

Profil de țară privind cancerul

2023



CUPRINS

Profil de țară privind cancerul – 2023	3
Executive summary	3
Cancer in Romania	3
Risk factors and prevention policies	4
Early detection	4
Cancer care performance	4
Sumar executiv	6
Cancerul în România	6
Factorii de risc și politicile preventive	6
Depistarea precoce	6
Performanța sistemului de îngrijiri	7
Introducere	8
I. Situația cancerului în România	9
I.1 Incidență, mortalitate, supraviețuire	9
I.2 Incidența cancerului la copii (0-19 ani)	11
I.3 Mortalitatea prin cancer	14
I.2 Factori de risc	17
I.2.1. Fumatul	17
I.2.2. Consumul de alcool	20
I.2.3. Greutatea excesivă și obezitatea	21
I.2.4. Activitatea fizică	23
I.2.5. Poluarea din mediul de viață și de muncă	24
I.2.6. Agenți infecțioși	26
I.3 Depistarea precoce și screeningul	27
II. Diagnostic	34
III. Tratament	35
Puncte tari	45
Puncte slabe	45
Oportunități	46
Amenințări	46
Referințe Bibliografice	47

Centrul Național
de Supraveghere a
Bolilor Netransmisibile



Profil de țară privind cancerul – 2023

Executive summary

In 2020, 2.7 million European Union citizens were diagnosed with cancer. Cancer is the second cause of death in the European Union with 1.3 million deaths, of which over 2,000 in young people. Estimates show that the number of new cancer cases diagnosed annually will increase by 24% until 2035. In Romania, over 95,000 new cancer cases are diagnosed annually and almost 54,000 deaths occur. Estimates show a 6% increase in cancer incidence by the year 2035, with 8.3% in men and 3.3% in women.

The situation analysis on cancer in Romania provides a synthesis of:

- cancer burdens at national level;
- cancer risk factors, in particular, behavioral and environmental risk factors;
- prevention and early detection programmes;
- performance in cancer care, particularly in terms of accessibility, quality of care, costs, and the impact of COVID-19 on cancer care.

This synthesis allows an objective assessment of the current situation, identifies the strengths in cancer prevention and care system, the areas where there efforts need to be intensified to improve the quality and accessibility of services, as well as, it identifies funding and collaboration opportunities.

In the elaboration of this synthesis, the most recent data available at the national and international level were used to allow the identification of inequalities. The data and information in this document are mainly based on official national statistics submitted to Eurostat and the OECD, which have been validated to ensure standards of data comparability. The underlying sources and methods for these data have been specified with each citation. Additional data come from the World Health Organization (WHO), the International Agency for Research on Cancer (IARC), the International Atomic Energy Agency (IAEA), the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) and other national sources, the National Institute of Public Health, the National House for Social Health Insurance, the National Institute of Statistics.

Cancer in Romania

Cancer incidence in Romania ranks below the EU average, while cancer mortality is above, and its trend remained stable over the past decade. Lung cancer was the most frequent cause of cancer death, with a mortality rate that has increased by nearly 11 % since 2000. Mortality rates increased in recent years in six cancers: colorectal, breast, prostate, liver, bladder, pancreatic. Cancer is



marked by social inequalities. High prevalence of risk factors and low investment in prevention and screening add to cancer burden in Romania.

Romania has the opportunity to improve its cancer prevention, diagnosis and treatment capacity through investments in both infrastructure and qualified human resources through the Health Program financed from the EU Cohesion Fund, which provides important financial allocations for oncology and through National Recovery and Resilience Plan. Also, participation in the joint actions of the European Commission, financed through the EU4Health program, offers the chance to exchange experience and best practices with other Member States and to identify solutions to common problems.

Risk factors and prevention policies

Alcohol consumption, overweight and obesity are above EU average, while reported physical activity is considerably lower than the EU averages. Smoking in adults is now close to the EU average, but with large gender and social inequalities. Overweight, obesity and smoking rates among adolescents are high, and have been growing steadily over the past two decades. Legal measures to ban indoor smoking, selling alcohol and tobacco to under 18 y.o are in place but sustained enforcement is still needed. The prevalence of vaping and other smoking devices use is not known and still not fully regulated.

Early detection

Coverage by screening tests for breast, cervical and colorectal cancer are low, and marked by inequalities between rural and urban areas of residence and between income categories. Romania is currently piloting organized screening programs for cervical, breast and colorectal cancer. The implementation of the pilot programs has been severely impacted by the COVID-19 pandemics. These pilot projects underpinned regional and national roll-out plans towards consolidated national programs.

Cancer care performance

Access

The Romanian health system aims to limit financial inequalities in access to cancer care. Cancer patients are included in the National Oncology Programme regardless of their insured status. However, there are still financial and access barriers to diagnostic, particularly to early diagnostic services, and mainly for persons living in rural areas, persons with low education and income and other vulnerable groups, due to uneven distribution of services across the country and the lack of



continuity between different service providers. The deficit of health professionals in the country may pose a further challenge for the timely delivery of care.

Quality

Five-year cancer survival rates in Romania are behind other EU countries on, with poorest survival for childhood leukemia. Cervical cancer survival improved between 2010 and 2020 , but incidence and mortality are much higher than in most EU countries.

Quality and safety indicators are being developed in some oncology centres, for all cancers treated, but there is a lack of uniform application at national level. Also, in recent years, actions have been taken to increase palliative care capacity.

Costs

Public expenditure on cancer has steadily increased in recent years, but there are still gaps between the needs and fund allocation. The total per capita cost of cancer in Romania (PPP adjusted) is the lowest among the EU countries, reaching to half of the EU average. The financial sustainability of the health system is threatened by the increasing number of cancer patients and costs of new oncology drugs.

Building resilience

The COVID-19 pandemic had a substantial impact on cancer care and prevention. Screening activity was significantly reduced during the two months lockdown in 2020 and the following restrictions throughout 2020 and 2021. The consequences of the COVID-19 crisis may have long-lasting impacts on cancer outcomes in Romania.



Sumar executiv

Cancerul în România

Incidența cancerului în România se situează sub media Uniunii Europene, însă mortalitatea prin cancer este cu 7% mai mare decât media U.E. Această tendință a mortalității s-a menținut constantă pe parcursul a zece ani. Cancerul pulmonar se menține drept primă cauză de deces prin cancer, cu o rată de mortalitate care a crescut cu aproape 11% comparativ cu anul 2000. Mortalitatea a crescut, deasemenea, pentru 6 tipuri de cancer, colorectal, cancer de sân, prostată, cancer hepatic, cancer al vezicii urinare și de pancreas. Incidența cancerului este marcată de inegalități sociale. Prevalența ridicată a factorilor de risc și investiția modestă în prevenție primară și secundară contribuie la povara bolii în România.

România are oportunitatea de a-și îmbunătăți capacitatea de prevenție, diagnostic și tratament al cancerului prin investițiile atât în infrastructură, cât și în resursa umană calificată prin Programul Sănătate finanțat din Fondul de Coeziune al U.E, care prevede alocări financiare importante pentru domeniul oncologiei și prin Planul Național de Redresare și Reziliență. De asemenea, participarea în proiectele comune ale Comisiei Europene, finanțate prin programul EU4Health, oferă șansa schimbului de experiență și bune practici cu alte State Membre și a identificării de soluții la probleme comune.

Factorii de risc și politicile preventive

Consumul de alcool, obezitatea sunt peste media UE, în timp ce nivelul de activitate fizică auto-declarată este mult sub media europeană. Există, de asemenea, diferențe importante între femei și bărbați, precum și între categorii de populație în funcție de nivelul de educație și statutul socio-economic. Prevalența fumatului este similar cu cea a U.E, însă proporția de adolescenți care fumează este una foarte ridicată și a înregistrat o creștere constantă pe parcursul ultimilor 20 de ani. Reglementările legale privind fumatul în spațiile închise, accesul minorilor la produse din tutun necesită o aplicare consecventă și continuă. Utilizarea produselor alternative de fumat, țigara electronică și alte dispozitive similare este insuficient reglementată.

Depistarea precoce

Acoperirea cu servicii de testare pentru depistarea precoce a cancerului de sân, cancer de col uterin și cancer colorectal este scăzută și marcată de inegalități între mediul urban și cel rural și între categorii de populație în funcție de venituri. România a implementat proiecte pilot de screening pentru cancerul de sân și cancerul colorectal și a pilotat tranziția la testarea primară HPV pentru cancerul de col uterin. Implementarea acestor programe pilot a fost sever perturbată de contextul



pandemic. Aceste proiecte pilot au fundamentat planurile de extindere regională și națională către programe naționale consolidate.

Performanța sistemului de îngrijiri

Accesul

Sistemul de sănătate din România are ca scop să reducă inegalitățile de acces în funcție de venituri, astfel că Programul Național de Oncologie prevede acordarea de îngrijiri și tratament gratuite pentru toate categoriile de cetățeni, indiferent de statutul de asigurat. Cu toate acestea, în absența unui traseu bine definit al pacientului, există bariere de acces la serviciile de diagnostic, în special cele de depistare precoce și pentru pacienții din mediul rural și din grupe populaționale cu un nivel scăzut de educație și venituri. Distribuția inegală a serviciilor și fragmentarea serviciilor de diagnostic și tratament contribuie suplimentar la diferențele de îngrijire în funcție de locul de rezidență și statut socio-economic. Deficitul de resurse umane înalt calificate este un alt factor care provoacă întârzieri în accesul la diagnostic și tratament.

Calitatea

Ratele de supraviețuire la 5 ani de la diagnostic sunt mai mici față de media europeană. Rata cea mai scăzută de supraviețuire se înregistrează în cazul leucemiilor la copii. Supraviețuirea prin cancerul de col uterin s-a ameliorat în perioada 2010-2020, dar incidența și mortalitatea sunt cele mai ridicate din Uniunea Europeană.

Indicatorii de calitate și siguranță ai serviciilor sunt dezvoltați și utilizați numai într-un număr redus de centre de oncologie, nu există standarde naționale de calitate. Serviciile de îngrijire paliativă trec printr-un process de reorganizare și standardizare pentru creșterea capacității de îngrijire paliativă.

Cheltuieli

Cheltuiala publică cu îngrijirea cancerului a crescut constant, an de an, însă decalajul între nevoi și alocările financiare se menține în continuare. Cheltuiala per capita (ajustată PPP) este una din cele mai scăzute din Uniunea Europeană, aproximativ la jumătate față de medie. Sustenabilitatea financiară este perturbată de numărul în creștere al cazurilor noi de cancer și de costul noilor terapii.

Reziliența

Pandemia COVID -19 a avut un impact substanțial asupra serviciilor de oncologie. Activitățile de screening au fost practic oprite pe parcursul anului 2020, iar reluarea acestora s-a făcut cu dificultate. Consecințele crizei sanitare din timpul pandemiei COVID-19 trebuie monitorizate și evaluate consecvent, întrucât efectele acestora s-ar putea evidenția peste câțiva ani.



Introducere

În 2020, 2.7 milioane de cetățeni ai Uniunii Europene au fost diagnosticați cu cancer. Cancerul reprezintă a doua cauză de deces în Uniunea Europeană cu 1.3 milioane de decese, din care peste 2000 la tineri. Estimările arată că numărul de cazuri noi de cancer diagnosticate anual va crește cu 24% până în anul 2035. În România, anual se diagnostichează peste 95.000 de cazuri noi de cancer și se produc aproape 54.000 de decese. Estimările arată o creștere a incidenței cancerului cu 6%, până în anul 2035, cu 8,3% la bărbați și 3,3% la femei.

Analiza de situație privind cancerul în România oferă o sinteză a

- poverii cancerului la nivel național;
- factorilor de risc pentru cancer, în special, factorii de risc comportamentali și de mediu;
- programelor de prevenție și depistare precoce;
- performanței în îngrijirea cancerului, în special din punct de vedere al accesibilității, calității îngrijirii, costurilor și impactului COVID-19 asupra îngrijirii cancerului.

