



Delivering High Value Cancer Care (Zhrnutie)

Úplná správa je k dispozícii v angličtine:

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.

Počet prípadov rakoviny sa v krajinách EÚ od roku 2000 zvýšil približne o 30 % – so znepokojujúcim nárastom medzi mladými ženami –, čo predstavuje veľkú záťaž pre systémy zdravotnej starostlivosti

Rakovina je v krajinách EÚ závažným problémom verejného zdravia, ktorý čoraz viac postihuje mladšiu populáciu. V roku 2024 bola v 27 krajinách EÚ každú minútu rakovina diagnostikovaná piatim ľuďom, čo predstavuje 2,7 milióna nových prípadov rakoviny. Od roku 2000 vzrástol počet nových prípadov rakoviny u oboch pohlaví približne o 30 % a podľa odhadov by do roku 2040 malo pribudnúť pol milióna nových prípadov (nárast o 18 % oproti roku 2022). Medzi mladými ženami vzrástol počet nových prípadov rakoviny vo vzťahu k počtu obyvateľov za posledné dve desaťročia o 16 %, zo 144 na 167 prípadov na 100 000 obyvateľov, najmä v dôsledku rakoviny štítnej žľazy, prsníka, kože (melanóm) a hrubého čreva a konečníka. Hoci sa stále objavujú dôkazy o príčinách nárastu prípadov v mladšej populácii, úlohu zohrávajú faktory ako zmena reprodukčných vzorcov (rakovina prsníka), zvýšené odhaľovanie (rakovina štítnej žľazy) alebo vystavenie rizikovým faktorom v ranom veku a strava (rakovina hrubého čreva a konečníka). Bez ohľadu na príčinu diagnózy v mladšom veku znamenajú, že pacienti musia podstúpiť viac rokov liečby a monitorovania, čo vytvára trvalý tlak na systémy zdravotnej starostlivosti a ovplyvňuje blaho a sociálno-ekonomickú situáciu pacientov počas mnohých rokov.

Výdavky na zdravie súvisiace s rakovinou sa v EÚ od roku 1995 zdvojnásobili (z 54 na 120 miliárd EUR v roku 2023) a v roku 2023 dosiahnu 6,9 % celkových výdavkov na zdravie. Očakáva sa, že do roku 2050 povedie nárast počtu prípadov rakoviny v súvislosti so starnutím populácie a s dlhším prežívaním onkologických pacientov k zvýšeniu výdavkov na rakovinu na obyvateľa v krajinách EÚ27 o 59 % v reálnom vyjadrení. Tieto trendy sa prejavujú v situácii, keď sú verejné rozpočty pod tlakom konkurenčných vládnych priorít a neistých hospodárskych vyhládok, čo si vyžaduje zabezpečiť, aby investície do onkologickej starostlivosti prinášali hodnotu za vynaložené prostriedky.

Onkologická starostlivosť by mohla prinášať lepšiu hodnotu pre pacientov a systémy zdravotnej starostlivosti

Stále existujú príležitosti na poskytovanie onkologickej starostlivosti s vyššou hodnotou, o čom svedčia oneskorenia v prístupe k službám onkologickej starostlivosti, zbytočné rozdiely v kvalite a vo výsledkoch starostlivosti a služby, ktoré nie sú systematicky zosúladené s potrebami a preferenciami ľudí.

Oneskorený prístup k diagnostike a liečbe rakoviny naďalej spôsobuje straty na ľudských životoch. Hoci sa populačné skriningové programy rakoviny ukázali ako nákladovo efektívne – výrazne zlepšujú včasné odhalenie a vedú k vyššej miere prežitia – ich využívanie je v jednotlivých krajinách a sociálnych skupinách stále nerovnomerné. Tieto nedostatky vedú k oneskoreným diagnózam a stratám príležitostí na včasnú liečbu. V prípade 15 – 40 % pacientov sa rakovina hrubého čreva a konečníka diagnostikuje pri centrálnom príjme, čo je spojené s výrazne horšími výsledkami. Z údajov OECD vyplýva, že v prípade pacientov, ktorí podstúpia urgentnú operáciu rakoviny hrubého čreva a konečníka, je až sedemkrát vyššia pravdepodobnosť úmrtia do 30 dní od zákroku ako u pacientov, ktorých operácia bola plánovaná. Nedostatok pracovnej sily a diagnostických kapacít spolu s nekoordinovanými systémami odosielania pacientov tieto oneskorenia ešte zhoršujú, najmä v prípade zraniteľných skupín obyvateľstva a vo vidieckych oblastiach.

