



Delivering High Value Cancer Care (Resumé)

Den fuldstændige rapport findes på engelsk:

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.

Antallet af kræfttilfælde er steget med ca. 30 % i EU-landene siden 2000 — især stigningen blandt unge kvinder er bekymrende — hvilket udgør en stor byrde for sundhedssystemerne

Kræft er et stort folkesundhedsmæssigt problem i EU-landene og påvirker i stigende grad den yngre befolkning. I 2024 blev ca. 5 mennesker diagnosticeret med kræft hvert minut i de 27 EU-lande, hvilket svarer til 2,7 mio. nye kræfttilfælde. Siden 2000 er antallet af nye kræfttilfælde steget kraftigt, ca. 30 % for begge køn, og det anslås, at antallet af nye tilfælde vil være på en halv million i 2040 (en stigning på 18 % i forhold til 2022). Blandt unge kvinder er andelen af nye kræfttilfælde pr. 100 000 indbyggere steget med 16 % i løbet af de seneste to årtier, fra 144 til 167, primært som følge af stigninger i skjoldbruskkirtel-, bryst-, hud- og tyk- og endetarmskræft. Mens der løbende fremkommer ny dokumentation om årsagerne til stigningen blandt den yngre befolkning, spiller faktorer som ændrede reproduktionsmønstre (brystkræft), øget påvisning (skjoldbruskkirtelkræft) og eksponering tidligt i livet samt kost (tyktarms- og endetarmskræft) en rolle. Uanset årsag betyder diagnoser i yngre alder, at patienterne skal gennemgå flere års behandling og overvågning, hvilket lægger et vedvarende pres på sundhedssystemerne og påvirker patienternes trivsel og socioøkonomiske situation i mange år.

De kræftrelaterede sundhedsudgifter i EU er fordoblet siden 1995 (fra 54 mia. EUR til 120 mia. EUR i 2023) og udgjorde i 2023 6,9 % af de samlede sundhedsudgifter. I 2050 forventes en stigning i antallet af kræfttilfælde som følge af befolkningens aldring og længere overlevelse blandt kræftpatienter at føre til 59 % højere udgifter pr. indbygger i faste priser i EU27-landene. Denne udvikling vil finde sted i en kontekst med offentlige budgetter under pres fra konkurrerende regeringsprioriteter og usikre økonomiske udsigter, hvilket understreger behovet for at sikre, at investeringer i kræftbehandling giver valuta for pengene.

Kræftbehandling kunne være af højere værdi for patienter og sundhedssystemer

Det er stadig muligt at forbedre kræftbehandlingen, hvilket afspejles i forsinkelser i adgangen til kræftbehandlingstjenester, unødvendige forskelle i behandlingskvalitet og -resultater og tjenester, der ikke systematisk er tilpasset menneskers behov og præferencer.

Forsinkelser i adgangen til kræftdiagnosticering og -behandling koster fortsat liv. Selv om befolkningsbaserede kræftscreeningsprogrammer har vist sig at være omkostningseffektive — idet de væsentligt forbedrer tidlig påvisning og øger overlevelsen — er deres udbredelse fortsat ujævn på tværs af lande og sociale grupper. Disse mangler resulterer i forsinkede diagnoser og forspildte muligheder for tidlig behandling. Mellem 15 % og 40 % af patienter med tyk- og endetarmskræft diagnosticeres via akutmodtagelser — en vej, der er forbundet med betydeligt dårligere resultater. Data fra OECD viser, at risikoen for at dø inden for 30 dage efter et indgreb er syv gange større for patienter, der gennemgår en akut tyk- og endetarmskræftoperation, end patienter, hvis operation var planlagt. Mangel på personale og diagnostisk kapacitet i kombination med manglende koordinering i patienthenvisningssystemer forværrer disse forsinkelser, navnlig for sårbare befolkningsgrupper og i landdistrikter.

Unødvendige forskelle i medicinsk praksis og behandlingskvalitet fører til ringere overlevelse eller livskvalitet for nogle patienter og bidrager til spild i sundhedssystemet. Der er store forskelle på medicinsk praksis inden for kræftbehandling på tværs af lande, hvilket rejser spørgsmålet om, hvorvidt den nuværende behandling giver den bedste værdi for patienter og sundhedssystemer. Blandt EU-landene varierer andelen af tidlige diagnoser af prostatakræft hos mænd på 75 år og derover f.eks. fra 53 % i Nederlandene til 81 % i Luxembourg, hvilket afspejler forskelle i praksis for prostatakræftscreening. Disse forskelle resulterer i, at nogle patienter diagnosticeres for sent, mens andre patienter — hvis langsomt voksende kræft ikke vil påvirke deres forventede levetid — diagnosticeres unødigt, hvilket fører til unødvendig behandling og spild i sundhedssystemet. Desuden er der forskel på andelen af delvise mastektomier, som er mindre invasive og giver tilsvarende overlevelsesgevinster som fuldstændige mastektomier, fra 79 % i Spanien til 50 % eller derunder i Rumænien og Polen.

Samtidig viser evidensen, at den terapeutiske merværdi for patienter ved fire ud af ti nye kræftlægemidler, som Det Europæiske Lægemiddelagentur har godkendt inden for de seneste 25 år, er negativ eller uklar i forhold til eksisterende behandlinger. Dette understreger betydningen af medicinsk teknologivurdering i udformningen af godtgørelses- og prissætningspolitikker (og som grundlag for kliniske retningslinjer) for at sikre, at udgifterne er i overensstemmelse med den værdi, der skabes.