Această sinteză permite o evaluare obiectivă a situației curente, identifică punctele tari ale sistemului de prevenție și îngrijire a cancerului, domeniile în care este nevoie de intensificarea eforturilor pentru ameliorarea calității și accesibilității serviciilor, precum și oportunitățile de finanțare și colaborare.

În elaborarea acestei sinteze s-au utilizat datele cele mai recente disponibile la nivel național și internațional care să permită identificarea inegalităților. Datele și informațiile din această sinteză se bazează, în principal, pe statistici oficiale naționale transmise către Eurostat și OCDE, care au fost validate pentru a se asigura standardele de comparabilitate a datelor. Sursele și metodele care stau la baza acestor date au fost specificate la fiecare citare în parte. Date suplimentare provin de la Organizația Mondială a Sănătății (OMS), Agenția Internațională pentru Cercetare a Cancerului (IARC), Agenția Internațională pentru Energie Atomică (AIEA), Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) și din alte surse naționale, Institutul Național de Sănătate Publică, Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate, Institutul Național de Statistică.



I. Situația cancerului în România

I.1 Incidență, mortalitate, supraviețuire

Estimările pentru România ale Centrului Comun pentru Cercetare, arată că în anul 2022 s-au diagnosticat 95.276 de cazuri noi de cancer¹. La femei, cancerul de col uterin este al treilea ca frecvență, după cancerul de sân și cancerul colorectal, situație care diferă de profilul european, unde principalele 5 localizări ale cancerului la femei sunt cancerul de sân, cancerul colorectal, cancerul pulmonar, cancerul de corp uterin și limfomul non-Hodgkin. La bărbați, în România, primele 5 localizări ale cancerului sunt cancerul pulmonar, cancerul de prostată, colorectal, cancerul de vezică urinară și cancerul gastric (grafic 1).



Grafic.1 Distribuția cazurilor noi de cancer la femei și bărbați, România 2022

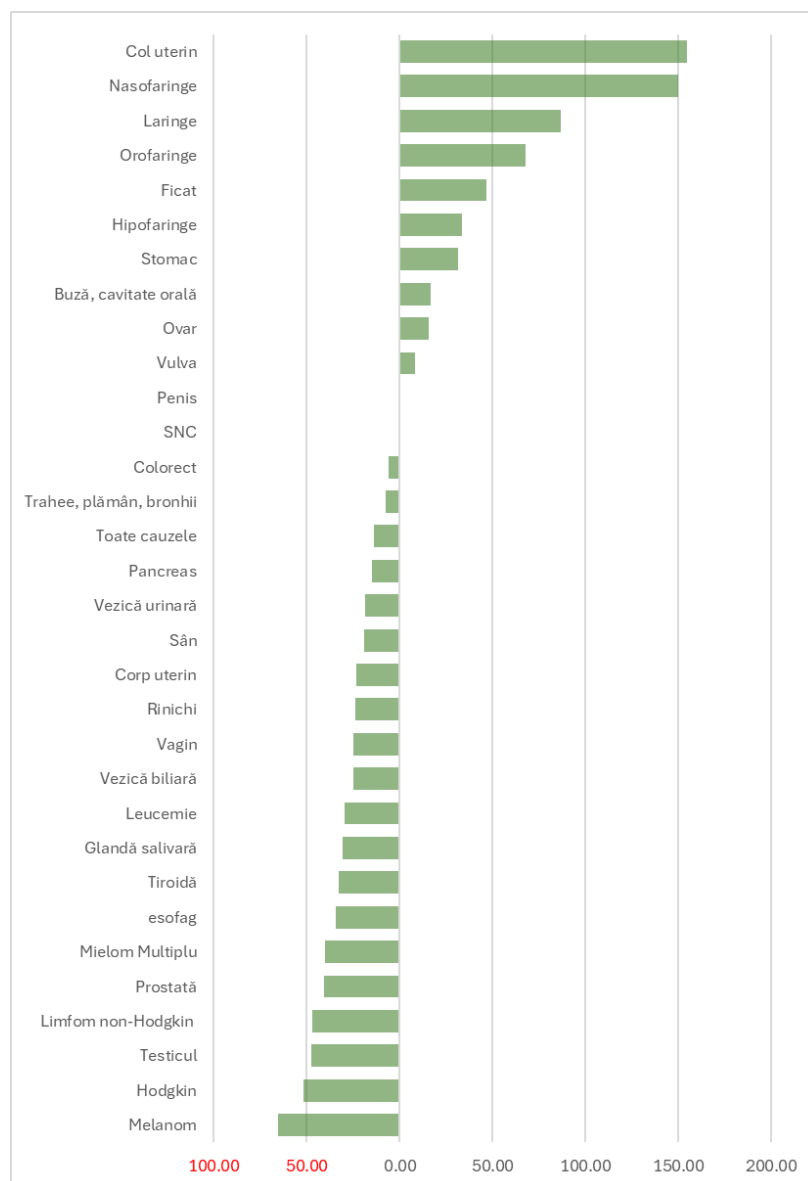
Sursa: European Cancer Information System (ECIS), 2020

Cancerul gastric reprezintă 5,2 % și, respectiv, 3 % din noile cazuri de cancer la bărbați și, respectiv, la femei (peste media UE). Melanomul malign reprezintă 2 % din noile cazuri de cancer atât la bărbați, cât și la femei (sub media UE).

¹ Joint Research Centre, European Cancer Information System, Incidence and mortality estimates 2020, <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>



Principalele localizări ale cancerului cu o incidență estimată peste cea a mediei U.E -27 sunt cancerul de col uterin, cancerul faringian și cancerul gastric, precum și cancerurile genitale, de vulvă, vagin și penis. De remarcat este faptul că printre acestea se află toate cancerurile prevenibile prin vaccinare împotriva HPV, cancerul de orofaringe, cancerul de col uterin, vulvă, vagin și penis (grafic 2).

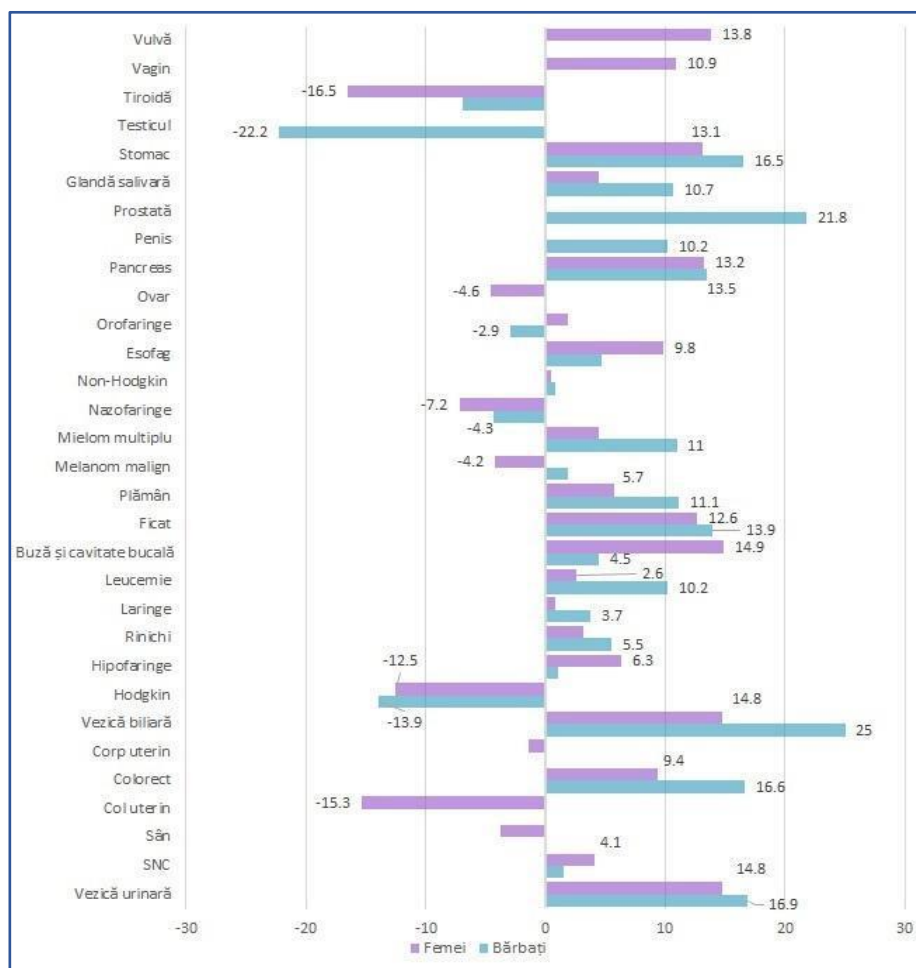


Grafic 2. Incidența cancerelor comparativ cu media U.E -27
Sursa: European Cancer Information System (ECIS), 20202

Proiecțiile pentru România, estimează că în perioada 2020-2040 incidența cancerului va crește cu 7%. Se estimează creșteri semnificative, de peste 10% ale incidenței cancerului gastric, de pancreas, pulmonar, hepatic și colorectal atât la bărbați, cât și la femei. De asemenea incidența mielomului multiplu va înregistra creșteri la ambele sexe. Dintre cancerurile specifice, cancerul de prostată va înregistra o creștere de 21,8% , iar cel de vagin și vulvă cu 13,8% și respectiv, 10,9%.



Estimările pentru perioada 2020-2040 mai arată scăderi semnificative ale incidenței cancerului de tiroidă și limfomului non-Hodgkin la ambele sexe și ale incidenței cancerului testicular, cancerul de sân și cancerul de col uterin² (grafic 3).



Grafic 3. Modificări procentuale estimate ale cancerului, România, 2020-2040
Sursa: European Cancer Information System (ECIS), 2022

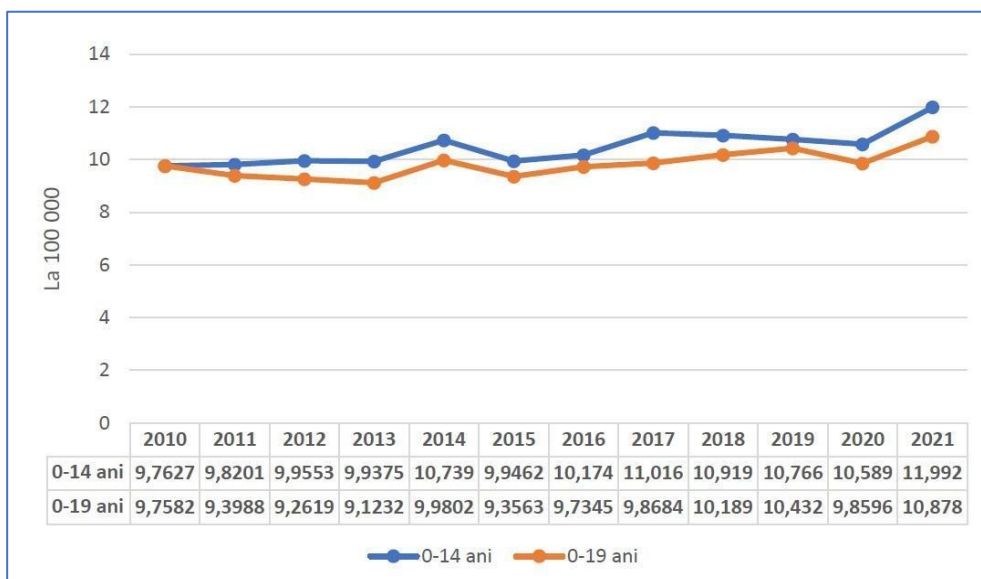
I.2 Incidența cancerului la copii (0-19 ani)

Numărul mediu de cazuri noi luate în evidența rețelei naționale de onco-hematologie pediatrică este de:

- ✓ 410 cazuri noi/an, pentru grupa de vârstă 0-19 ani, reprezentând o incidență medie brută de 9,82 la 100.000;
- ✓ 324 cazuri noi/an, pentru grupa de vârstă 0-14 ani, reprezentând o incidență medie brută de 10,5 la 100.000³.

