



## Delivering High Value Cancer Care (Sammanfattning)

### Läs hela rapporten på engelska:

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.

### Sedan år 2000 har cancerfallen ökat med omkring 30 % i EU, vilket ökar belastningen på hälso- och sjukvården. Bland unga kvinnor är ökningen särskilt oroande

Cancer är ett stort folkhälsoproblem i hela EU, och sjukdomen har också börjat krypa nedåt i åldrarna. År 2024 fick uppskattningsvis fem personer en cancerdiagnos varje minut i de 27 EU-länderna, vilket motsvarar 2,7 miljoner nya cancerfall. Sedan 2000 har antalet nya cancerfall ökat med omkring 30 % för båda könen, och en halv miljon nya fall förväntas fram till 2040 (en ökning med 18 % jämfört med 2022). Bland unga kvinnor har antalet nya cancerfall i förhållande till befolkningsstorleken ökat med 16 % under de senaste 20 åren, från 144 till 167 per 100 000 invånare. De cancertyper som ökar mest är sköldkörtel-, bröst-, hud- samt tjock- och ändtarmscancer. Vi har ännu inte tillräckligt med kunskap om vad som ligger bakom ökningen i de yngre åldersgrupperna, men faktorer som förändrade reproduktionsmönster (bröstcancer), bättre upptäckt (sköldkörtelcancer) eller tidig exponering och kost (tjock- och ändtarmscancer) spelar en roll. Oavsett orsaken innebär ökningen av cancerfall hos yngre personer fler år av behandling och uppföljning. Det leder till ökad belastning på hälso- och sjukvården och till att patienternas välbefinnande och socioekonomiska situation påverkas under många år.

De cancerrelaterade hälso- och sjukvårdsutgifterna i EU har fördubblats sedan 1995 (från 54 till 120 miljarder euro 2023), och 2023 uppgick de till 6,9 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för året. Vid 2050 förväntas den åldrande befolkningen och den längre överlevnadstiden hos cancerpatienterna leda till ett ökat antal cancerfall och 59 % högre cancerrelaterade utgifter per capita i fasta priser i EU:s 27 medlemsländer. Denna utveckling kommer samtidigt som de offentliga budgetarna måste räcka till olika politiska prioriteringar och hantera osäkra ekonomiska utsikter. Därför måste de investeringar som görs i cancervård ge valuta för pengarna.

## En effektivare cancervård – både för patienterna och för hälso- och sjukvården

Cancervården skulle kunna göras mer effektiv. Ännu förekommer förseningar i tillgången till vård, onödiga skillnader i vårdens kvalitet och resultat och tjänster som inte anpassas systematiskt till patienternas behov och preferenser.

**Försenad diagnos och behandling fortsätter att kosta liv.** Allmänna cancerscreeningprogram har visat sig vara kostnadseffektiva och leda till betydligt tidigare upptäckt och en högre överlevnadsgrad. Användningen av sådana program är emellertid fortfarande ojämnt fördelad på olika länder och sociala grupper. Det leder till senare diagnos och missade möjligheter att sätta in tidig behandling. Mellan 15 och 40 % av alla patienter med tjock- och ändtarmscancer diagnostiseras på akutmottagningen, vilket är förknippat med betydligt sämre utfall. Enligt uppgifter från OECD är det upp till sju gånger så troligt att patienter som opereras akut för tjock- och ändtarmscancer dör inom 30 dagar efter ingreppet än vad som är fallet vid planerade operationer. Bristen på arbetskraft och diagnostisk kapacitet och avsaknaden av samordnade remissystem leder till ännu längre förseningar, särskilt för känsliga befolkningsgrupper och personer på landsbygden.

**Onödiga variationer i medicinsk praxis och vårdkvalitet leder till lägre överlevnad eller livskvalitet för vissa patienter och innebär slöseri med hälso- och sjukvårdsresurser.** Medicinsk praxis inom cancervården skiljer sig extremt mycket åt mellan länder. Det väcker frågor om huruvida den nuvarande vården verkligen är den bästa för patienterna och hälso- och sjukvårdssystemen. I EU-länderna varierar t.ex. andelen tidiga prostatacancerdiagnoser hos män som är 75 år och äldre mellan 53 % i Nederländerna och 81 % i Luxemburg, vilket har att göra med skillnader i ländernas screening för prostatacancer. Dessa skillnader gör att vissa patienter för sin diagnos för sent, medan andra – som har en långsamt växande cancer som inte skulle påverka deras förväntade livslängd – diagnostiseras i onödan, vilket i sin tur leder till onödiga behandlingar och slöseri med hälso- och sjukvårdsresurser. Dessutom varierar andelen partiella mastektomier, som är mindre invasiva och har liknande överlevandegrad som total mastektomi, från 79 % i Spanien till 50 % eller mindre i Rumänien och Polen.

Samtidigt har det konstaterats att fyra av tio nya cancerläkemedel som godkänts av Europeiska läkemedelsmyndigheten under de senaste 25 åren har ett negativt eller oklart terapeutiskt mervärde för patienterna jämfört med befintliga behandlingar. Det visar hur viktigt det är att medicinsk teknik utvärderas när ersättnings- och prissättningsåtgärder (och kliniska riktlinjer) utformas, så att man kan vara säker på att resurserna går till sådant som ger ett verkligt värde.

