



Delivering High Value Cancer Care (Povzetek)

Celotno poročilo je na voljo v angleščini:

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.

Število primerov raka v državah EU se je od leta 2000 povečalo za približno 30 %, z zaskrbljujočim porastom med mladimi ženskami, kar predstavlja veliko breme za zdravstvene sisteme

Rak je velik problem za javno zdravje v državah EU in je vse pogostejši med mlajšim prebivalstvom. Ocenjuje se, da je bil leta 2024 v 27 državah EU vsako minuto rak diagnosticiran pri petih osebah, kar predstavlja 2,7 milijona novih primerov raka. Od leta 2000 se je število novih primerov raka pri obeh spolih povečalo za približno 30 %, pri čemer ocene napovedujejo pol milijona novih primerov do leta 2040 (kar je 18-odstotno povečanje v primerjavi z letom 2022). Med mladimi ženskami se je stopnja novih primerov raka glede na prebivalstvo v zadnjih dveh desetletjih povišala za 16 %, s 144 na 167 na 100 000 prebivalcev, predvsem zaradi raka ščitnice, dojke, kožnega melanoma ter raka debelega črevesa in danke. Čeprav dokazi o vzrokih za porast med mlajšim prebivalstvom še vedno prihajajo na dan, imajo pri tem vlogo dejavniki, kot so spremembe v reproduktivnih vzorcih (rak dojke), povečano odkrivanje (rak ščitnice) ali izpostavljenost v zgodnjem življenju in prehrana (rak debelega črevesa in danke). Ne glede na vzrok diagnoze v mlajših letih pomenijo, da morajo pacienti prestati več let zdravljenja in spremljanja, kar ustvarja stalen pritisk na zdravstvene sisteme ter dolgotrajno vpliva na dobro počutje in socialno-ekonomski položaj pacientov.

Izdatki za zdravstvo, povezani z rakom, so se v EU od leta 1995 podvojili (s 54 na 120 milijard EUR leta 2023) in leta 2023 dosegli 6,9 % vseh izdatkov za zdravstvo. Pričakuje se, da bo do leta 2050 povečanje števila primerov raka, povezano s staranjem prebivalstva in daljšim preživetjem pacientov z rakom, v državah EU-27 povzročilo 59 % višje izdatke za raka na prebivalca v realnem smislu. Ti trendi se bodo razkrivali v okviru javnih proračunov, ki so pod pritiskom zaradi konkurenčnih prednostnih nalog vlade in negotovih gospodarskih obetov, zato je treba zagotoviti, da bodo naložbe v oskrbo raka stroškovno učinkovite.

Pri oskrbi raka bi se lahko zagotovila večja vrednost za paciente in zdravstvene sisteme

Še vedno obstajajo priložnosti za zagotavljanje oskrbe raka z višjo vrednostjo, kot je razvidno iz zamud pri dostopu do storitev oskrbe raka, nepotrebnih razlik v kakovosti in izidih oskrbe ter storitev, ki niso sistematično usklajene s potrebami in željami ljudi.

Zamude pri dostopu do diagnoze in zdravljenja raka še naprej terjajo življenja. Čeprav so se presejalni programi za odkrivanje raka med prebivalstvom izkazali za stroškovno učinkovite, saj bistveno izboljšujejo zgodnje odkrivanje in vodijo do višje stopnje preživetja, njihova uporaba med državami in družbenimi skupinami ostaja neenakomerna. Te vrzeli vodijo do zapoznelih diagnoz in zamujenih priložnosti za zgodnje zdravljenje. Pri 15 % do 40 % pacientov je rak debelega črevesa in danke diagnosticiranih na urgentnem oddelku, kar je povezano z bistveno slabšimi izidi. Podatki OECD kažejo, da je pri pacientih, ki prestanejo nujno operacijo raka debelega črevesa in danke, verjetnost smrti v 30 dneh po posegu do sedemkrat večja kot pri tistih, pri katerih je bila operacija načrtovana. Pomanjkanje kadra in diagnostičnih zmogljivosti ter neusklajeni sistemi za napotitev pacientov še dodatno povečujejo te zamude, zlasti za ranjive skupine prebivalstva in na podeželskih območjih.