² Joint Research Centre, European Cancer Information System, Incidence and mortality long-term estimates up to 2040, <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

³ Registrul cancerului la copii, Societatea Română de oncohematologie pediatrică, România, 2021,

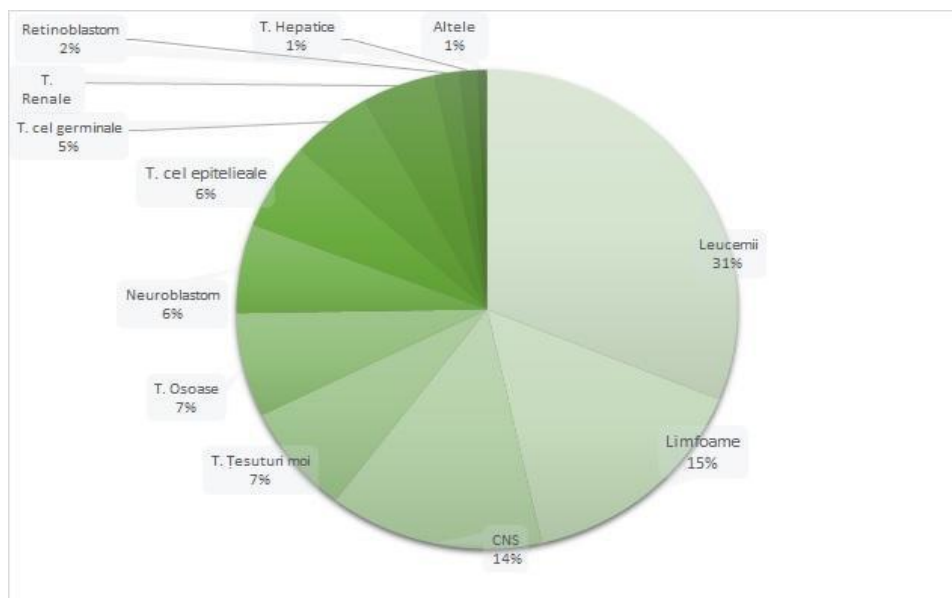


Grafic 4. Dinamica incidenței cancerului la copii 2010-2021

Sursa: Registrul cancerului la copii, Societatea Română de oncohematologie pediatrică, România, 2021

Incidența cancerului la copii se menține relativ stabilă, în perioada 2010-2021, ceea ce indică date de calitate înaltă, înregistrarea cazurilor de cancer la copii fiind una consolidată și sistematică.

Analiza cazuisticii în onco-hematologia pediatrică se realizează conform Clasificării Internaționale a Cancerului la Copii, ediția 3 revizuită, 2017 (ICCC3)⁴. Principalele 5 tipuri de cancer la copii sunt leucemiile, limfoamele, tumori ale sistemului nevos central, tumorile țesuturilor moi și tumorile osoase (grafic 5).

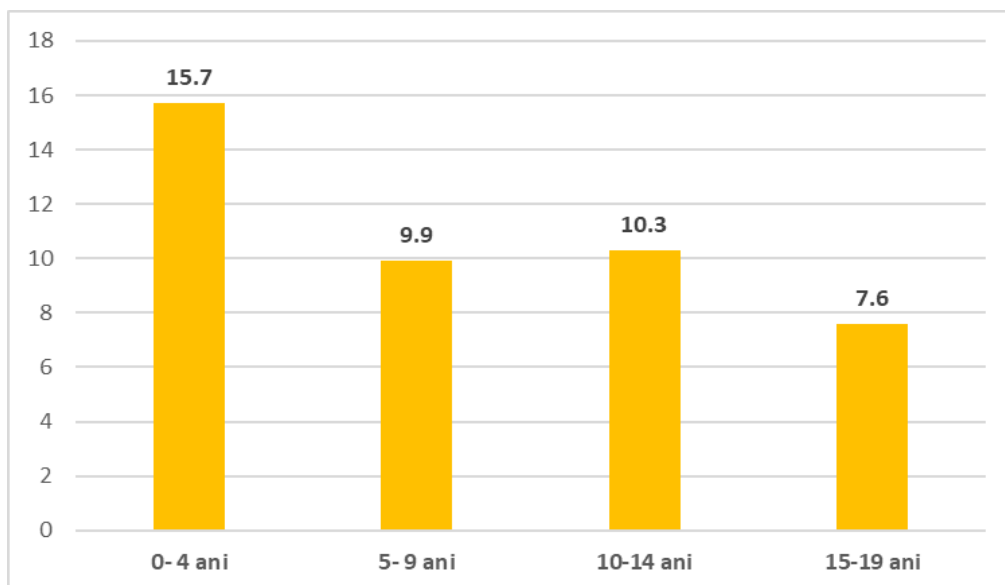


Grafic 5. Distribuția cazurilor de cancer la copii pe localizări (clase ICC3), 2010-2021

Sursa: Registrul cancerului la copii, Societatea Română de oncohematologie pediatrică, România, 2021

Pe grupe de vârstă, incidența cea mai mare se înregistrează la 0-4 ani (Grafic 6).

⁴ Childhood Cancer, 3rd edition, 2017 revision, (ICCC3) <https://iicc.iarc.fr/classification>



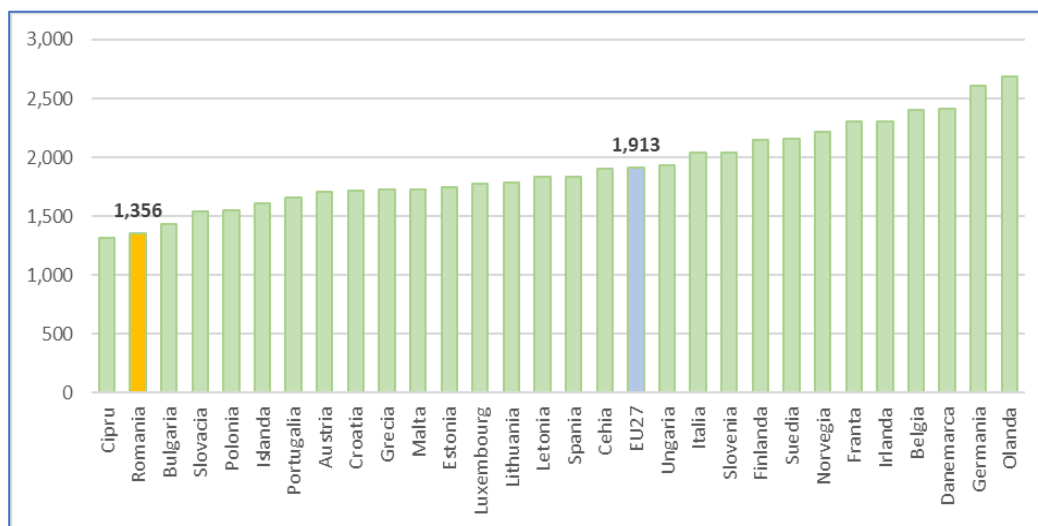
Grafic 6. Incidența cancerului la copii pe grupe de vârstă, România, 2021

Sursa: Registrul cancerului la copii, Societatea Română de oncohematologie pediatrică, România, 2021

România **nu are un registru național de cancer**, iar raportarea incidenței cancerului în sistemul de informații standard este fragmentată. Excepție face Registrul Național de Onco-Hematologie Pediatrică (RNOHP) care este fondat și condus de Societatea Română de Onco-Hematologie Pediatrică. Acesta conține toate cazurile de cancer luate în evidență în rețeaua națională de onco-hematologie pediatrică începând cu anul 2010. Codificarea tumorilor se realizează în conformitate cu Clasificarea Internațională a Bolilor Oncologice Ed 3. (ICD-O-3) și Clasificarea Internațională a Cancerelor Pediatrică Ed. 3a (ICCC-3), iar setul de date obligatoriu este colectat conform criteriilor și definițiilor recomandate de Rețeaua Europeană a Registrelor de Cancer (ENCR).

Registrul Național de Cancer a fost reglementat prin Legislația O.M.S. 2027/2007, însă acesta nu a fost niciodată complet implementat, iar aderența furnizorilor de servicii medicale de diagnostic și tratament al cancerului la prevederile ordinului a fost una foarte redusă. În anul 2023 a fost aprobată HG 663/2023 privind înființarea Registrului Național de Cancer privind înregistrarea nominală a cazurilor de cancer pe baze populaționale, care actualizează și coordonează înregistrarea cazurilor de cancer pe baze nominale cu evoluția în tehnologie și digitalizare și cu regulamentele naționale și europene privind protecția datelor cu caracter personal și dezvoltarea spațiului european al datelor de sănătate (European Health Data Space).

Conform estimărilor IARC, la nivelul anului 2022, în România există 260. 884 de cazuri de cancer prevalente (pe cinci ani) (50,2 % la bărbați și 49,8 % la femei). Ratele de prevalență pe cinci ani au ajuns la 1. 400 la 100. 000 în rândul bărbaților și, respectiv, la 1.315 la 100. 000 în 2020, cu 31 % și, respectiv, 28 % mai scăzute decât mediile din UE (Grafic 7).

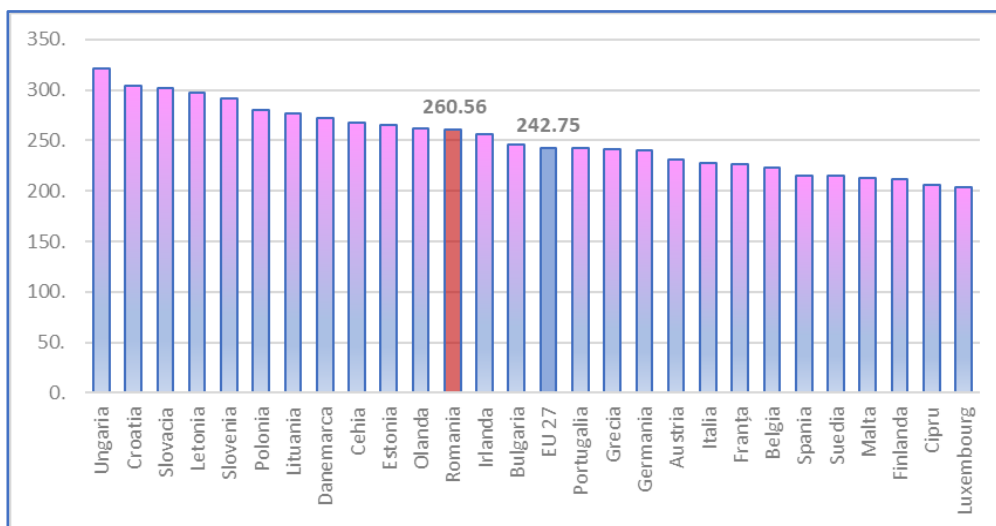


Grafic 7. Prevalența cazurilor de cancer la 5 ani
Sursa: IARC Globocan, 2020

I.3 Mortalitatea prin cancer

Mortalitatea prin cancer reprezintă 19% din totalul deceselor. Cancerul este a doua cauză de deces în România, după bolile cardiovasculare. În 2020 au murit din cauza cancerului 53.974 de persoane în România. Rata standardizată pe vârstă a mortalității cauzate de cancer a fost cu 7 % mai mare decât media UE în 2020 (Grafic 8).