OECD's PARIS-undersøgelse tyder på, at personer, der lever med kræft, er mere sårbare end andre patienter i den primære sundhedspleje. De rapporterer dårligere fysisk helbred, trivsel og social funktionsevne, og kun én ud af tre angiver, at deres behandling i høj grad er personcentreret. Dårlig dataintegration, manglende koordination af behandlingsforløb og begrænset samarbejde med patienter om behandling er centrale faktorer, der hæmmer personcentreret behandling af kræftpatienter. Personer, der lever med kræft, støder også på varige udfordringer med hensyn til beskæftigelse, økonomisk sikkerhed og psykosocial sundhed: en kræftdiagnose reducerer i gennemsnit sandsynligheden for at være i beskæftigelse med 14 %, og påvirkningen er størst i Central- og Sydeuropa.

Fire prioriteter for at øge værdien af kræftbehandling

Alle EU-lande samt Norge og Island søger allerede at forbedre værdien af kræftbehandling gennem fire tværgående politiske retningslinjer.

- **Udvikling af integrerede kræftforløb**, der giver rettidig, koordineret og lige adgang til behandling. Der er behov for at bevæge sig væk fra fragmenterede tjenester og i retning af integrerede kræftbehandlingsforløb, der skaber sammenhæng mellem diagnosticering, behandling og overlevelse, for at bekæmpe kræft og de dermed forbundne omkostninger. Erfaringer fra

eksempelvis Danmark og Sverige viser, at fastlagte henvisningsveje, tidsbestemte diagnostiske mål og tværfaglige teams nedbringer ventetiden og forbedrer overlevelseschancerne. Investeringer i digitale platforme, stillinger som tovholder for patienter og regional koordinering er afgørende for at udligne geografiske og befolkningsmæssige uligheder. Integration optimerer også anvendelsen af knappe diagnostiske ressourcer og personaleressourcer og forbedrer både adgangen og effektiviteten.

- **Evidensbaserede standarder og resultatovervågning.** Systematisk kvalitetssikring såsom nationale akkrediterings- og certificeringsordninger, håndhævelse af minimumsvolumenkrav og overvågning af overholdelse af kliniske retningslinjer sikrer, at behandlingen er effektiv. Tysklands certificering af kræftbehandling og kliniske kvalitetsstandarder samt Nederlændenes transparente feedbackmekanismer om kvalitet er eksempler på, hvordan løbende behandlingsforbedringer kan øge overlevelsesraten. Udvidelse af dataplatforme i realtid, der overvåger rettidigheden af kræftdiagnosticering, opfølgende behandling og kvaliteten af kræftbehandling — herunder patientrapporterede indikatorer — bidrager også til at følge de resultater, der har størst betydning for patienterne, og fremmer gennemsigtighed, ansvarlighed og løbende forbedringer for at begrænse kræftbehandling af lav værdi.
- **Optimering af ressourceanvendelse og åbenhed over for teknologisk innovation.** Der kan være store effektivitetsgevinster ved politikker som f.eks. risikostratificeret screening, ambulante behandling kontra hospitalsindlæggelse og udbredelse af biosimilære lægemidler uden at gå på kompromis med kvaliteten. Mere udbredt anvendelse af specialiserede centre til intravenøs behandling, ambulante kirurgi og behandling i hjemmet (som fastsat i Frankrigs nationale køreplan for kræft for 2021-2026) er gode eksempler på praksis, der kan sikre behandling af høj kvalitet på mindre omkostningstunge behandlingssteder. Samtidig indeholder anbefalinger fra klinikere som f.eks. Choosing Wisely nyttige initiativer til at begrænse kræftbehandling af lav værdi. Teknologisk innovation såsom AI-støttet screening, molekylær diagnostik eller robotassisteret kirurgi bidrager også til at sikre, at ressourcerne målrettes til indgreb, der giver værdi.
- **Fokus på mennesket som en grundpille i kræftsystemets performance.** Større inddragelse i beslutningstagningen, støtte til egenhåndtering og koordineret opfølgning har stor betydning for mennesker, der lever med kræft. Danmark tilbyder f.eks. personlige kræftbehandlingsplaner og støtte fra tovholdere til at koordinere behandling, og Estland udnytter digitale værktøjer til at styrke patienternes indflydelse. Håndtering af de sociale og økonomiske dimensioner af kræft indebærer håndtering af flere forhold end klinisk behandling for at støtte psykologisk, social og økonomisk velfærd. Lovgivningen om "retten til at blive glemt", der i øjeblikket kun er vedtaget i en tredjedel af EU-landene, er afgørende for at forebygge forskelsbehandling og forbedre mulighederne i livet.

I en tid med konkurrerende regeringsprioriteter — samt kapacitetsbegrænsninger og manglende arbejdskraft i selve sundhedssystemet — skal der lægges vægt på at sikre kræftbehandling af høj værdi, der bidrager til sundhedsmæssige resultater og menneskers livskvalitet. Tiden er inde til at forbedre kræftbehandlingspolitikker for at imødekomme den stigende efterspørgsel og sikre optimale sundhedsresultater gennem hurtigere adgang, tidlig indgriben, evidensbaseret og effektiv behandling — samt personcentrerede tilgange, der afspejler patienternes værdier og præferencer.

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.