



Delivering High Value Cancer Care (Streszczenie)

Pełne sprawozdanie jest dostępne w języku angielskim:

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.

Liczba zachorowań na nowotwory w państwach UE wzrosła od 2000 r. o około 30 proc., co istotnie obciąża systemy opieki zdrowotnej, a szczególnie niepokojące jest coraz częstsze występowanie nowotworów u młodych kobiet.

Nowotwory są jednym z największych wyzwań dla zdrowia publicznego w krajach UE i coraz częściej dotyczą osoby młode. Szacuje się, że w 2024 r. w 27 państwach UE diagnozowano nowotwór średnio u pięciu osób na minutę, co łącznie daje 2,7 mln nowych przypadków rocznie. Od 2000 r. liczba nowych zachorowań wzrosła o około 30 proc. wśród obu płci, a prognozy wskazują na pół miliona nowych przypadków rocznie do 2040 r. (wzrost o 18 proc. w porównaniu z 2022 r.). Wśród młodych kobiet liczba nowych zachorowań na 100 tys. osób wzrosła o 16 proc. w ciągu ostatnich dwudziestu lat – ze 144 do 167 przypadków; głównie z powodu wzrostu zachorowań na raka tarczycy, raka piersi, czerniaka skóry i raka jelita grubego. Przyczyny wzrostu zachorowań wśród osób młodszych nie są jeszcze w pełni poznane, ale ważną rolę odgrywają m.in.: zmiany wzorców reprodukcyjnych (rak piersi), większa wykrywalność (rak tarczycy), a także ekspozycja na niektóre czynniki środowiskowe we wczesnym okresie życia i dieta (rak jelita grubego). Niezależnie od przyczyny, diagnoza w młodszym wieku wiąże się z dłuższym okresem leczenia i monitorowania pacjentów. To oznacza dodatkową presję na system ochrony zdrowia i długotrwałe konsekwencje dla dobrostanu i sytuacji społeczno-ekonomicznej pacjentów.

Wydatki na leczenie chorób nowotworowych w UE podwoiły się od 1995 r. (z 54 do 120 mld euro w 2023 r.) i stanowiły 6,9 proc. całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w 2023 r. Przewiduje się, że do 2050 r., dalszy wzrost zachorowań na nowotwory związany ze starzeniem się społeczeństwa i wydłużeniem życia pacjentów onkologicznych, doprowadzi do wzrostu wydatków o 59 proc. w przeliczeniu na jednego mieszkańca UE-27 w ujęciu realnym. Tendencje te nakładają się na rosnącą presję na finanse publiczne wynikającą z konkurujących ze sobą priorytetów politycznych oraz niepewnych perspektyw gospodarczych. W tych warunkach szczególnie istotne jest zapewnienie, by inwestycje w opiekę onkologiczną były opłacalne i przynosiły realną wartość.

Opieka onkologiczna może lepiej służyć zarówno pacjentom jak i systemom opieki zdrowotnej

W opiece onkologicznej istnieje przestrzeń do dalszej poprawy efektywności. Świadczą o tym: zbyt późne diagnozy, duże i nieuzasadnione różnice w jakości leczenia oraz brak dostosowania świadczeń do potrzeb i preferencji pacjentów.

Zbyt późne rozpoznanie i wdrożenie leczenia nowotworów wciąż kosztują życie pacjentów. Programy badań przesiewowych są efektywne, ponieważ pozwalają na wcześniejsze wykrywanie chorób nowotworowych i dzięki temu zwiększają przeżywalność. Jednakże ich wykorzystanie jest zróżnicowane zarówno między krajami, jak i grupami społecznymi. Skutkiem tego są zbyt późne diagnozy i utrata szansy na wczesną interwencję. Szacuje się, że od 15 do 40 proc. przypadków raka jelita grubego wykrywa się dopiero w stanach zagrożenia życia i zdrowia, co negatywnie wpływa na rokowania pacjentów. Z danych OECD wynika, że prawdopodobieństwo zgonu w ciągu 30 dni po operacji raka jelita grubego jest nawet siedem razy wyższe, jeśli zabieg odbywa się w trybie nagłym, a nie planowym. Problemy te pogłębiają niedobory kadrowe, ograniczona dostępność diagnostyki oraz brak koordynacji między diagnostyką a leczeniem, co najbardziej uderza w osoby z grup szczególnie wrażliwych oraz mieszkańców obszarów wiejskich.