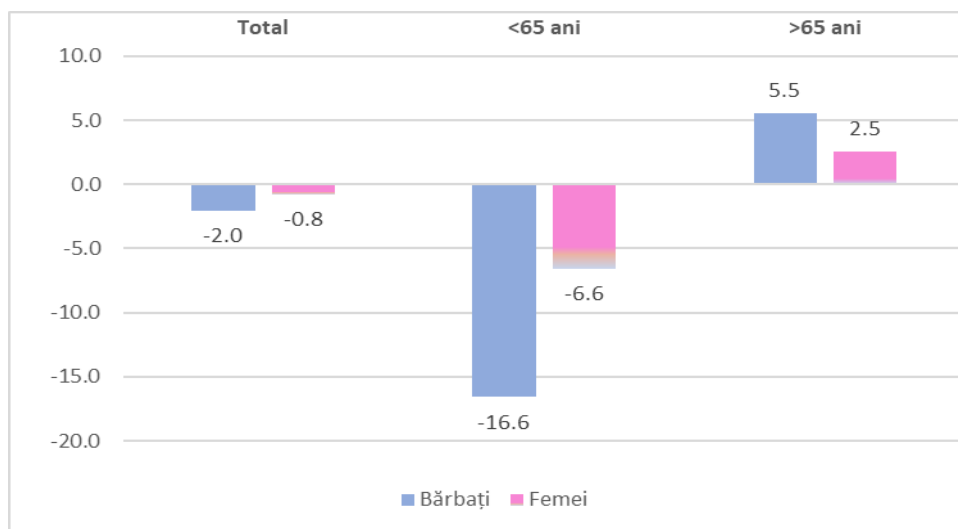
Deși mortalitatea a scăzut, diminuarea ratei de mortalitate a fost modestă față de media UE (Astfel, în perioada 2011-2020, mortalitatea prin cancer în România a scăzut cu doar 1,8%, față de 9,4% media UE-27).



Grafic 8. Mortalitatea standardizată cu vârstă, prin cancer în U.E, 2020, la 100.000 locuitori
Sursa: EUROSTAT, 2023



În România, mortalitatea prin cancer a scăzut cu 2 % în rândul bărbaților și cu 1 % în rândul femeilor în perioada 2011-2020, în UE ea a scăzut cu 12 % în rândul bărbaților și cu 6 % în rândul femeilor. Diferența dintre rata generală de mortalitate prin cancer în România și media UE a crescut de la - 1 % la 7 % în cursul deceniului, ca urmare a serviciilor preventive și de depistare precoce oferite suboptimal și a diagnosticării tardive a cancerelor înregistrate în România. Această situație este legată în special de ratele mai ridicate ale mortalității în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani. În 2020, rata mortalității în rândul bărbaților cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani a fost cu 64 % mai mare decât media UE. Reducerea în mortalitate s-a produs în special în grupa de vârstă sub 65 ani și mai pronunțat la bărbați, în timp ce la grupa de vârstă de peste 65 ani, a crescut atât la bărbați, cât și la femei. (Grafic 9).



Grafic 9. Reducerea în mortalitatea prin cancer, România, 2011 vs.2020
Sursa: EUROSTAT, 2023

Cancerul pulmonar și cancerul colorectal sunt primele două cauze de mortalitate prin cancer.

Principalele cauze de mortalitate prin cancer în România sunt cancerul pulmonar, cancerul colorectal și cancerul de prostată în rândul bărbaților, cancerul de sân, cancerul pulmonar, cancerul colorectal și cancerul de col uterin în rândul femeilor. România a înregistrat o ușoară creștere a mortalității în șase dintre primele zece cauze de mortalitate prin cancer în ultimul deceniu (Tabel 1).

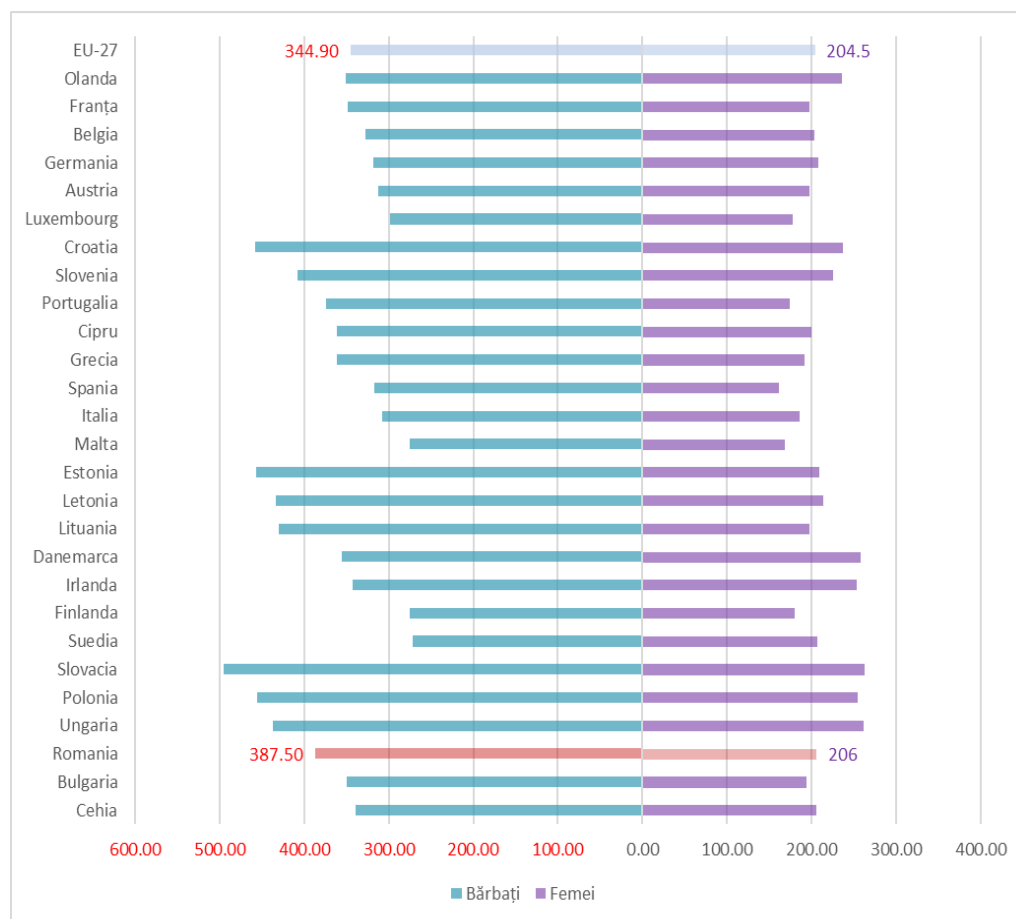
nr.crt	ICD10	2011	2019	% relativ
1	Cancer pulmonar	52.7	51.1	-3%
2	Cancer Colorectal	31.4	33.8	8%
3	Cancer de sân	17.9	18.3	2%
4	Cancer gastric	19.7	16.3	-17%
5	Cancer de pancreas	15.1	15.6	4%
6	Cancer hepatic	14.9	15.0	1%
7	Cancer de prostată	11.9	13.0	9%
8	Cancer al cavității bucale	10.8	10.6	-2%
9	Cancer vezică urinară	8.4	9.0	7%
10	Tumori SNC	8.2	8.0	-2%

Tabel 1. Principalele cauze de mortalitate prin cancer, România 2011 vs. 2019
Sursa: Baza de date EUROSTAT



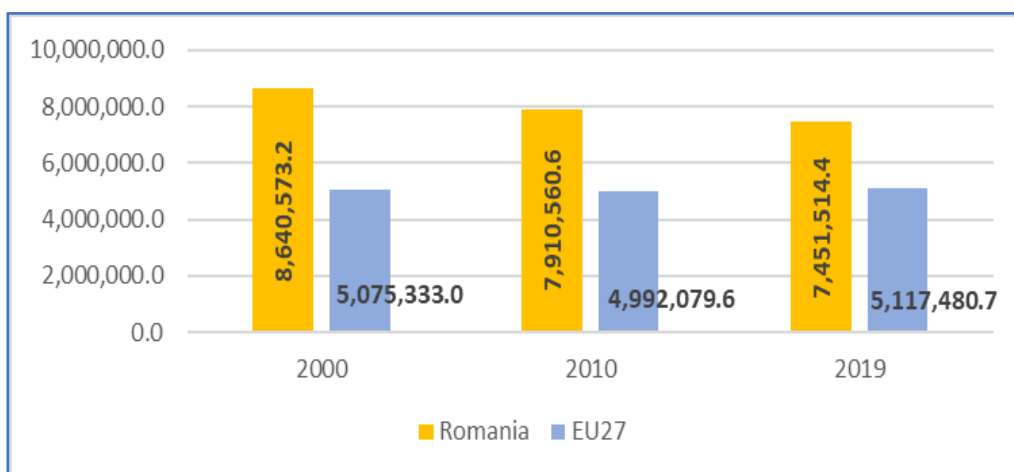
Tendențe descrescătoare au fost observate pentru cancerul pulmonar, cancerul gastric, cancerul cavității bucale și tumorile SNC, dar reducerile au fost mai mici decât cele observate în UE (tabel 1). De exemplu, mortalitatea cauzată de cancerul pulmonar în România a scăzut cu 3 %, comparativ cu 9 % în UE. România prezintă rate ridicate și în ceea ce privește mortalitatea cauzată de cancerul gastric și cancerul cavității bucale. Deși a scăzut cu 17 % în ultimul deceniu, mortalitatea cauzată de cancerul gastric a rămas cu 60 % mai mare decât media UE în 2020. Rata generală a mortalității a fost de 16 la 100 000 de locuitori, față de 10 la 100 000 de locuitori în UE. Mortalitatea cauzată de cancerul cavității bucale a rămas, de asemenea, cu 83 % mai mare în România decât în UE. În 2020, melanomul malign a prezentat o rată generală a mortalității de 2 la 100 000 de locuitori (mai mică decât media UE, care este 3 la 100 000 de locuitori).

Mortalitatea prin cancer este mai mare la bărbați, cu 10% peste media EU-27. Mortalitatea prin cancer la femei este cu 1% peste media EU-27 (Grafic 10).



Grafic 10. Mortalitatea standardizată cu vârsta, EU-27, 2020
Sursa: European Cancer Information System (ECIS), 2020

Anii de viață pierduți, ajustați cu dizabilitatea (DALY) din cauza cancerului, sunt cu 46% mai mulți în România, față de media UE-27. Decalajul față de UE-27 s-a redus de la 70% în anul 2000, la 46% în 2019, cu o reducere mai pronunțată la bărbați, față de femei (Grafic 11).



Grafic 11. Anii de viață pierduți ajustați cu dizabilitatea, România vs. EU-27.

Sursa: Institute for Health Metrics and Evaluation - Global Health Data Exchange; Nota: medie neponderată (calculată OECD)

Diferențele între anii de viață pierduți ajustați cu dizabilitatea arată că pacienții români diagnosticați cu cancer au o calitate a vieții mai redusă, față de media U.E.

I.2 Factori de risc

Principalul factor de risc în Uniunea Europeană este fumatul. La acesta se adaugă stilul de viață nesănătos: greutatea peste normal sau obezitatea, alimentația nesănătoasă, sedentarismul și consumul excesiv de alcool. O altă categorie de factori de risc este reprezentată de expunerea la radiații solare și alte surse de radiații (radon) și expunerea la agenți carcinogenetici la locul de muncă și în special agenți infecțioși (HPV, virusul hepatitei B, hepatitei C, helicobacter pylori, etc).

În anul 2020, cheltuielile asociate intervențiilor preventive au reprezentat 1,9 % din cheltuielile de sănătate curente, sub media de 3,4 % din UE.

