



Delivering High Value Cancer Care (Rezumat)

Raportul complet este disponibil în limba engleză:

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.

Numărul cazurilor de cancer a crescut cu aproximativ 30 % în țările UE începând din 2000 – cu creșteri îngrijorătoare în rândul femeilor tinere – reprezentând o povară considerabilă pentru sistemele de sănătate

Cancerul este o problemă importantă de sănătate publică în țările UE, afectând din ce în ce mai mult populația mai tânără. În 2024, se estimează că 5 persoane au fost diagnosticate cu cancer în fiecare minut în cele 27 de țări ale UE, ceea ce reprezintă 2,7 milioane de noi cazuri de cancer. Începând din 2000, numărul de noi cazuri de cancer a crescut cu aproximativ 30 % pentru ambele sexe, estimările indicând o jumătate de milion de cazuri noi până în 2040 (o creștere de 18 % față de 2022). În rândul femeilor tinere, rata noilor cazuri de cancer în raport cu populația a crescut cu 16 % în ultimele două decenii, de la 144 la 167 la 100 000, în principal din cauza cancerului tiroidian, a cancerului de sân, a melanomului și a cancerului colorectal. Deși apar în continuare dovezi cu privire la cauzele creșterii în rândul populației mai tinere, factori precum schimbarea modelelor de reproducere (cancerul de sân), depistarea sporită (cancerul tiroidian) sau expunerile de la începutul vieții și alimentația (cancerul colorectal) contribuie în acest sens. Indiferent de cauză, diagnosticarea la vârste mai mici înseamnă că pacienții trebuie să fie supuși mai multor ani de tratament și monitorizare, exercitând o presiune susținută asupra sistemelor de sănătate și afectând bunăstarea pacienților și situația socioeconomică timp de mai mulți ani.

Cheltuielile pentru sănătate legate de cancer în UE s-au dublat din 1995 (de la 54 la 120 de miliarde EUR în 2023), ajungând la 6,9 % din totalul cheltuielilor pentru sănătate în 2023. Până în 2050, se preconizează că o creștere a numărului de cazuri de cancer, legată de îmbătrânirea populației și de supraviețuirea pe termen mai lung a pacienților care suferă de cancer, va duce la o creștere cu 59 % a cheltuielilor privind cancerul pe cap de locuitor în termeni reali în țările UE-27. Aceste tendințe se vor manifesta în contextul bugetelor publice care se află sub presiunea unor priorități guvernamentale concurente și a unor perspective economice incerte, impunând asigurarea faptului că investițiile în îngrijiri oncologice oferă un bun raport calitate-preț.

Îngrijirile oncologice ar putea aduce o valoare adăugată mai mare pentru pacienți și pentru sistemele de sănătate

Există în continuare oportunități de a furniza servicii de îngrijiri oncologice de o valoare mai mare, astfel cum o demonstrează întârzierile în ceea ce privește accesul la serviciile de îngrijiri oncologice, diferențele inutile în ceea ce privește calitatea și rezultatele îngrijirii, precum și faptul că serviciile nu sunt aliniate în mod sistematic la nevoile și preferințele oamenilor.

Întârzierile în ceea ce privește accesul la diagnosticarea și tratamentul cancerului continuă să coste vieți omenești. Deși programele de screening pentru cancer la nivelul populației s-au dovedit a fi eficiente din punctul de vedere al costurilor – îmbunătățind în mod semnificativ depistarea timpurie și conducând la o supraviețuire mai mare – rata lor de utilizare rămâne inegală de la o țară la alta și de la un grup social la altul. Aceste lacune conduc la diagnosticări întârziate și la pierderea oportunităților de tratament timpuriu. Între 15 % și 40 % din pacienții cu cancer colorectal sunt diagnosticați prin intermediul serviciului de urgență – o cale asociată cu rezultate semnificativ mai slabe. Datele OCDE arată că probabilitatea ca pacienții supuși unei intervenții chirurgicale de urgență împotriva cancerului colorectal să moară în decurs de 30 de zile de la procedură este mai mare decât în cazul celor ale căror intervenții chirurgicale au fost planificate. Deficitele de forță de muncă și de capacitate de diagnosticare, alături de sistemele necoordonate de transfer interclinic al pacienților, exacerbează aceste întârzieri, în special pentru populațiile vulnerabile și în zonele rurale.

