



Delivering High Value Cancer Care (Sammendrag)

Les hele rapporten 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.

Krefttilfeller har økt med omtrent 30 % i EU-landene siden 2000 – med bekymringsfulle økninger blant unge kvinner – noe som utgjør en stor belastning på helsevesenet

Kreft er et stort folkehelseproblem i EU-land, som i økende grad rammer den yngre befolkningen. I 2024 ble det anslått at rundt 5 personer fikk en kreftdiagnose hvert minutt i 27 EU-land, noe som tilsvarer 2,7 millioner nye krefttilfeller. Siden 2000 har antallet nye krefttilfeller økt med omtrent 30 % for begge kjønn, med anslag som spår en halv million nye tilfeller innen 2040 (en økning på 18 % fra 2022). Blant unge kvinner har forekomsten av nye krefttilfeller i forhold til befolkningen økt med 16 % de siste to tiårene, fra 144 til 167 per 100 000, hovedsakelig drevet av kreft i skjoldbruskkjertel, brystkreft, hudmelanom og tykk- og endetarmskreft. Selv om kunnskapsgrunnlaget om årsakene til økningen blant den yngre befolkningen fortsatt er under utvikling, pekes det på at faktorer som endrede reproduktive mønstre (brystkreft); økt deteksjon (kreft i skjoldbruskkjertel), eller tidlig eksponering og kosthold (kreft i endetarm) spiller en rolle. Uansett årsak betyr diagnoser i yngre alder at pasienter må gjennomgå flere år med behandling og overvåking, noe som legger vedvarende press på helsesystemene og påvirker pasientenes velvære og sosioøkonomiske situasjon i mange år.

Kreftrelaterte helseutgifter i EU har doblet seg siden 1995 (fra 54 til 120 milliarder euro i 2023), og utgjorde 6,9 % av de totale helseutgiftene i 2023. Innen 2050 forventes en økning i antall krefttilfeller, knyttet til befolkningens aldring og lengre overlevelse blant personer som lever med kreft, å føre til 59 % høyere kreftutgifter per innbygger i faste priser i EU27-land. Disse trendene vil utfolde seg i konteksten av offentlige budsjetter som er under press fra konkurrerende regjeringsprioriteringer og en usikker økonomisk utsikt, noe som krever at investeringer i kreftbehandling gir verdi for pengene.

Kreftbehandling kan gi bedre verdi for pasienter og helsevesen

Det finnes fortsatt muligheter til å levere kreftbehandling av høyere verdi, noe man ser i form av forsinkelser i tilgangen til krefttjenester, unødvendige forskjeller i kvalitet og behandlingsresultater, samt tjenester som ikke er systematisk tilpasset befolkningens behov og preferanser.

Forsinkelser i tilgang til kreftdiagnose og behandling fortsetter å koste liv. Selv om befolkningsbaserte kreftscreeningprogrammer har vist seg å være kostnadseffektive – med betydelig forbedret tidlig oppdagelse og høyere overlevelse – er deltakelsen fortsatt ujevn i forskjellige land og sosiale grupper. Disse gapene fører til forsinkede diagnoser og tapte muligheter for tidlig behandling. 15–40 % av pasientene med tykktarms- og endetarmskreft får sin diagnose gjennom akuttmottaket – en diagnosevei som er knyttet til betydelig dårligere behandlingsresultater. OECD-data viser at pasienter som gjennomgår akutt kirurgi for tykktarms- og endetarmskreft, har opptil sju ganger høyere risiko for å dø innen 30 dager etter inngrepet enn pasienter som får planlagt kirurgi. Mangel på helsepersonell og diagnostisk kapasitet, sammen med lite koordinerte systemer for henvisning av pasienter forverrer disse forsinkelsene, særlig for sårbare grupper og i landlige områder.

Unødvendige variasjoner i medisinsk praksis og kvaliteten på helsetjenester fører til dårligere overlevelse eller livskvalitet for enkelte pasienter og bidrar til sløsing i helsevesenet. Medisinsk praksis for kreftbehandling er ekstremt heterogen på tvers av land, noe som reiser spørsmål om hvorvidt dagens behandling gir best verdi for pasienter og helsesystemer. For eksempel varierer andelen tidlig diagnostisert prostatakreft blant menn på 75 år og eldre i forskjellige EU-land fra 53 % i Nederland til 81 % i Luxembourg, noe som gjenspeiler forskjeller i praksis for screening av prostatakreft. Disse forskjellene fører til at noen pasienter blir diagnostisert for sent, mens andre pasienter – hvis langsomt voksende kreft ikke ville påvirke deres forventede levealder – blir diagnostisert unødvendig, noe som fører til unødvendig behandling og skaper sløsing i helsevesenet. I tillegg varierer andelen av delvise mastektomier, som er mindre invasive og gir lignende overlevelsesfordeler som full mastektomi fra 79 % i Spania til 50 % eller lavere i Romania og Polen.

Samtidig viser evidens at fire av ti nye kreftmedisiner som er godkjent av Det europeiske legemiddelbyrået de siste 25 årene, har negativ eller uklar tilleggsterapeutisk verdi sammenlignet med eksisterende behandlinger for pasienter. Dette fremhever viktigheten av metodevurdering (Health Technology Assessment, HTA) for å utforme refusjons- og prisingspolitikk – og for å informere kliniske retningslinjer – slik at utgiftene samsvarer med verdien av behandlingen.