I.2.1. Fumatul

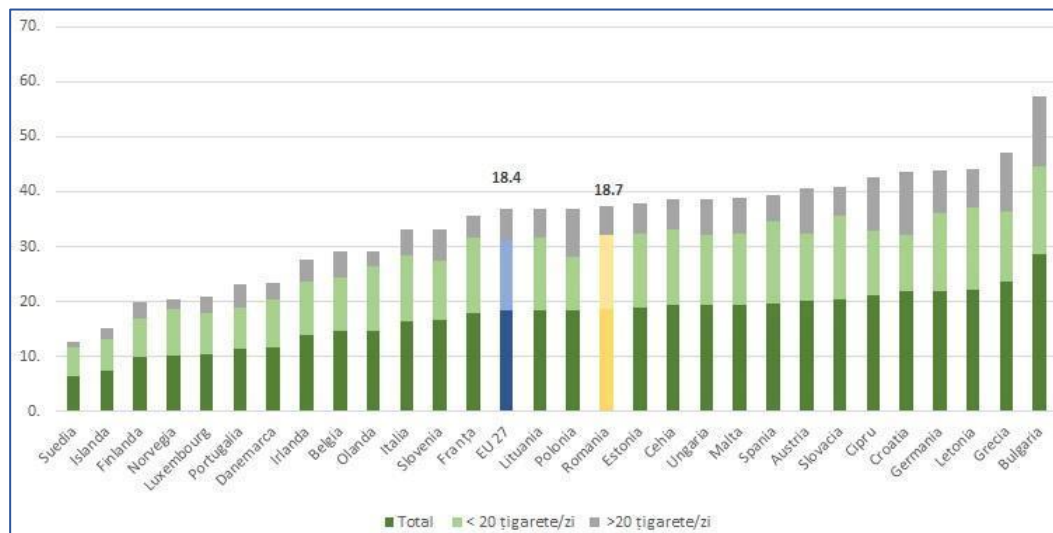
Media fumătorilor din România este apropiată de cea a UE - 27, cu o pondere mai mare a fumătorilor care declară un consum mai mic de 20 de țigarete/zi (Grafic 12).

Rata fumatului de țigarete în rândul adulților din România a înregistrat o ușoară scădere, cu 6% față de anul 2014, ajungând la 18,7 % în 2019. Rata fumatului în rândul bărbaților, 30,6%, este de patru ori mai mare decât în rândul femeilor, 7,6 %.

Studiul Global privind Tutunul la Adulți (2019) arată că 5,63 milioane de adulți cu vârsta de peste 15 ani, 40.4% bărbați și 21,7% femei, consumă tutun sub orice formă pentru fumat, tutun fără fum și produse cu tutun încălzit. Ponderea fumătorilor adulți în populația totală este 30.2% (39.2%



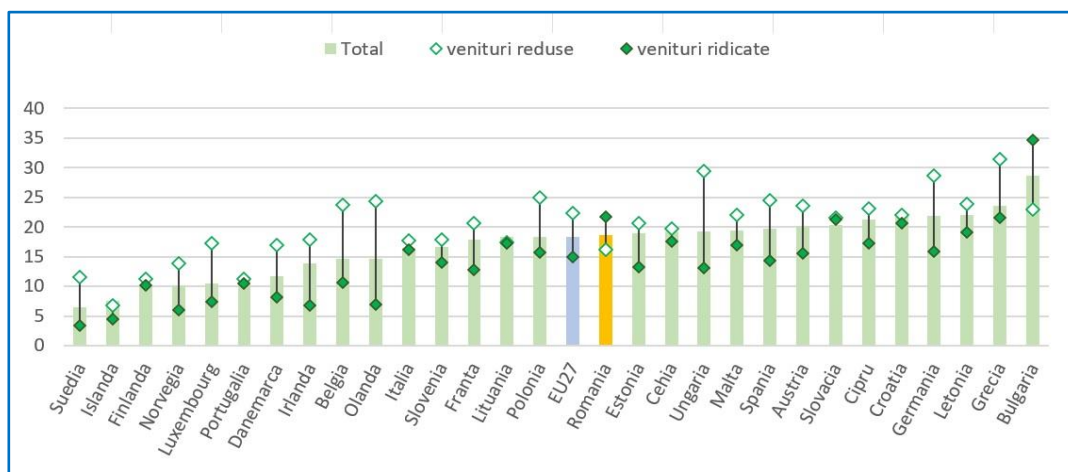
dintre bărbați și 21.5% dintre femei) au fumat tutun în mod curent. O treime din fumătorii, 33,5%, au fost adulți tineri, din grupa de vârstă 15-24 de ani. Dintre fumătorii curenți zilnic, 71.5% fumează în primele 30 de minute de la trezire. Vârsta medie de inițiere a consumului de tutun, între persoanele în vârstă de 15-34 ani, care au fost sau sunt fumători curenți zilnic a fost 17,9 ani (17,7 ani în rândul bărbaților și 18,3 ani în rândul femeilor).



Grafic 12. Prevalența fumatului în populație > 15 ani, România, 2019

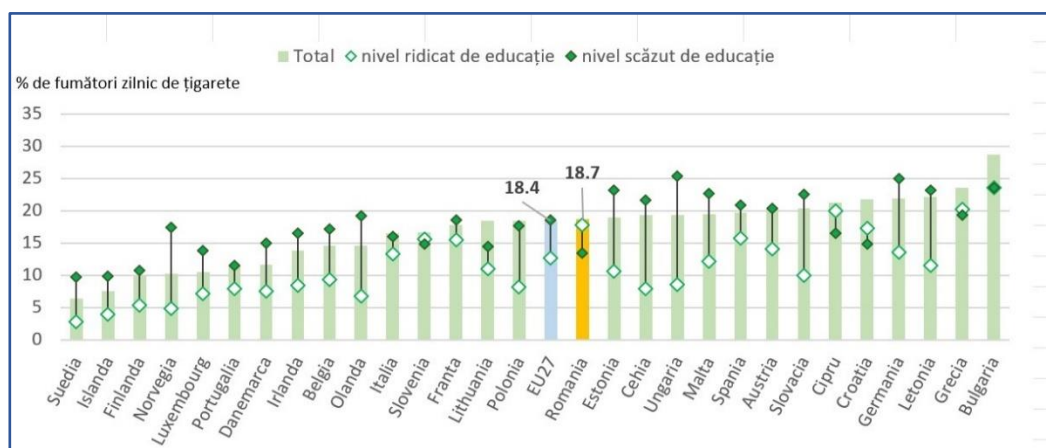
Sursa: Eurostat, European Health Survey (EHIS), 2019; Nota: media EU ponderată (calcule EUROSTAT)

Distribuția fumătorilor pe categorii de educație și niveluri de venit urmează un model invers față de cel întâlnit în majoritatea statelor UE: prevalența fumatului este mai mare în rândul persoanelor cu venituri mai mari (22 %) decât în rândul celor cu venituri mai mici (16 %) – o diferență de 6 puncte procentuale și de asemenea, mai mare în rândul persoanelor cu niveluri de instruire mai ridicate (18 %) decât în rândul celor cu niveluri de instruire mai scăzute (13 %) – o diferență de 5 puncte procentuale (grafic 13,14).



Grafic 13. Prevalența fumatului pe categorii de venituri, 2019

Sursa: Eurostat, European Health Survey (EHIS), 2019; Nota: media EU ponderată (calcule EUROSTAT)



Grafic 14. Prevalența fumatului pe niveluri de educație, 2019

Sursa: Eurostat, European Health Survey (EHIS), 2019; Nota: media EU ponderată (calculare EUROSTAT)

Legislația privind controlul tutunului transpune directivele Uniunii Europene privind produsele din tutun. Directiva 2001/37/CE a fost înlocuită în anul 2014 de Directiva 2014/40/UE, a fost transpusă la nivel național prin Legea 201/2016 care reglementează etichetarea și ambalarea produselor din tutun, începând cu anul 2008 avertismentele privind efectele nocive ale fumatului sunt dispuse pe o suprafață mare a pachetelor, numărul serviciului „Telverde STOP fumat” este imprimat pe toate pachetele de produse din tutun destinate fumatului. Legea interzice comercializarea țigărilor cu arome caracteristice și prevede restricții privind ingredientele și emisiile. Același act normativ cuprinde reglementări privind țigările electronice, inclusiv interzicerea totală a publicității, promovării și sponsorizării. Noile produse din tutun (precum produsele cu tutun încălzit) sunt, de asemenea, reglementate, însă mai puțin restrictiv decât în cazul țigărilor electronice sau a altor produse din tutun. Actul normativ cuprinde prevederi privind controlul aprovizionării cu produse din tutun: interzicerea vânzărilor transfrontaliere la distanță, sistemul de trasabilitate și caracteristicile de securitate ale ambalajelor.

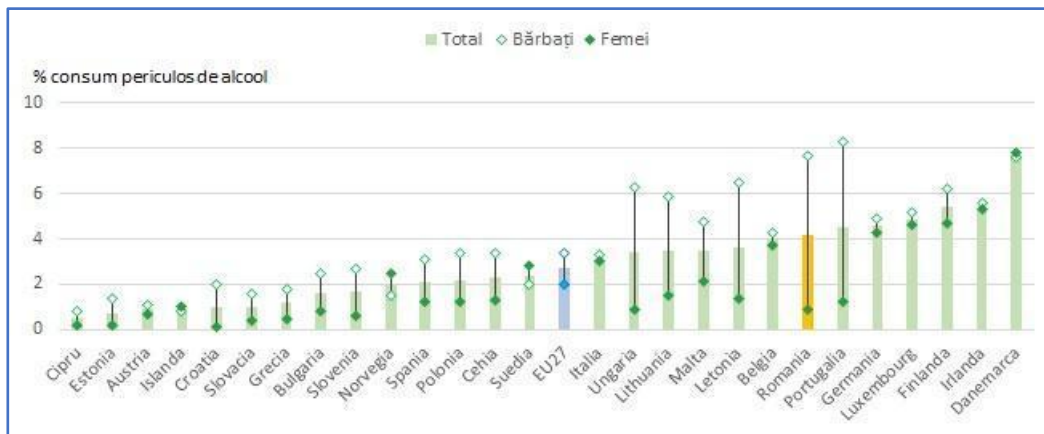
Directiva 2011/64/UE privind structura și ratele accizelor aplicate tutunului prelucrat a fost transpusă în Codul Fiscal din România începând cu 2011. Conform parcursului stabilit în directivă, metodologia de calculare a accizelor a fost modificată, iar nivelul accizelor, după o mărire bruscă în 2011, a crescut lent, ajungând în 2018 doar la nivelul minim recomandat. “Taxa pe viciu” (cuantumul din accize alocate finanțării cheltuielilor pentru sănătate) a fost în vigoare până la 1 ianuarie 2019.

În 2016, Parlamentul României a adoptat Legea nr. 15/2016 care interzice fumatul în toate locurile publice închise, inclusiv în clădiri guvernamentale, școli, universități, unități medico-sanitare, baruri și cluburi de noapte, restaurante, locuri de muncă, mijloace de transport în comun, precum și în toate terenurile de joacă (amplasate în spații deschise și închise). Legislația privind controlul tutunului din România, deși transpune toate directivele europene și implementează măsuri dovedite eficiente asupra scăderii consumului de tutun, este, în ultimii ani, respectată parțial, iar controlul respectării și conformării este slab și neunitar aplicat. De asemenea, subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun este subfinanțat cronic și implementat suboptimal într-un număr redus de unități sanitare din țară concentrate în o parte din centrele universitare medicale.



I.2.2. Consumul de alcool

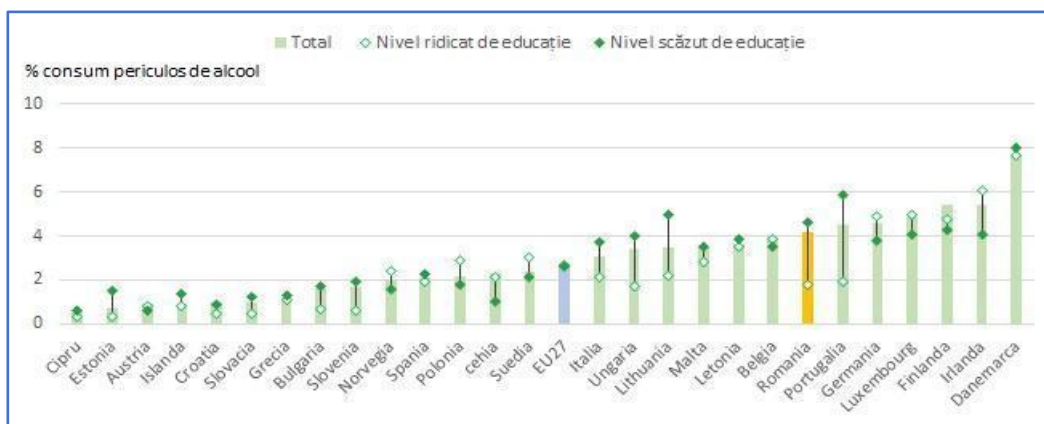
Consumul de alcool rămâne ridicat în România, prevalența consumului periculos de alcool este cu 45% mai ridicată față de media U.E, cu un consum de 8 ori mai ridicat în rândul bărbaților decât la femei. Proporția consumului periculos alcool la bărbați este de 7.7%, față de 0.9% la femei (Grafic 15).