Nepotrebne razlike v medicinski praksi in kakovosti oskrbe vodijo v slabše preživetje ali kakovost življenja nekaterih pacientov ter prispevajo k neučinkoviti porabi sredstev v zdravstvenem sistemu.

Medicinska praksa pri oskrbi raka je med državami izjemno raznolika, kar odpira vprašanja, ali sedanja oskrba zagotavlja najboljšo vrednost za paciente in zdravstvene sisteme. Na primer, med državami EU se delež zgodnjih diagnoz raka prostate pri moških, starih 75 let in več, giblje od 53 % na Nizozemskem do 81 % v Luksemburgu, kar odraža razlike v praksah presejanja raka prostate. Zaradi teh razlik je pri nekaterih pacientih diagnoza postavljena prepozno, medtem ko je pri drugih pacientih, pri katerih počasi rastoči rak ne bi vplival na njihovo pričakovano življenjsko dobo, postavljena po nepotrebnem, kar vodi v nepotrebno zdravljenje in povzroča neučinkovito porabo sredstev v zdravstvenem sistemu. Poleg tega se delež delnih mastektomij, ki so manj invazivne in nudijo podobne koristi glede preživetja kot popolne mastektomije, giblje od 79 % v Španiji do 50 % ali manj v Romuniji in na Poljskem.

Hkrati dokazi kažejo, da štiri od desetih novih zdravil proti raku, ki jih je v zadnjih 25 letih odobrila Evropska agencija za zdravila, izkazujejo negativno ali nejasno dodano terapevtsko vrednost v primerjavi z obstoječimi zdravili za paciente, kar poudarja pomen vrednotenja zdravstvene tehnologije pri oblikovanju politik glede povračil in oblikovanja cen (ter pri pripravi kliničnih smernic), da se zagotovi, da so izdatki usklajeni z vrednostjo.

Raziskava OECD PARIS kaže, da so ljudje, ki živijo z rakom, ranjivejši od drugih pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu. Poročajo o slabšem telesnem zdravju, dobrem počutju in delovanjem v družbi, le eden od treh pa poroča, da je njihova oskrba izrazito osredotočena na ljudi. Slaba integracija podatkov, pomanjkanje usklajevanja oskrbe in omejena soudeležba pri oskrbi pacientov so ključni dejavniki, ki ovirajo oskrbo pacientov z rakom, osredotočeno na ljudi. Ljudje, ki živijo z rakom, se srečujejo tudi s trajnimi izzivi na področju zaposlovanja, finančne varnosti in psihosocialnega zdravja. Diagnoza raka v povprečju zmanjša verjetnost zaposlitve za 14 %, pri čemer je vpliv največji v srednji in južni Evropi.

Štiri prednostne naloge za povečanje vrednosti oskrbe raka

Vse države EU, skupaj z Norveško in Islandijo, si že prizadevajo izboljšati vrednost oskrbe raka s štirimi medsektorskimi usmeritvami politike.

- **Vzpostavitev integriranih poti oskrbe raka**, ki zagotavljajo pravočasen, usklajen in pravičen dostop do oskrbe. Za obvladovanje raka in z njim povezanih stroškov je potreben prehod od razdrobljenih storitev k integriranim potem oskrbe raka, ki povezujejo diagnozo, zdravljenje in

preživetje. Izkušnje iz Danske in Švedske na primer kažejo, da jasno določene poti napotitve, časovno opredeljeni diagnostični cilji in multidisciplinarne skupine skrajšajo čakalne dobe in izboljšajo preživetje. Naložbe v digitalne platforme, vloge usmerjanja pri oskrbi in regionalno usklajevanje so ključnega pomena za odpravo neenakosti glede na geografska območja in skupine prebivalstva. Z integracijo se prav tako optimizira uporaba omejenih diagnostičnih in kadrovskih virov, s čimer se izboljšata tako dostopnost kot tudi učinkovitost.

