriem agrīnos dzīves posmos un uzturs (kolorektālais vēzis). Vēža diagnosticēšana jaunākā vecumā, neatkarīgi no cēloņa, nozīmē, ka pacienti tiek ārstēti un uzraudzīti ilgāk, tas rada ilgstošu spiedienu uz veselības aprūpes sistēmām, kā arī daudzu gadu garumā ietekmē pacientu labbūtību un sociālekonomisko situāciju.

Kopš 1995. gada ar vēzi saistītie veselības aprūpes izdevumi ES ir divkāršojušies (no 54 miljardiem EUR līdz 120 miljardiem EUR 2023. gadā), 2023. gadā veidojot 6,9 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem. Paredzams, ka līdz 2050. gadam ar sabiedrības novecošanu un vēža slimnieku ilgāku dzīvildzi saistītais vēža gadījumu skaita pieaugums izraisīs to, ka reālā izteiksmē ES27 valstīs ar vēzi saistītie izdevumi, rēķinot uz vienu iedzīvotāju, palielināsies par 59 %. Minētās tendences norisināsies paralēli tam, ka valstu budžetiem būs jāapkalpo arī citas, savstarpēji konkurējošas valdības prioritātes, turklāt neskaidru ekonomisko perspektīvu kontekstā, tāpēc būtu jānodrošina, ka ieguldījumi vēža pacientu aprūpē sniedz ieguldīto līdzekļu atdevi.

Vēža pacientu aprūpe varētu sniegt lielāku labumu pacientiem un veselības aprūpes sistēmām

Joprojām ir neizmantotas iespējas nodrošināt augstvērtīgāku vēža aprūpi, par ko liecina kavēšanās piekļuvē vēža aprūpes pakalpojumiem, nevajadzīgas atšķirības aprūpes kvalitātē un iznākumos, kā arī pakalpojumi, kas nav sistemātiski saskaņoti ar cilvēku vajadzībām un vēlmēm.

Kavēšanās ar piekļuvi vēža diagnostikai un ārstēšanai joprojām prasa dzīvības. Lai gan plašas iedzīvotāju vēža skrīninga programmas ir izrādījušās finansiāli izdevīgas, ievērojami uzlabojot agrīnu atklāšanu un palielinot dzīvildzi, to izmantošana dažādās valstīs un sociālajās grupās joprojām ir nevienmērīga. Minēto nepilnību dēļ diagnozes tiek noteiktas novēloti, nokavējot iespējas veikt ārstēšanu agrīnā stadijā. 15 %–40 % pacientu kolorektālo vēzi diagnosticē neatliekamās palīdzības nodaļā, un tas ir saistīts ar ievērojami sliktākiem ārstēšanas iznākumiem. ESAO dati liecina, ka pacientiem, kam tiek veikta ārkārtas kolorektālā vēža operācija, 30 dienu laikā pēc procedūras ir līdz pat septiņām reizēm lielāka iespēja mirt nekā pacientiem, kuru operācija bija plānota. Nepietiekama darbaspēka un diagnostikas kapacitāte kopā ar nekoordinētām pacientu nosūtīšanas sistēmām šo kavēšanos saasina, jo īpaši attiecībā uz neaizsargātām iedzīvotāju grupām un lauku apvidos.