Grafic 15. Consumul periculos de alcool, pe sexe, 2019

Sursa: Eurostat, European Health Survey (EHIS), 2019; Notă: Consumul periculos de alcool = % populație care raportează un consum mediu de alcool pur de 20 g pentru femei și 40 g alcool pur pentru bărbați

Consumul de alcool este mai ridicat în rândul persoanelor cu un nivel scăzut de educație, 4,6%, față de 1,8% (grafic 16).



Grafic 16. Consumul periculos de alcool, pe niveluri de educație, 2019

Sursa: Eurostat, European Health Survey (EHIS), 2019; Notă: Consumul periculos de alcool = % populație care raportează un consum mediu de alcool pur de 20 g pentru femei și 40 g alcool pur pentru bărbați

Raportul OMS (2018) privind consumul de alcool în România, consemnează un consum de alcool de 12,6 litri/capita în rândul populației în vârstă de peste 15 ani. Aproximativ 70% din populația în vârstă de 15 ani și peste declară consum de alcool în ultimele 12 luni (80% din bărbați și 54,5% din femei).

Jumătate din consumatorii de alcool din România au un consum de risc, prevalența episoadelor de consum excesiv fiind una dintre cele mai înalte din Europa (67,2% în rândul bărbaților și de 31,2% în rândul femeilor).



Consumul de alcool la copii și adolescenți este insuficient documentat, cu date fragmentate.

Incidența estimată a noilor cazuri de cancer asociate consumului de alcool în România este de 18 cazuri la 100.000 loc, față de media UE de 12.3 cazuri la 100.000 de locuitori. Există diferențe semnificative între bărbați (29,1 cazuri la 100 000) și femei (8,7 cazuri la 100 000). Principalele tipuri de cancer asociate consumului de alcool sunt: cancerul de sân, cancerul de colon, laringe, cancerul hepatic, esofagian, cancerul de faringe, cavitate bucală și rect (tabel 2).

Incidența Cancerelor atribuibile consumului de alcool/100.00									
	Sân	Colon	Colorect	Laringe	Ficat	Esofag	Cavitate bucală	Faringe	Rect
Romania	3.2	2.8	4.7	1.6	2.6	1.2	2.3	2.4	1.9
EU27	2.9	2.4	3.9	0.7	1.1	1.0	1.4	1.1	1.5

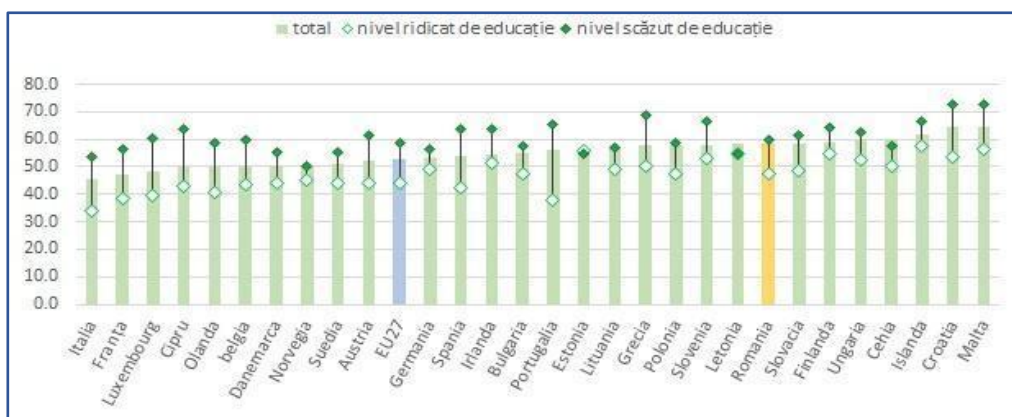
Tabel 2. Incidența cancerelor asociate consumului de alcool, 2019

Sursa: IARC, Cancers Attributable to Alcohol; Notă: medie neponderată (calculată OECD)

România nu are o strategie integrată de combatere a consumului de alcool. Controlul consumului de alcool se realizează prin legislația Codului Rutier privind consumul de alcool și conducerea vehiculelor pe drumurile publice, LEGEA nr. 61 din 27 septembrie 1991 (republicată), care interzice vânzarea de alcool minorilor și reglementează vânzarea și consumul de alcool în spațiile publice și Codul de reglementare a conținutului audiovizualului care reglementează publicitatea la alcool. Comitetul național pentru politicile din domeniul alcoolului înființat în 2015 nu a fost niciodată operaționalizat, astfel că nu există încă un plan de acțiune pentru combaterea consumului dăunător de alcool.

II.2.3. Greutatea excesivă și obezitatea

Rata supraponderabilității și rata obezității în rândul adulților au crescut mai mult în România decât în UE, în intervalul 2014-2019. Rata supraponderabilității și rata obezității din România a crescut de la 54 % în 2014 la 59 % în 2019, iar prevalența este mai mare în rândul bărbaților, al persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani și al persoanelor cu venituri mai mici (Grafic 17). Rata supraponderabilității și rata obezității în rândul adolescenților a crescut, de asemenea, în ultimele două decenii, unul din cinci tineri în vârstă de 15 ani încadrându-se în aceste categorii în 2018, ușor peste media UE.



Grafic 17. Prevalența supraponderabilității și a obezității, pe niveluri de educație, 2019

Sursa: Eurostat, European Health Survey (EHIS), 2019; Notă: medie ponderată calculate EUROSTAT; BMI ≥ 25 , la adulți 15+ ani



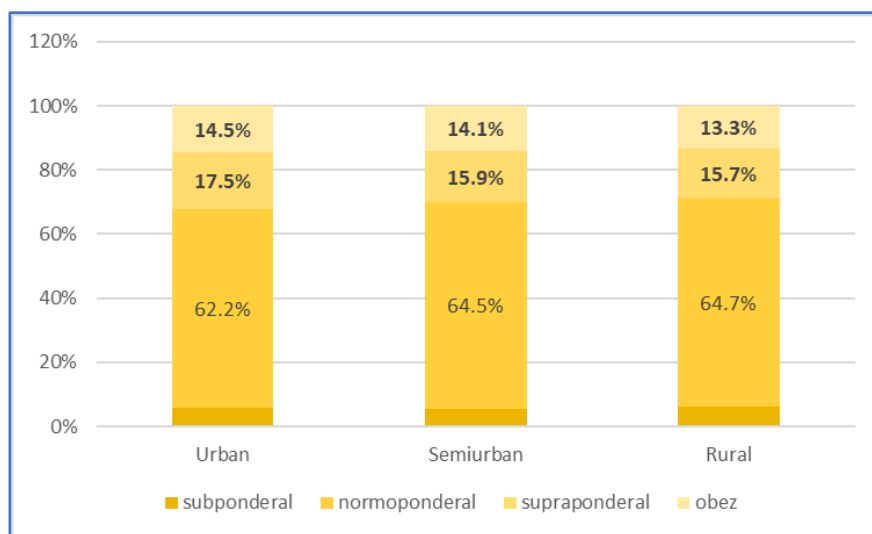
Se remarcă creșterea mai accelerată a prevalenței $IMC \geq 25$ în România cu 9%, față de 6% media creșterii în UE în perioada 2014-2019. Creșterea prevalenței $IMC \geq 25$ este mai mare la bărbați, cu 10%, față de 7% la femei. Gradientul pe niveluri de educație este însă mai mare la femei, supraponderabilitatea și obezitatea au o prevalență cu 57% mai mare la femeile cu nivel de educație mai scăzut, la bărbați prevalența supraponderabilității și obezității este similară în ambele grupuri.

Datele din studiul privind supravegherea obezității în copilărie din cadrul Inițiativei Organizației Mondiale a Sănătății (COSI) arată o prevalență a supraponderabilității în rândul copiilor de școală primară de 16,6% și a obezității de 13,9% (3,7% obezitate severă).

Supraponderabilitatea și obezitatea au o prevalență mai mare în rândul băieților decât în rândul fetelor: 32,3% vs 28,7%. Obezitatea se întâlnește în proporție mai mare la băieți, 16,4% față de 11,3% la fete. Prevalența supraponderabilității și a obezității crește odată cu vârsta copilului, ea fiind de 27,3% la copiii de 7-8 ani, de 31,4% la cei de 8-9 ani și de 34,6% la cei de 9-10 ani.

De remarcat că statusul nutrițional al copiilor nu înregistrează diferențe semnificative între mediile de rezidență și nici între nivelurile de educație ale părinților (Grafic 18).

Studiul COSI se desfășoară cu o periodicitate de trei ani, analiza datelor arată o creștere constantă a prevalenței supraponderabilității și obezității, de la o rundă de studiu la alta. Aceasta se observă în special la categoriile de vârstă 8-9 ani. La categoria de vârstă de 8 ani, prevalența supraponderabilității a crescut de la 15,4% la 17,7%, la fete, iar la băieți, de la 14,7% la 15,9%. Obezitatea a crescut la aceeași categorie de vârstă de la 8,2% la fete și de la 15,3% la 17,7% la băieți. La categoria de vârstă de 9 ani, prevalența greutateii excesive a crescut de la 17,7% la 19,8% la fete și de la 15,8% la 19% la băieți. Prevalența obezității la copiii în vârstă de 9 ani a crescut de la 6,8% la 11,6%, la fete și de la 14,7% la 18,8% la băieți. Creșterea a fost observată, pe parcursul a trei runde de studiu, la interval de 3 ani, începând cu anul 2013.



Grafic 18. Distribuția pe categorii de status nutrițional, copii 7-10 ani, pe medii de rezidență, 2019
Sursa: INSP; Studiul COSI, 2019

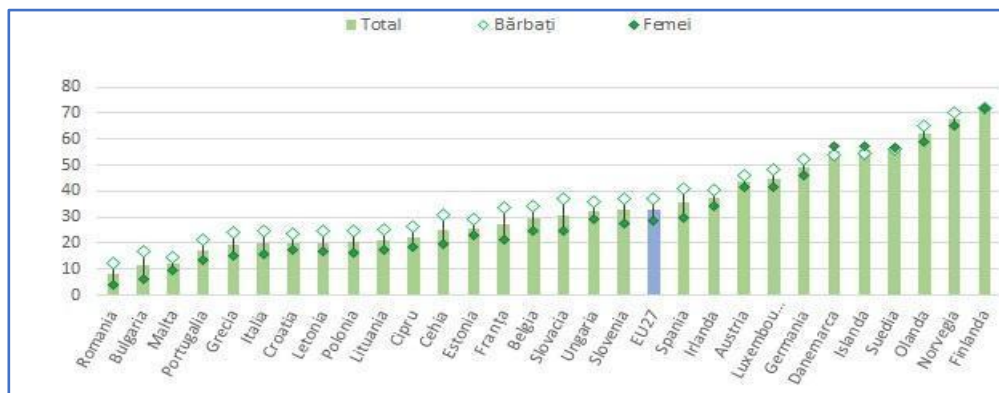


Legislația în România interzice prepararea, comercializarea și distribuirea alimentelor care pot avea consecințe nefaste asupra sănătății în incinta școlilor (Legea nr. 123/2008 pentru o alimentație sănătoasă în unitățile de învățământ preuniversitar și OMS nr. 1563/2008 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarilor și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copii și adolescenți), însă conformarea este deficitară, iar controlul aplicării și respectării prevederilor legale este unul extrem de redus.