Zbytočné rozdiely v lekárskej praxi a kvalite starostlivosti vedú k horšej miere prežitia alebo kvalite života niektorých pacientov a prispievajú k plytvaniu v rámci systémov zdravotnej starostlivosti.

Lekárska prax v oblasti onkologickej starostlivosti je v jednotlivých krajinách veľmi rôznorodá, čo vyvoláva otázky, či súčasná starostlivosť prináša pacientom a systémom zdravotnej starostlivosti najlepšiu hodnotu. Napríklad v krajinách EÚ sa podiel diagnostikovaných prípadov rakoviny prostaty v ranom štádiu u mužov vo veku 75 rokov a starších pohybuje od 53 % v Holandsku po 81 % v Luxembursku, čo odráža rozdiely v postupoch skriningu rakoviny prostaty. Tieto rozdiely vedú k tomu, že u niektorých pacientov sa rakovina diagnostikuje príliš neskoro, zatiaľ čo u iných pacientov – ktorých pomaly rastúca rakovina by neovplyvnila ich očakávanú dĺžku života – sa diagnostikuje zbytočne, čo vedie k zbytočnej liečbe a vytvára plytvanie v rámci systému zdravotnej starostlivosti. Okrem toho sa podiel čiastočných odstránení prsníka (mastektómii), ktoré sú menej invazívne a ponúkajú podobné prínosy, pokiaľ ide o prežitie, ako úplné mastektómie, pohybuje od 79 % v Španielsku po 50 % alebo menej v Rumunsku a Poľsku.

Zároveň z dôkazov vyplýva, že štyri z desiatich nových liekov na rakovinu schválených za posledných 25 rokov Európskou agentúrou pre lieky vykazujú negatívnu alebo nejasnú pridanú terapeutickú hodnotu oproti existujúcej liečbe pre pacientov, čo zdôrazňuje význam hodnotenia zdravotníckych technológií pri tvorbe politik určovania úhrad a cien (a pri informovaní o klinických usmerneniach), aby sa zabezpečilo, že výdavky budú v súlade s hodnotou.

Z prieskumu OECD PaRIS (prieskum týkajúci sa ukazovateľov hlásených pacientmi) vyplýva, že onkologickí pacienti sú zraniteľnejší ako ostatní pacienti primárnej zdravotnej starostlivosti.

Uvádzajú horšie fyzické zdravie, pohodu a sociálne fungovanie a len každý tretí uvádza, že ich starostlivosť je vo veľkej miere zameraná na človeka. Nedostatočná integrácia údajov, nedostatočná koordinácia starostlivosti a obmedzený príspevok pacientov k vytváraniu starostlivosti sú kľúčovými faktormi, ktoré bránia starostlivosti o onkologických pacientov zameranej na človeka. Onkologickí pacienti čelia aj trvalým problémom v oblasti zamestnania, finančného zabezpečenia a psychosociálneho zdravia: diagnóza rakoviny znižuje pravdepodobnosť získania zamestnania v priemere o 14 %, pričom najväčší vplyv má v strednej a južnej Európe.

Štyri priority na zvýšenie hodnoty onkologickej starostlivosti

Všetky krajiny EÚ spolu s Nórskom a Islandom sa už usilujú zlepšiť hodnotu onkologickej starostlivosti prostredníctvom štyroch prierezových politických smerovaní.

- **Budovanie integrovaných ciest onkologických pacientov**, ktoré zabezpečia včasný, koordinovaný a spravodlivý prístup k starostlivosti. Na zvládnutie rakoviny a s ňou súvisiacich

nákladov je potrebný prechod od fragmentovaných služieb k integrovaným cestám onkologickej starostlivosti, ktoré spájajú diagnostiku, liečbu a prežívanie. Skúsenosti z Dánska a zo Švédska napríklad ukazujú, že vymedzené cesty odosielania pacientov, časovo ohraničené diagnostické ciele a multidisciplinárne tímy skracujú čakacie lehoty a zlepšujú mieru prežitia. Investície do digitálnych platforiem, úloh zameraných na nasmerovanie pacienta k správnej starostlivosti a regionálnej koordinácii sú nevyhnutné na odstránenie nerovností medzi geografickými oblasťami rôznymi skupinami obyvateľstva. Ich integráciou sa zároveň optimalizuje využívanie obmedzených diagnostických zdrojov a pracovnej sily, čo zlepšuje prístup aj efektívnosť.