Variațiile inutile în ceea ce privește practica medicală și calitatea asistenței medicale conduc la o supraviețuire sau o calitate a vieții mai scăzută pentru unii pacienți și contribuie la risipa din cadrul sistemului de sănătate. Practica medicală pentru îngrijirile oncologice este extrem de eterogenă de la o țară la alta, ceea ce ridică semne de întrebare cu privire la măsura în care îngrijirea actuală oferă cea mai bună valoare pentru pacienți și pentru sistemele de sănătate. De exemplu, în rândul țărilor UE, ponderea diagnosticării cancerului de prostată în stadiu incipient la bărbații cu vârsta de cel puțin 75 de ani variază de la 53 % în Țările de Jos la 81 % în Luxemburg, reflectând variația practicilor de screening pentru cancerul de prostată. Aceste diferențe fac ca unii pacienți să fie diagnosticați prea târziu, în timp ce alți pacienți – al căror cancer cu creștere lentă nu le-ar afecta speranța de viață – sunt diagnosticați în mod inutil, ceea ce duce la un tratament inutil și generează risipă pentru sistemul de sănătate. În plus, ponderea mastectomiilor parțiale, care sunt mai puțin invazive și oferă beneficii de supraviețuire similare cu cele ale mastectomiilor complete, variază de la 79 % în Spania la 50 % sau mai puțin în România și Polonia.

În același timp, dovezile demonstrează că patru din zece medicamente noi împotriva cancerului aprobate în ultimii 25 de ani de Agenția Europeană pentru Medicamente prezintă o valoare adăugată terapeutică negativă sau neclară față de tratamentele existente pentru pacienți, subliniind importanța evaluării tehnologiilor medicale în elaborarea politicilor de rambursare și de stabilire a prețurilor (și în furnizarea de informații pentru orientările clinice) pentru a se asigura faptul că cheltuielile sunt aliniate la valoare.

Sondajul PARIS al OCDE sugerează că persoanele care suferă de cancer sunt mai vulnerabile decât alți pacienți care beneficiază de asistență medicală primară. Aceste persoane raportează înrăutățirea sănătății fizice, a bunăstării și a funcționării sociale și doar una din trei declară că îngrijirea lor este centrată în mare măsură pe oameni. Integrarea deficitară a datelor, lipsa coordonării asistenței medicale și coproducția limitată de asistență medicală cu pacienții sunt factori-cheie care împiedică îngrijirea centrată pe oameni a pacienților bolnavi de cancer. Persoanele care trăiesc cu cancer se confruntă, de asemenea, cu provocări de durată în ceea ce privește ocuparea forței de muncă, securitatea financiară și sănătatea psihosocială: diagnosticarea cancerului reduce probabilitatea ocupării forței de muncă cu 14 % în medie, cel mai mare impact înregistrându-se în Europa Centrală și de Sud.

Patru priorități pentru creșterea valorii îngrijirilor oncologice

Toate țările UE, alături de Norvegia și Islanda, încearcă deja să îmbunătățească valoarea îngrijirilor oncologice, prin intermediul a patru direcții de politică transversale.