Abordarea supraponderabilității și a obezității nu este realizată integrat, ceea ce face ca măsurile fragmentate implementate să fie ineficiente și fără valoare adăugată.

II.2.4. Activitatea fizică

România are cea mai mică proporție de populație în vârstă de peste 15 ani din U.E care declară că practică o activitate fizică recreațională, de peste 150 minute săptămânal. Proporția a scăzut de la 8,6% în 2014 la 8 % în 2019. Scăderea proporției de populație care practică activități fizice a scăzut în rândul populației cu nivel de educație scăzut și a crescut în rândul categoriilor de populație cu nivel crescut de educație, în intervalul 2014-2019. De asemenea, proporția de populație care practică activitate fizică de cel puțin 150 minute este mai ridicată în rândul bărbaților (12,4%) față de femei (3,9%).



Grafic 19. Procent populație 15+ani care declară activitate fizică, 2019

Sursa: Eurostat, European Health Survey (EHIS), 2019; Notă: medie ponderată calculată EUROSTAT; activitatea fizică se referă la activitate recreațională de peste 150 minute pe săptămână.

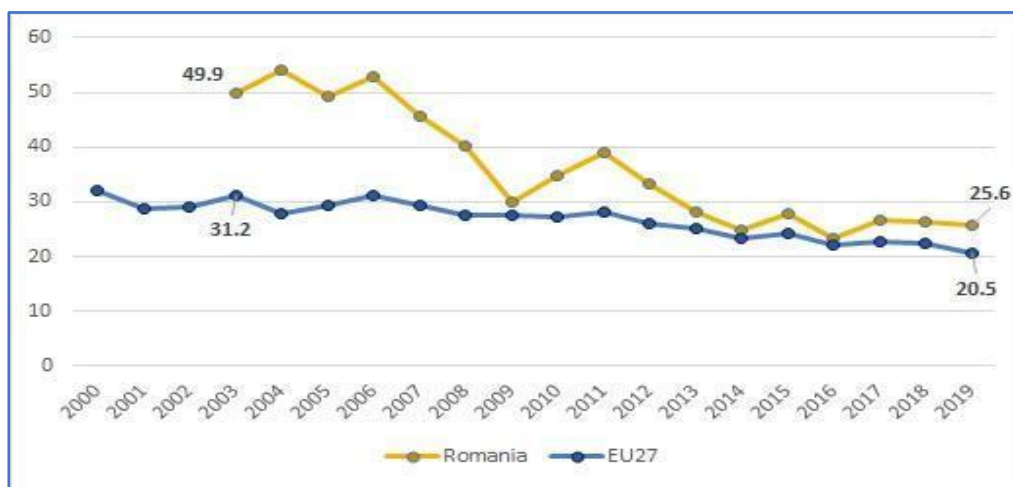
Studiul COSI la copii din ciclul primar de învățământ arată că 34,30% dintre fete și 37,30% dintre băieți dedică zilnic 3 ore sau mai mult pentru joc activ sau în forță. Aceste proporții cresc semnificativ la sfârșitul săptămânii, când 78,90% dintre fete și 81,40% dintre băieți dedică zilnic la sfârșitul săptămânii 3 ore sau mai mult pentru joc activ sau în forță.

Politicile publice de încurajare a activității fizice sunt izolate, iar planurile de dezvoltare urbană nu iau în considerare crearea de orașe favorabile activității fizice.

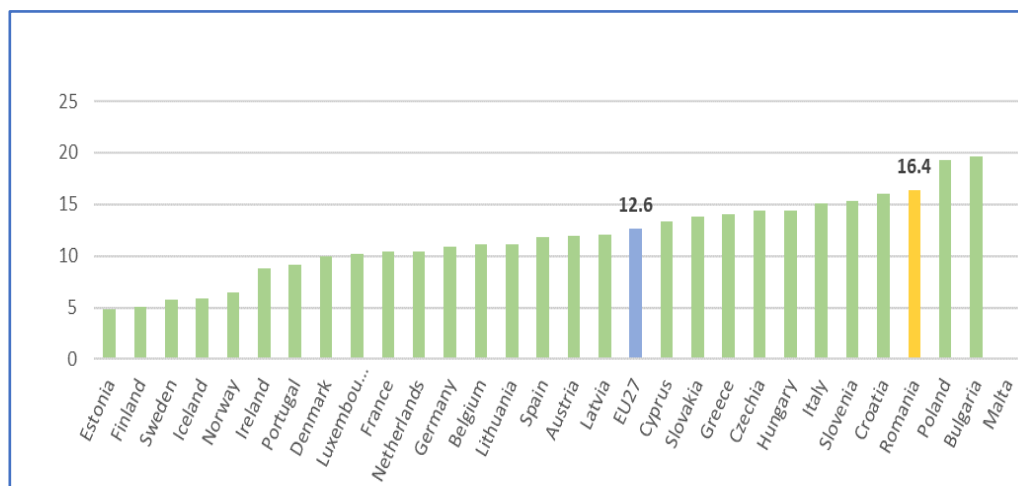


II.2.5. Poluarea din mediul de viață și de muncă

Decesele provocate de boli asociate poluării atmosferice au reprezentat 7 % din totalul cauzelor de deces în 2019 (față de 4 % în UE) (OCDE/Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate, 2021). Nivelurile anuale de PM₁₀, în 2019, au ajuns la 25,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ în România, peste media UE (20,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) (grafic 20). De asemenea, România a înregistrat o concentrație mai mare de PM_{2,5} decât UE (16,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ față de 12,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$), situându-se pe locul trei ca mărime a valorilor de concentrație din țările UE în 2019 (grafic 21). Cancerul legat de poluarea aerului, cancerul bronho-pulmonar și cancerul de trahee au cauzat 7,2 decese la 100 000 de locuitori și 179,5 ani de viață ajustați pentru dizabilitate (DALY)/100 000 de locuitori în 2019 (IHME, 2019).



Grafic 20. Nivelurile anuale de concentrație PM₁₀ în orașe, 2019
Sursa: EUROSTAT; Notă: media UE ponderată (calculată EUROSTAT);



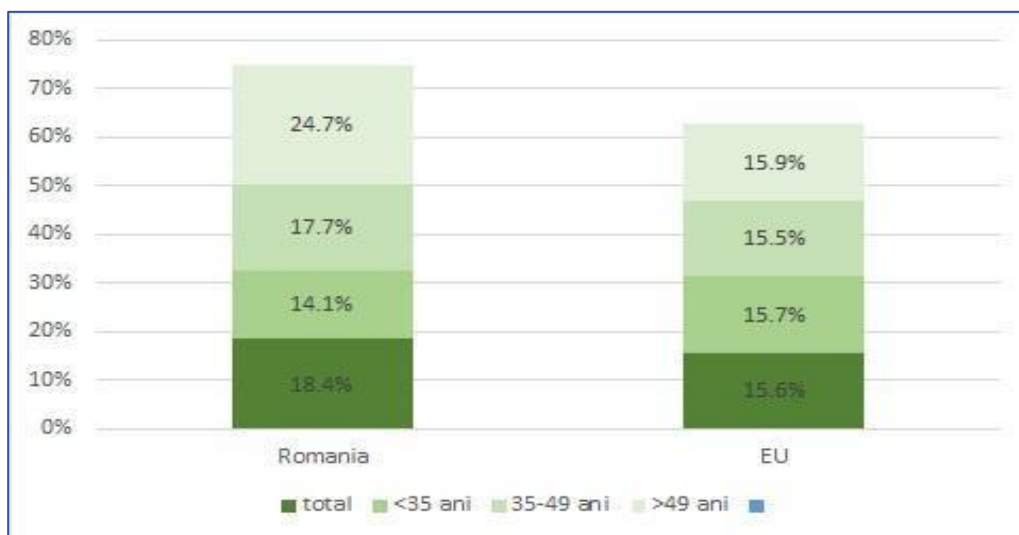
Grafic 21. Concentrații anuale PM_{2,5}, 2019
Sursa: EUROSTAT; Notă: media UE ponderată (calculată EUROSTAT);

Raportul “World Air Quality Report Region & City PM_{2.5}” (2021), situează România pe locul treisprezece în Europa cu o valoare medie/an de 15.3 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Printre cele mai poluate orașe se află orașele Cluj-Napoca, Târgu Mureș, Craiova, București, Otopeni, Mogoșoaia cu o concentrație medie/an cuprinsă între 30,3 – 21 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, iar ultimele locuri sunt ocupate de orașe precum Sibiu, Oradea, Brăila și Galați cu o concentrație cuprinsă între 9,7- 7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.



România nu dispune de date validate privind expunerea lucrătorilor la poluanți, agenți cancerigeni și mutageni și nici de un registru de boli profesionale care să identifice posibilele cancere profesionale. Datele privind expunerea lucrătorilor expuși la noxele cancerigene din lotul III (benzen, acrilonitril, compuși de nichel și emisii de eșapament de la motoarele Diesel) sunt incomplet raportate și de o calitate dificil de verificat.

Studiul EURO-FUND privind condițiile de lucru (2019) arată că 18,4% din angajați declară că sunt expuși mai mult de ¼ din timpul lor de lucru la fum, gaze, pulberi sau praf (Grafic 22).



Grafic 22. Procent de angajați care declară expunere la fum, gaze, pulberi sau praf > ¼ din timpul de lucru, 2019
Sursa: Eurofound-European Working Conditions Survey; Notă: media UE neponderată (calculată OECD);

Pe categorii de activitate, proporția cea mai ridicată de lucrători expuși la fum, gaze, pulberi sau praf, se întâlnește la lucrătorii din construcții și transporturi (tabel 3).

	Total	Agricultură și industrie	Comerț și ospitalitate	Construcții și transporturi	Financiar și alte servicii	Administrație publică, educație și sănătate
România	18.4	25.4	10	27	12.5	9.7
EU - 27	15.6	30.5	11.0	32.7	6.7	5.6

Tabel 3. Proporția de angajați expuși la fum, gaze, pulberi sau praf la locul de muncă, 2019
Sursa: Eurofound-European Working Conditions Survey; Notă: media UE neponderată (calculată OECD); expunerea este autodeclarată și se referă la minimum ¼ din timpul de lucru.

România este în curs de implementare a mecanismelor de monitorizare și management a expunerii la radonul rezidențial, clădirile cu acces public și de la locul de muncă, în conformitate cu ghidurile de practică IAEA și C.E.

Directiva 2008/50/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 21 mai 2008 privind calitatea aerului înconjurător și un aer mai curat pentru Europa este principalul act normativ care reglementează standardele privind calitatea aerului și concentrația admisă de substanțe poluante în aerul înconjurător. Transpunerea acestora în legislația națională a fost realizată prin Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător și a H.G nr. 257/2015 privind aprobarea



metodologiei de elaborare a planurilor de calitate a aerului, a planurilor de acțiune pe termen scurt și a planurilor de menținere a calității aerului.

Directivele europene privind evaluarea și de reducerea riscurilor prezentate de substanțele chimice, cancerigene sau mutagene la locul de muncă, și stabilirea/revizuirea valorilor-limită de expunere profesională, pentru mai mulți agenți cancerigeni sau mutageni au fost transpuse în legislația românească prin Legea nr. 213/2019 pentru îmbunătățirea cadrului organizatoric și funcțional în vederea depistării precoce a cancerului profesional și a pneumoconiozelor și H. G nr. 1093 din 16/08/2006 privind stabilirea cerințelor minime de securitate și sănătate pentru protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți cancerigeni sau mutageni la locul de muncă (republicată).