- **Normy založené na dôkazoch a monitorovanie výkonnosti.** Systematické zabezpečovanie kvality, ako sú národné akreditačné a certifikačné systémy, presadzovanie noriem minimálneho počtu zákrokov a monitorovanie dodržiavania klinických usmernení, zabezpečuje efektívnosť starostlivosti. Nemecká certifikácia onkologickej starostlivosti a klinické normy kvality, ako aj holandské transparentné mechanizmy spätnej väzby v oblasti kvality sú príkladom neustáleho zlepšovania starostlivosti, ktoré môže zvýšiť mieru prežitia. Rozširovanie platforiem na spracovanie údajov v reálnom čase, ktoré monitorujú včasnosť diagnostiky rakoviny, následnú starostlivosť a kvalitu onkologickej starostlivosti – vrátane ukazovateľov hlásených pacientmi (PaRIS) –, takisto pomáha sledovať výsledky, ktoré sú pre ľudí najdôležitejšie, a podporuje transparentnosť, zodpovednosť a neustále zlepšovanie s cieľom obmedziť onkologickú starostlivosť s nízkou hodnotou.
- **Optimalizácia využívania zdrojov a zavádzanie technologických inovácií.** Politiky, napríklad skrining so stratifikáciou rizika, uprednostňovanie dennej starostlivosti pred nemocničnou a zavádzanie biologicky podobných liekov, môžu priniesť veľké zvýšenie efektívnosti bez toho, aby bola ohrozená kvalita. Prechod na špecializované infúzne centrá, ambulantnú chirurgiu a domácu liečbu (ako sa uvádza vo francúzskom národnom pláne boja proti rakovine na roky 2021 – 2026) sú dobrými príkladmi postupov, ktoré môžu zabezpečiť vysokokvalitnú starostlivosť na menej nákladných miestach. Odporúčania vytvorené pod vedením lekárov, napríklad kampaň Choosing Wisely (Vyberajme liečbu s rozumom), zároveň ponúkajú užitočné iniciatívy na obmedzenie onkologickej starostlivosti s nízkou hodnotou. Technologické inovácie, napríklad skrining s pomocou umelej inteligencie, molekulárna diagnostika alebo roboticky asistovaná chirurgia, takisto pomáhajú zabezpečiť, aby sa zdroje nasmerovali na intervencie, ktoré prinášajú hodnotu.
- **Urobiť z orientácie na človeka pilier výkonnosti onkologického systému.** Väčšie zapojenie do rozhodovania, podpora pri samoriadení a koordinované následné opatrenia majú pre onkologických pacientov veľký význam. Napríklad Dánsko ponúka personalizované plány onkologickej starostlivosti a podporu pri nasmerovaní pacienta na správnu starostlivosť v záujme koordinácie starostlivosti, zatiaľ čo Estónsko využíva digitálne nástroje na posilnenie postavenia pacientov. Riešenie sociálnych a ekonomických aspektov rakoviny si vyžaduje, aby sa okrem klinickej starostlivosti podporila aj psychologická, sociálna a finančná pohoda. Právne predpisy o „práve na zabudnutie“, ktoré sú v súčasnosti prijaté len v tretine krajín EÚ, sú kľúčové z hľadiska predchádzania diskriminácii a zlepšenia životných príležitostí.

V čase konkurenčných vládnych priorít – popri kapacitných a personálnych obmedzeniach v samotnom systéme zdravotnej starostlivosti – sa musí klásť dôraz na zabezpečenie onkologickej starostlivosti s vysokou hodnotou, ktorá prispieva k zdravotným výsledkom a ku kvalite života ľudí. Nastal čas na lepšiu politiku v oblasti onkologickej starostlivosti, ktorá by zodpovedala rastúcemu dopytu a zabezpečila optimálne zdravotné výsledky prostredníctvom rýchlejšieho prístupu, včasnej intervencie, starostlivosti založenej na dôkazoch a efektívnej starostlivosti, ako aj na prístupoch zameraných na človeka, v ktorých sa zohľadňujú hodnoty a preferencie ľudí.

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.