- **Crearea unor direcții integrate de combatere a cancerului** care să asigure un acces prompt, coordonat și echitabil la îngrijire. Trecerea de la serviciile fragmentate la parcursuri integrate de îngrijiri oncologice care să coreleze diagnosticarea, tratamentul și supraviețuirea este necesară pentru a controla cancerul și costurile aferente. De exemplu, experiența din Danemarca și Suedia arată că rutele de transfer interclinic definite, obiectivele de diagnosticare încadrate în timp și echipele multidisciplinare reduc timpul de așteptare și îmbunătățesc rata de supraviețuire. Investițiile în platformele digitale, în rolurile de navigare pentru îngrijire și în coordonarea regională sunt esențiale pentru a elimina inegalitățile în funcție de zona geografică și de grupurile de populație. De asemenea, integrarea optimizează utilizarea resurselor limitate de diagnosticare și de forță de muncă, îmbunătățind atât accesul, cât și eficiența.
- **Standarde bazate pe dovezi și monitorizarea performanței.** Asigurarea sistematică a calității, cum ar fi sistemele naționale de acreditare și certificare, aplicarea standardelor minime de volum și monitorizarea respectării orientărilor clinice asigură eficacitatea asistenței medicale. Certificarea îngrijirilor oncologice și standardele de calitate clinică din Germania, precum și mecanismele transparente de feedback privind calitatea din Țările de Jos demonstrează exemple de îmbunătățiri continue ale îngrijirii care pot crește ratele de supraviețuire. Extinderea platformelor de date în timp real care monitorizează promptitudinea diagnosticării cancerului, îngrijirea ulterioară și calitatea îngrijirilor oncologice – inclusiv indicatorii raportați de pacienți – contribuie, de asemenea, la urmărirea rezultatelor care contează cel mai mult pentru oameni, stimulând transparența, responsabilitatea și îmbunătățirea continuă pentru a reduce îngrijirile oncologice cu valoare redusă.
- **Optimizarea utilizării resurselor și adoptarea inovării tehnologice.** Politici precum screeningul pentru cancer, stratificat în funcție de riscuri, furnizarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi în locul serviciilor spitalicești și adoptarea medicamentelor biosimilare pot genera creșteri mari ale eficienței, fără a compromite calitatea. Trecerea la centre specializate de perfuzie, chirurgie ambulatorie și tratament la domiciliu (astfel cum se prevede în foaia de parcurs națională a Franței privind cancerul pentru perioada 2021-2026) sunt exemple bune de practici care pot asigura o îngrijire de înaltă calitate în locuri mai puțin costisitoare. În același timp, recomandările coordonate de clinici, cum ar fi Choosing Wisely (Alege înțelept), oferă inițiative utile pentru reducerea serviciilor de îngrijiri oncologice cu valoare redusă. Inovarea tehnologică, cum ar fi screeningul asistat de IA, diagnosticarea moleculară sau chirurgia asistată de roboți, contribuie, de asemenea, la asigurarea direcționării resurselor către intervenții care oferă valoare.
- **Transformarea centrării pe oameni într-un pilon al performanței sistemului de oncologie.** O mai mare implicare în procesul decizional, sprijinul pentru gestionare în regim propriu și monitorizarea coordonată contează foarte mult pentru persoanele care suferă de cancer. De exemplu, Danemarca oferă planuri personalizate de îngrijiri oncologice și sprijin pentru navigare pentru coordonarea îngrijirii, în timp ce Estonia utilizează instrumente digitale pentru consolidarea capacității de acțiune a pacienților. Abordarea dimensiunilor sociale și economice ale cancerului necesită depășirea îngrijirii clinice pentru a sprijini bunăstarea psihologică, socială și financiară. Legislația privind „dreptul de a fi uitat”, adoptată în prezent doar într-o treime din țările UE, este esențială pentru prevenirea discriminării și îmbunătățirea oportunităților de viață.

Într-o perioadă de priorități guvernamentale concurente – alături de limitările în materie de capacitate și de forță de muncă din sistemul de sănătate în sine – trebuie să se pună accentul pe asigurarea unor servicii de îngrijiri oncologice de mare valoare, care să contribuie la rezultatele în materie de sănătate și la calitatea vieții oamenilor. Acum este momentul pentru politici mai bune de îngrijiri oncologice, care să răspundă

cererii tot mai mari și să asigure rezultate optime în materie de sănătate prin acces mai rapid, intervenție încă din primele etape, îngrijire bazată pe dovezi și eficiență, precum și pentru abordări orientate spre oameni, care să reflecte valorile și preferințele oamenilor.

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.