Nieuzasadnione różnice w praktyce klinicznej i jakości opieki prowadzą do obniżonej przeżywalności lub jakości życia pacjentów i przyczyniają się do niewydolności systemu opieki zdrowotnej. Podejście do opieki onkologicznej znacząco różni się między krajami UE, co rodzi pytania o efektywność stosowanych rozwiązań. Przykładowo, odsetek wykrywania nowotworów prostaty we wczesnym stadium rozwoju u mężczyzn w wieku 75 lat i starszych waha się w państwach UE od 53 proc. w Niderlandach do 81 proc. w Luksemburgu. Tak duża rozbieżność sugeruje odmienne podejścia do badań przesiewowych w kierunku raka prostaty. Różnice te oznaczają również, że u niektórych pacjentów diagnozę stawia się zbyt późno, podczas gdy inni – u których nowotwór rozwija się wolno i nie wpłynąłby na długość życia – są diagnozowani niepotrzebnie, co prowadzi do wdrożenia nieuzasadnianego leczenia i niepotrzebnie obciąża system opieki zdrowotnej. Podobne różnice w podejściu do opieki onkologicznej dotyczą również leczenia: odsetek mastektomii częściowych, które są mniej inwazyjne i przynoszą podobne korzyści pod względem przeżywalności co mastektomie całkowite, waha się od 79 proc. w Hiszpanii do 50 proc. (lub mniej) w Rumunii i Polsce.

Jednocześnie, dane wskazują, że cztery na dziesięć nowych leków przeciwnowotworowych zatwierdzonych w ciągu ostatnich 25 lat przez Europejską Agencję Leków ma negatywną lub niejasną wartość dodaną w stosunku do istniejących metod leczenia pacjentów. To podkreśla znaczenie rzetelnej oceny technologii medycznych przy ustalaniu cen, zasad refundacji i sporządzaniu wytycznych klinicznych tak, aby dostosować wydatki do wartości terapeutycznej leku.

Z badania OECD PaRIS wynika, że osoby z chorobami nowotworowymi są bardziej podatne na różne formy zagrożeń niż inni pacjenci objęci podstawową opieką zdrowotną. Pacjenci onkologiczni deklarują gorszy stan zdrowia fizycznego, obniżony dobrostan i utrudnione funkcjonowanie społeczne, a tylko co trzeci pacjent uważa, że podejście do opieki w dużym stopniu koncentruje się na potrzebach pacjentów. Braki w integracji danych, niedostateczna koordynacja i słaba współpraca z pacjentami są kluczowymi czynnikami utrudniającymi zagwarantowanie opieki zorientowanej na potrzeby pacjenta. Pacjenci onkologiczni mierzą się także z poważnymi konsekwencjami społecznymi i ekonomicznymi: po zdiagnozowaniu nowotworu prawdopodobieństwo zatrudnienia zmniejsza się średnio o 14 proc., najbardziej wyraźnie w Europie Środkowej i Południowej.

Cztery priorytety zwiększające wartość opieki onkologicznej

Wszystkie kraje UE oraz Norwegia i Islandia podejmują działania na rzecz zwiększenia wartości opieki onkologicznej, koncentrując się na czterech przekrojowych kierunkach polityki zdrowotnej.