PARIS-undersøkelsen gjennomført i regi av OECD antyder at personer som lever med kreft er mer sårbare enn andre pasienter i primærhelsetjenesten. De rapporterer dårligere fysisk helse, livskvalitet og sosial fungering, og bare én av tre oppgir at behandlingen i stor grad er personsentrert. Dårlig dataintegrasjon, manglende koordinering av helsetjenester og begrenset samskaping av behandling sammen med pasientene er sentrale faktorer som hindrer personsentrert kreftomsorg. Personer som lever med kreft, står også overfor varige utfordringer knyttet til arbeid, økonomisk trygghet og psykososial helse: en kreftdiagnose reduserer sannsynligheten for sysselsetting med 14 % i gjennomsnitt, med største konsekvenser i Sentral- og Sør-Europa..

Fire prioriteringer for å øke verdien av kreftbehandling

Alle EU-land, i tillegg til Norge og Island, søker allerede å forbedre verdien av kreftbehandling gjennom fire tverrgående politiske retninger.

- **Utvikling av integrerte kreftforløp** som sikrer rettidig, koordinert og rettferdig tilgang til helsetjenester. Det er nødvendig å bevege seg bort fra fragmenterte tjenester og over til integrerte kreftforløp, som knytter sammen diagnostikk, behandling og overlevelses- og oppfølgingsfasen,

for å kunne kontrollere kreft og de tilhørende kostnadene. Erfaringer fra blant annet Danmark og Sverige viser at tydelig definerte henvisningsforløp, tidsavgrensede diagnostiske mål og tverrfaglige team reduserer ventetider og forbedrer overlevelsen. Investeringer i digitale plattformer, roller for omsorgsnavigasjon og regional koordinering er avgjørende for å redusere ulikheter etter geografi og befolkningsgrupper. Integrasjon optimaliserer også bruken av knappe diagnostiske ressurser og arbeidskraft, noe som forbedrer både tilgang og effektivitet.

- **Evidensbaserte standarder og resultatmåling.** Systematisk kvalitetskontroll, som nasjonale akkrediterings- og sertifiseringsordninger, håndheving av standarder for minimumsvolum, samt overvåking av etterlevelse av kliniske retningslinjer, sikrer at helsetjenestene er effektive. Tysklands sertifisering av kreftomsorg og kliniske kvalitetsstandarder, samt Nederlands transparente mekanismer for tilbakemelding på kvalitet, er eksempler på kontinuerlige forbedringer i helsetjenesten som kan øke overlevelsesratene. Utvidelse av sanntidsdataplattformer som overvåker hvor raskt kreftdiagnoser stilles, oppfølging og kvalitet på kreftbehandling – inkludert pasientrapporterte indikatorer – bidrar også til å følge opp de resultatene som betyr mest for pasientene, og fremmer transparens, ansvarlighet og kontinuerlig forbedring for å redusere kreftbehandling med lav verdi.
- **Optimalisering av ressursbruk og omfavelse av teknologisk innovasjon.** Tiltak som risikobasert screening, dagbehandling versus innleggelse og økt bruk av biosimilære legemidler, kan gi store effektivitetsgevinster uten å gå på bekostning av kvaliteten. Overgangen til spesialiserte infusjonssentre, ambulatorisk kirurgi og hjemmebehandling (som skissert i Frankrikes nasjonale kreftplan 2021–2026) er gode eksempler på praksiser som kan sikre helsetjenester av høy kvalitet til lavere kostnader. Samtidig tilbyr klinikerinitierte anbefalinger, som Choosing Wisely, nyttige tiltak for å redusere kreftbehandling med lav verdi. Teknologisk innovasjon, som AI-assistert screening, molekylærdiagnostikk eller robotassistert kirurgi, bidrar også til å sikre at ressursene brukes på tiltak som gir reell verdi.
- Gjøre **personsentret omsorg til en grunnpilar for hvordan kreftomsorgssystemet fungerer.** Større involvering i beslutninger, støtte til egenomsorg og koordinert oppfølging betyr mye for personer som lever med kreft. Danmark tilbyr for eksempel personlige kreftbehandlingsplaner og navigasjonsstøtte for koordinering av omsorgen, mens Estland bruker digitale verktøy for å styrke pasientenes innflytelse og egenmestring. Det å ta tak i de sosiale og økonomiske dimensjonene ved kreft krever at man går utover klinisk behandling og støtter pasientenes psykiske, sosiale og økonomiske velvære. Lovgivningen om «retten til å bli glemt», som foreløpig er innført i bare en tredjedel av EU-landene, er avgjørende for å forebygge diskriminering og forbedre livsmuligheter.

I tider med konkurrerende myndighetsprioriteringer – i tillegg til begrensninger i kapasitet og arbeidsstyrke i selve helsevesenet – må det legges vekt på å sikre kreftbehandling av høy verdi som bidrar til helseutfall og folks livskvalitet. Nå er tiden inne for bedre kreftpolitiske tiltak som kan møte den økende etterspørselen og sikre optimale helseresultater gjennom raskere tilgang, tidlig intervensjon, evidensbasert og effektiv behandling; og for personsentret tilnærminger som tar hensyn til folks verdier og preferanser.

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.