**OECD:s undersökning av patientrapporterade indikatorer (PaRIA) visar att de som lever med cancer är mer sårbara än andra patienter inom primärvården.** De uppger att de har sämre fysisk hälsa och lägre välbefinnande och social funktion. Endast en av tre uppger att deras vård är starkt människocentrerad. Dålig dataintegrering, bristande vårdsamordning och begränsade möjligheter för patienten att delta i utformningen av sin vård är några av de största hindren för en människocentrerad cancervård. Personer som lever med cancer har också ofta långvariga problem med arbete, ekonomisk säkerhet och psykosocial hälsa: en cancerdiagnos minskar sannolikheten för sysselsättning med i genomsnitt 14 %. Denna effekt är störst i Central- och Sydeuropa.

## Fyra prioriteringar för att göra cancervården mer högvärdig

Samtliga EU-länder, plus Norge och Island, arbetar redan för att skapa högvärdevård på cancerområdet. Det görs med hjälp av fyra övergripande politiska riktlinjer.

- **Integrerad vård för cancer i alla stadier**, med snabb, samordnad och rättvis tillgång till vård. För att hantera cancer och de relaterade kostnaderna bör man sluta att använda fragmenterade tjänster och i stället integrera cancervårdens olika stadier, såsom diagnos, behandling och uppföljning. I Danmark och Sverige har man t.ex. sett att tydliga remissvägar, tidsbundna

diagnostiska mål och tvärvetenskapliga team kortar väntetiderna och ökar överlevnaden. Investeringar i digitala plattformar, personal som hjälper patienterna att hitta rätt vård och regional samordning är mycket viktiga för att åtgärda skillnaderna mellan olika geografiska områden och befolkningsgrupper. Genom integrering kan man även utnyttja knappa diagnostiska och mänskliga resurser på bättre sätt, vilket ökar både tillgången till vård och dess effektivitet.

- **Evidensbaserade standarder och resultatövervakning.** Systematisk kvalitetssäkring såsom nationella ackrediterings- och certifieringssystem, standarder för minimivolymer och övervakning av efterlevnaden av kliniska riktlinjer gör vården mer effektiv. Tysklands certifiering av cancervård och kliniska kvalitetsstandarder och Nederländernas transparenta återkopplingsmekanismer för kvalitet är exempel på åtgärder som leder till kontinuerlig förbättring av vården som också ökar överlevnadsgraden. Genom att utöka plattformar för realtidsdata som övervakar hur lång tid det tar att få en cancerdiagnos, hur uppföljningen ser ut och vilken kvalitet cancervården har – inklusive patientrapporterade indikatorer – gör det också enklare att avgöra vad som är viktigast för patienterna, ökar öppenheten och ansvarsskyldigheten och leder till kontinuerliga förbättringar som minskar användningen av lågvärdevård.
- **Optimerad resursanvändning och användning av teknisk innovation.** Riskstratifierad cancerscreening, öppenvård i stället för slutna vård och användning av biosimilärer kan ge stora effektivitetsvinster utan att försämra kvaliteten. Att övergå till specialiserade infusionsmottagningar, dagkirurgi och behandling i hemmet (som i Frankrikes nationella cancerfärdplan för 2021–2026) är bra exempel på metoder som kan säkerställa högkvalitativ vård som ges på mindre kostsamma platser. Klinikerledda rekommendationer, som inom rörelsen "Kloka kliniska val", visar också hur lågvärdevården på cancerområdet kan minskas. Teknisk innovation såsom AI-assisterad screening, molekyldiagnostik eller robotassisterad kirurgi gör också att resurserna går till insatser med högt värde.
- **Införande av ett människocentrerat synsätt i cancervården.** Större delaktighet i beslutsfattandet, stöd till egenvård och samordnad uppföljning är mycket viktigt för dem som lever med cancer. Danmark erbjuder t.ex. individanpassade cancervårdsplaner och hjälp med att samordna vården, medan Estland använder sig av digitala verktyg för patientinflytande. För att komma till rätta med cancers sociala och ekonomiska dimensioner måste man se bortom den kliniska vården och även beakta patienternas psykiska, sociala och ekonomiska välbefinnande. Lagstiftning om rätten att bli bortglömd, som ännu bara antagits i en tredjedel av EU-länderna, är viktig för att hindra diskriminering och ge patienter större möjligheter i livet.

I dessa tider av konkurrerande offentliga prioriteringar och kapacitets- och personalbegränsningar i hälso- och sjukvården måste vi erbjuda högvärdevård mot cancer, som bidrar till bättre hälsoutfall och livskvalitet. Tiden är inne att skapa bättre strategier för cancervård, som kan möta den växande efterfrågan och säkerställa optimala hälsoutfall genom snabbare tillgång, tidiga insatser, en evidensbaserad och effektiv vård och människocentrerade strategier som återspeglar patienternas värderingar och preferenser.

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.