- **Tworzenie zintegrowanych ścieżek opieki onkologicznej**, które zapewniają wczesny, skoordynowany i równy dostęp do leczenia. Zastępowanie rozdzielonych usług zintegrowanymi ścieżkami opieki onkologicznej, łączącymi diagnostykę, leczenie i opiekę nad osobami żyjącymi z nowotworem lub po jego wyleczeniu pozwala zarówno poprawić wyniki zdrowotne, jak i kontrolować koszty. Przykłady Danii i Szwecji pokazują, że konkretne ścieżki diagnostyki i leczenia, określone w czasie cele diagnostyczne i multidyscyplinarne skracają czas oczekiwania i zwiększają przeżywalność. Inwestowanie w platformy cyfrowe, wsparcie pacjentów w odnajdywaniu się w systemie ochrony zdrowia i koordynacja regionalna ma zasadnicze znaczenie dla zniwelowania nierówności geograficznych i społecznych. Integracja optymalizuje również wykorzystanie ograniczonych zasobów diagnostycznych i kadrowych, poprawiając zarówno dostępność, jak i wydajność.
- **Standardy oparte na dowodach naukowych i monitorowanie wyników**. Zapewnienie jakości poprzez krajowe systemy akredytacji i certyfikacji, egzekwowanie minimalnych norm oraz monitorowanie przestrzegania wytycznych klinicznych stanowi warunek skutecznej opieki. Certyfikaty opieki onkologicznej w Niemczech i normy jakości klinicznej oraz przejrzyste mechanizmy informacji zwrotnej na temat jakości wprowadzone w Niderlandach stanowią przykłady ciągłego doskonalenia opieki, które może zwiększyć wskaźniki przeżywalności. Rozwijanie platform zbierających dane w czasie rzeczywistym, które umożliwiają monitorowanie średniego czasu diagnostyki nowotworów, dalszej opieki onkologicznej i jej jakości – uwzględniając również ocenę pacjentów – także pomaga ocenić, jakie wyniki mają największe znaczenie dla pacjentów, zwiększając przejrzystość, rozliczalność i ograniczanie opieki onkologicznej o niskiej wartości.
- **Optymalizacja wykorzystania zasobów i wdrażanie innowacji technologicznych**. Rozwiązania takie jak badania przesiewowe nakierowane na grupy podwyższonego ryzyka, leczenie w trybie dziennym zamiast opieki stacjonarnej oraz stosowanie leków biopodobnych pozwalają znacznie zwiększyć wydajność bez uszczerbku dla jakości. Wykorzystanie specjalistycznych ośrodków chemioterapii dziennej, chirurgii ambulatoryjnej i leczenia w domu (jak np. we francuskim krajowym planie działania w zakresie nowotworów na lata 2021–2026) to dobre przykłady praktyk zapewniających opiekę wysokiej jakości przy zmniejszeniu kosztów utrzymania obiektów. Zalecenia lekarzy, takie jak inicjatywa „Choosing Wisely”, dodatkowo ułatwiają wyeliminowanie opieki onkologicznej o niskiej wartości. Innowacje technologiczne, m.in. badania przesiewowe wspomagane sztuczną inteligencją, diagnostyka molekularna lub chirurgia wspierana robotami, również usprawniają alokację zasobów.
- Sprawienie, aby **potrzeby pacjentów stały się priorytetem dla systemu onkologicznego**. Większe zaangażowanie w podejmowanie decyzji, wsparcie w samodzielnym radzeniu sobie z chorobą i skoordynowana opieka następcza mają kluczowe znaczenie dla osób żyjących z chorobą nowotworową. W Danii dostępne są spersonalizowane plany opieki onkologicznej i wsparcie w poruszaniu się w systemie opieki zdrowotnej usprawniające koordynację opieki, natomiast Estonia wykorzystuje narzędzia cyfrowe w celu wzmocnienia pozycji pacjentów. Uwzględnianie społecznych i ekonomicznych konsekwencji chorób nowotworowych wymaga działań wykraczających poza opiekę kliniczną, obejmujących wsparcie psychiczne, społeczne i finansowe. Prawo do „bycia zapomnianym” w Internecie, przyjęte obecnie jedynie w jednej trzeciej państw UE, również odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu dyskryminacji oraz poprawie szans życiowych osób po chorobie nowotworowej.

W obliczu konkurujących ze sobą priorytetów w działaniach rządów, a także ograniczonych zasobów i niedoborów kadrowych w samym systemie ochrony zdrowia, kluczowe jest skoncentrowanie się na zapewnieniu opieki onkologicznej o wysokiej wartości. Opieka ta powinna realnie przyczynić się do poprawy wyników zdrowotnych oraz jakości życia pacjentów. Nadszedł czas na wypracowanie skuteczniejszych rozwiązań w zakresie opieki onkologicznej, które zaspokoją rosnące zapotrzebowanie poprzez szybszy dostęp do świadczeń, wczesną interwencję, opiekę opartą na dowodach naukowych i efektywne wykorzystaniu zasobów, a także podejście zorientowane na pacjenta, odzwierciedlające jego wartości i preferencje.

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.