- **Standardi, ki temeljijo na dokazih, in spremljanje uspešnosti.** Sistematično zagotavljanje kakovosti, kot so nacionalni sistemi akreditacije in certificiranja, uveljavljanje standardov minimalnega obsega ter spremljanje upoštevanja kliničnih smernic, zagotavlja učinkovito oskrbo. Nemški sistem certificiranja oskrbe raka in standardi klinične kakovosti ter pregledni mehanizmi Nizozemske za povratne informacije o kakovosti predstavljajo primere stalnih izboljšav oskrbe, ki lahko povišajo stopnje preživetja. Širitev podatkovnih platform v realnem času, ki spremljajo pravočasnost diagnoze raka, kontrolno oskrbo in kakovost oskrbe raka, vključno s kazalniki, ki jih sporočijo pacienti, prav tako pomaga spremljati izide, ki so za ljudi najpomembnejši, kar spodbuja preglednost, odgovornost in stalno izboljševanje za zmanjšanje oskrbe raka z nizko vrednostjo.
- **Optimizacija rabe virov in izkoriščanje tehnoloških inovacij.** S politikami, kot so tveganjsko stratificirano presejanje raka, dnevna oskrba v primerjavi z bolnišnično oskrbo in uporaba podobnih bioloških zdravil, se lahko zelo poveča učinkovitost, ne da bi bila pri tem ogrožena kakovost. Prehod na specializirane infuzijske centre, ambulantna kirurgija in zdravljenje na domu (kot je določeno v nacionalnem načrtu Francije za boj proti raku za obdobje 2021–2026) so dobri primeri praks, s katerimi se lahko zagotovi visokokakovostna oskrba v stroškovno ugodnejših okoljih. Hkrati pa priporočila pod vodstvom zdravnikov, kot je „Choosing Wisely“, ponujajo koristne pobude za zmanjšanje oskrbe raka z nizko vrednostjo. Tehnološke inovacije, kot so presejanje s podporo umetne inteligence, molekularna diagnostika ali robotsko podprta kirurgija, prav tako pomagajo zagotoviti, da se viri usmerjajo v posege, ki prinašajo vrednost.
- **Vzpostavitev osredotočenosti na ljudi kot stebra uspešnosti onkološkega sistema.** Večja vključenost v odločanje, podpora pri samostojnem obvladovanju bolezni in usklajeno nadaljnje spremljanje so izjemnega pomena za ljudi, ki živijo z rakom. Na Danskem na primer ponujajo prilagojene načrte za oskrbo raka in navigacijsko podporo za usklajevanje oskrbe, medtem ko Estonija uporablja digitalna orodja za opolnomočenje pacientov. Obravnava socialnih in ekonomskih razsežnosti raka zahteva preseganje klinične oskrbe za podporo psihološki, socialni in finančni blaginji. Zakonodaja o pravici do pozabe, ki je trenutno sprejeta le v tretjini držav članic EU, je ključna za preprečevanje diskriminacije in izboljšanje življenjskih priložnosti.

V času konkurenčnih prednostnih nalog vlade – ob omejitvah zmogljivosti in kadrov v samem zdravstvenem sistemu – mora biti poudarek na zagotavljanju oskrbe raka z visoko vrednostjo, ki prispeva k boljšim zdravstvenim izidom in kakovosti življenja ljudi. Zdaj je čas za boljše politike oskrbe raka, da bi zadostili vse večjim potrebam in zagotovili optimalne zdravstvene izide s hitrejšim dostopom, zgodnjim ukrepanjem, z dokazi podprto in učinkovito oskrbo, ter za pristope, osredotočene na ljudi, ki odražajo njihove vrednote in želje.

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.