Nevajadzīgas variācijas ārstu praksē un aprūpes kvalitātē attiecībā uz dažiem pacientiem noved pie zemākas dzīvildzes vai zemas dzīves kvalitātes, kā arī veicina izšķērdību veselības aprūpes sistēmā. Vēža pacientu aprūpes prakse dažādās valstīs ir ārkārtīgi nevienmērīga, radot jautājumus, vai pašreizējā aprūpe sniedz labāko iespējamo ieguvumu pacientiem un veselības aprūpes sistēmām. Piemēram, ES valstīs prostatas vēža agrīnas diagnosticēšanas īpatsvars vīriešiem vecumā no 75 gadiem svārstās no 53 % Nīderlandē līdz 81 % Luksemburgā, atspoguļojot prostatas vēža skrīninga prakses atšķirības. Atšķirību dēļ daži pacienti tiek diagnosticēti pārāk vēlu, savukārt citi pacienti, kuru lēni augošais vēzis viņu paredzamo mūža ilgumu neietekmē, tiek diagnosticēti bezjēdzīgi, tā izraisot nevajadzīgu ārstēšanu un izšķērdējot veselības aprūpes resursus. Kas attiecas uz daļējām mastektomijām, kuras ir mazāk invazīvas un sniedz līdzīgus dzīvildzes ieguvumus kā pilnas mastektomijas, – to īpatsvars svārstās no 79 % Spānijā līdz 50 % vai mazāk Rumānijā un Polijā.

Tajā pašā laikā pierādījumi liecina, ka četras no desmit jaunajām pretvēža zālēm, ko pēdējo 25 gadu laikā apstiprinājusi Eiropas Zāļu aģentūra, salīdzinājumā ar līdzšinējo ārstēšanu sniedz negatīvu vai neskaidru pievienoto terapeitisko vērtību pacientiem, tā izceļot veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas nozīmi kompensācijas un cenu noteikšanas politikas veidošanā (un klīnisko pamatnostādņu sagatavošanā), lai nodrošinātu, ka izdevumi atbilst ieguvumam.

ESAO apsekojums “PARIS” liecina, ka vēža slimnieki ir neaizsargātāki par citiem primārās veselības aprūpes pacientiem. Viņi ziņo par sliktāku fizisko veselību, labbūtību un sociālās funkcionēšanas spējām, un tikai katrs trešais piekrīt, ka saņemtā aprūpe ir uz cilvēku centrēta. Vāja datu integrācija, aprūpes koordinācijas trūkums un ierobežota aprūpes koordinācija ar pacientiem ir galvenie faktori, kas kavē vēža pacientu aprūpi, kura ir uz cilvēku centrēta un integrēta. Vēža slimnieki saskaras arī ar ilgstošām problēmām nodarbinātības, finansiālā nodrošinājuma un psihosociālās veselības jomā: vēža diagnoze samazina nodarbinātības iespējamību vidēji par 14 %, vislielākā ietekme tam ir Centrāleiropā un Dienvideiropā.

Četras prioritātes, kas palīdzēs palielināt ieguvumu no vēža aprūpes

Visas ES valstis kopā ar Norvēģiju un Islandi jau cenšas uzlabot vēža pacientu aprūpes vērtību, izmantojot četrus transversālus politikas virzienus.

- **Veidot integrētus vēža pārvaldības ceļus,** kas nodrošina savlaicīgu, koordinētu un vienlīdzīgu piekļuvi aprūpei. Lai kontrolētu vēzi un ar to saistītās izmaksas, ir jāpāriet no sadrumstalotiem pakalpojumiem uz integrētiem vēža pārvaldības ceļiem, kas sasaista diagnostiku, ārstēšanu un izdzīvošanu. Piemēram, Dānijas un Zviedrijas pieredze liecina, ka noteikti pacientu nosūtīšanas

maršruti, laikā ierobežoti diagnostikas mērķi un daudzdisciplīnu komandas samazina gaidīšanas laiku un uzlabo dzīvildzi. Lai novērstu nevienlīdzības starp grupām, kas atšķiras pēc ģeogrāfiskiem parametriem vai iedzīvotāju sastāva, būtiski ir investēt digitālajās platformās, aprūpes navigācijā un reģionālajā koordinācijā. Integrācija optimizē arī ierobežoto diagnostikas un darbaspēka resursu izmantošanu, uzlabojot gan pieejamību, gan efektivitāti.

- **Uz pierādījumiem balstīti standarti un snieguma uzraudzība.** Sistemātiska kvalitātes nodrošināšana, piemēram, valsts akreditācijas un sertifikācijas sistēmas, minimālo apjoma standartu izpilde un klīnisko pamatnostādņu ievērošanas uzraudzība, nodrošina aprūpes efektivitāti. Vēža pacientu aprūpes sertificēšana un klīniskās kvalitātes standarti Vācijā, kā arī pārredzamie kvalitātes atgriezeniskās saites mehānismi Nīderlandē liecina par nepārtrauktiem aprūpes uzlabojumiem, kas var palielināt dzīvildzi. Paplašinot reāllaika datu platformas, kas uzrauga vēža diagnostikas savlaicīgumu, turpmāko aprūpi un vēža pacientu aprūpes kvalitāti, tostarp pacientu ziņotos rādītājus, var labāk izprast iznākumus, kas cilvēkiem ir svarīgākie, tā veicinot pārredzamību, pārskatatbildību un pastāvīgus uzlabojumus, lai samazinātu zema ieguvuma risinājumus vēža pacientu aprūpē.
- **Resursu izmantošanas optimizēšana un tehnoloģisko jauninājumu pieņemšana.** Tādi risinājumi kā pēc riska stratificēts skrīnings, dienas un stacionārā aprūpe un biolīdzīgo līdzekļu apguve var sniegt lielu efektivitātes pieaugumu, neapdraudot kvalitāti. Pāreja uz specializētiem infūzijas centriem, ambulatoro ķirurģiju un ārstēšanu mājās (kā izklāstīts Francijas nacionālajā vēža apkarošanas ceļvedī 2021.–2026. gadam) ir labi piemēri praksei, kas var nodrošināt kvalitatīvu aprūpi ar lētāku infrastruktūru. Tajā pašā laikā ārstu ieteikumi, piemēram, iniciatīva “Choosing Wisely”, piedāvā noderīgus pamudinājumus kā ierobežot zema ieguvuma risinājumus vēža pacientu aprūpē. Tehnoloģiskā inovācija, piemēram, MI atbalstīts skrīnings, molekulārā diagnostika vai robotizēta ķirurģija, arī palīdz nodrošināt, ka resursi tiek novirzīti intervencēm, kas sniedz ieguvumu.
- **Uz cilvēka vajadzībām vērsta pieeja – viens no vēža aprūpes sistēmas snieguma pīlāriem.** Vēža slimnieki par svarīgu uzskata lielāku iesaisti lēmumu pieņemšanā, atbalstu pašaprūpei un koordinētiem turpmākajiem pasākumiem. Piemēram, Dānija piedāvā personalizētus vēža aprūpes plānus un navigācijas atbalstu aprūpes koordinēšanai, savukārt Igaunija izmanto digitālos rīkus pacientu tiesību nostiprināšanai. Risinājumiem, kas saistīti ar vēža sociālo un ekonomisko dimensiju, jāsniedzas tālāk par klīnisko aprūpi, tiem jāietver arī psiholoģiskā, sociālā un finansiālā labbūtība. Tiesību akti, kas paredz “tiesības tikt aizmirstam”, pašlaik ir pieņemti tikai trešdaļā ES valstu, un tie ir būtiski, lai novērstu diskrimināciju un uzlabotu dzīves iespējas.

Laikā, kad līdztekus ierobežotai veselības aprūpes sistēmas kapacitātei un nepietiekamam darbaspēkam valdības prioritātes ir savstarpēji konkurējošas, uzsvars jāliek uz augstvērtīgas vēža aprūpes nodrošināšanu, kas veicina veselības iznākumus un uzlabo cilvēka dzīves kvalitāti. Tagad ir īstais laiks uzlabot vēža pacientu aprūpes politiku, lai apmierinātu augošo pieprasījumu un nodrošinātu optimālus veselības iznākumus, izmantojot ātrāku piekļuvi, agrīnu iejaukšanos, uz pierādījumiem balstītu un efektīvu aprūpi, kā arī uz cilvēka vajadzībām vērstu pieeju, kas atspoguļo cilvēku vērtības un vēlmes.

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.