II.2.6. Agenți infecțioși

Incidența cancerului de col uterin (32,3 la 100 000 de femei) și mortalitatea specifică (16,9 la 100 000) sunt cele mai ridicate din UE. România nu a pus deocamdată în aplicare un program consolidat de vaccinare împotriva papilomavirusului uman (HPV). Sub 30 % dintre femei au declarat că au făcut un test Babeș-Papanicolaou și sub 10 % dintre fetele adolescente au fost vaccinate împotriva infecției cu HPV în 2019. Rata standardizată cu vârstă estimată a infecției cu HPV a fost, de asemenea, una dintre cele mai ridicate din UE (în intervalul 12,2 și 15,4 la 100 000 de locuitori). Programul național de vaccinare anti-HPV a fost extins, fiind disponibil fetelor cu vârste cuprinse 11-18 ani, cu o populație totală eligibilă pentru vaccinare gratuită de aproximativ 800.000 de fete. Procesul de vaccinare bazat pe solicitările depuse de părinți și aparținători legali la cabinetele medicilor de familie și ezitarea la vaccinare sunt principalele bariere identificate pentru creșterea acoperirii vaccinale. Studiul de cunoștințe și atitudini privind prevenția cancerului de col uterin (2020) arată un interes crescut, în ultima perioadă, pentru vaccinarea împotriva HPV: 75 % dintre mamele respondente s-au declarat în favoarea vaccinării fiicelor lor împotriva HPV. Organizația Mondială a Sănătății a lansat Strategia Globală de Eliminare a Cancerului de col uterin, în anul 2020, stabilind ca obiective pentru eliminarea cancerului de col uterin o acoperire vaccinală de 90% la fetele 11-15 ani, 70% acoperire cu servicii de screening organizat la femeile 35-45 ani și 90% din femeile depistate cu cancer preluate în tratament. De asemenea, pentru statele cu incidență crescută a cancerului de col uterin, IARC/OMS recomandă concentrarea eforturilor pe creșterea acoperirii vaccinale anti-HPV. Frația atribuibilă infecției cronice cu VHB este estimată la aproximativ 50%. România raportează acoperiri vaccinale anti-HBV de 87% pentru anul 2020, în scădere față de anul 2000 (98%).

Infecția cronică cu HCV rămâne în continuare una din cauzele determinante ale cancerului hepatic chiar dacă tratamentul antiviral fără interferon este accesibil și gratuit în România.

Îmbunătățirea acoperirii vaccinale prin comunicare consecventă și adaptată nevoilor de informare ale populației, înlăturarea barierelor birocratice și a managementului achiziției și distribuției de vaccinuri sunt priorități de acțiune în cadrul programului național de vaccinare.

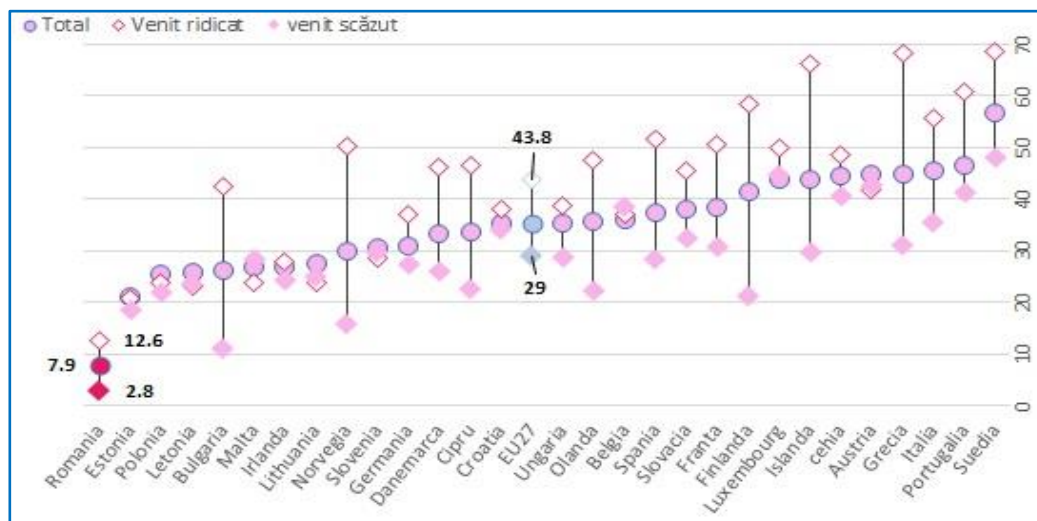


I.3 Depistarea precoce și screeningul

Depistarea precoce și screeningul pentru cancer sunt recunoscute drept priorități ale intervențiilor de sănătate publică în cadrul strategiei anterioare de sănătate, 2014-2020. Cu toate acestea, în România nu există practici sistematice de screening pentru cancer, iar cheltuielile cu măsurile preventive sunt scăzute.

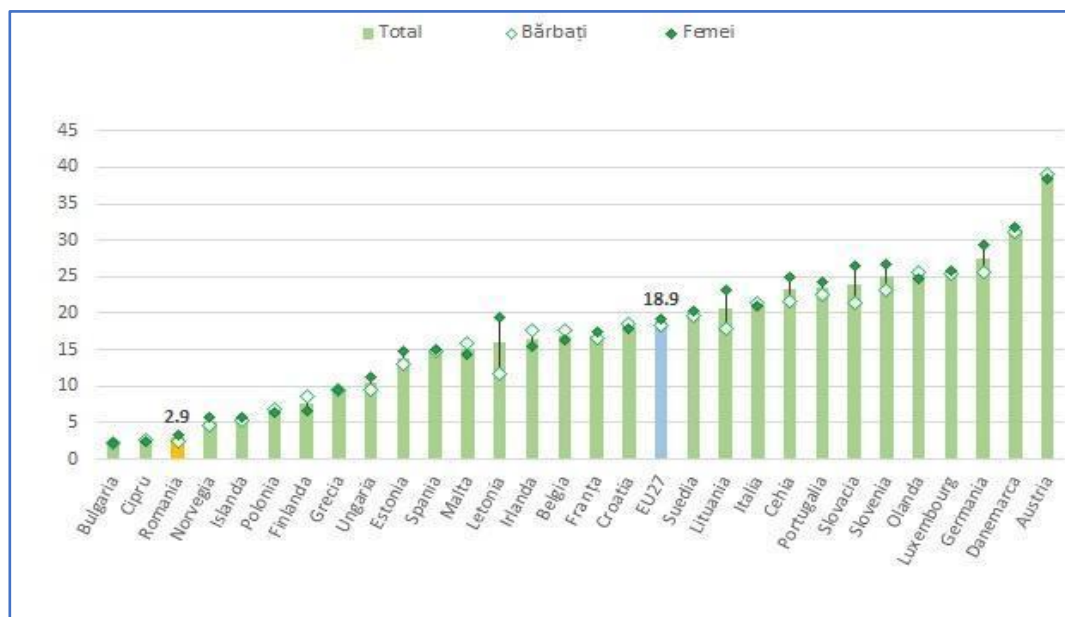
România raportează cele mai mici rate de participare la serviciile de testare pentru cele 3 cancere recomandate, cancerul de col uterin, cancerul de sân și cancerul colorectal.

Doar 7,9 % din femeile de peste 15 ani au efectuat o mamografie în ultimii 2 ani, față de media U.E de 35,4%. Acest procent este mai ridicat în rândul femeilor cu venituri ridicate, ceea ce confirmă caracterul oportunist al testării pentru depistarea cancerului de sân. Din cauza deficitului de servicii de mamografie în regim ambulator în sistemul public de sănătate, aceste investigații se efectuează mai ales în regim privat și contra cost.



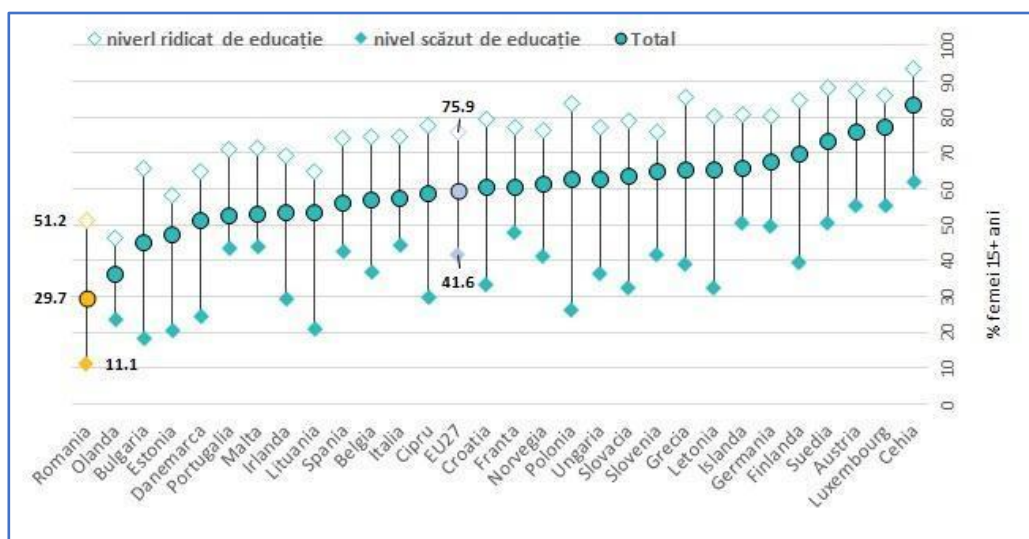
Grafic 22. Procent de femei 15+ care au efectuat mamografie în ultimii 2 ani, 2019
Sursa: EUROSTAT; Notă: media UE ponderată (calculată EUROSTAT);

Procentul de persoane care declară că au beneficiat de un test pentru depistarea cancerului colorectal este 2,9% față de 18,9% media UE (grafic 24). Participarea femeilor este mai ridicată, 3,4%, față de cea a bărbaților 2,4% din ei. Nu există diferențe pe categorii de venit și nici între grupurile de populație pe niveluri de educație.



Grafic 24. Procent de persoane 15+ ani care au efectuat un test pentru cancerul colorectal în ultimii 2 ani, 2019
Sursa: EUROSTAT; Notă: media UE ponderată (calculată EUROSTAT)

Procentul femeilor în vârstă de peste 15 ani care au beneficiat de un test de screening pentru cancerul de col uterin a fost de 30%, față de media U.E, 59,5%. Proporția de femei cu nivel ridicat de educație este de aproape 5 ori mai mare, față de cea a femeilor cu un nivel scăzut de instruire (grafic 25). Din punct de vedere a categoriilor de venituri, proporția femeilor cu venituri ridicate care au beneficiat de un test de screening este de 3 ori mai mare, față de cea a femeilor cu venituri reduse (43,3% vs.12,8%).



Grafic 25. Procent de femei 15+ ani care au efectuat un test pentru cancerul col uterin în ultimii 3 ani, 2019
Sursa: EUROSTAT; Notă: media UE ponderată (calculată EUROSTAT);

Programul național de screening pentru cancerul de col uterin a fost înființat în 2012, ca program de sănătate finanțat din bugetul Ministerului Sănătății. Programul asigură testarea gratuită a femeilor 25-64 ani, o dată la 5 ani, utilizând testarea Babeș-Papanicolaou. În prima rundă de



screening 2012 - 2017 au fost testate 730.000 de femei, reprezentând 13,6% din populația totală de femei eligibile.

Principalele puncte slabe ale programului național au fost:

- înființarea programului la nivel național fără o testare prealabilă pentru fezabilitate;
- lipsa sistemului de invitare-reinvitare a femeilor;
- alocarea bugetară anuală, imprevizibilă, care nu a permis o planificare a numărului anual de teste;
- un sistem de monitorizare birocratic orientat aproape exclusiv pe monitorizarea financiară și mai puțin pe performanța programului;
- absența unui sistem de monitorizare a femeilor cu teste pozitive;
- absența controlului de calitate al citirii și interpretării frotiurilor citovaginale la nivelul laboratoarelor și un număr mare de laboratoare implicate în program;
- lipsa de aderență la ghidurile de implementare a programului și menținerea testării oportuniste, la intervale mai mici de timp (o dată pe an, uneori chiar și de două ori);
- deficitul de acces la servicii medicale de confirmare diagnostică și de tratament al leziunilor precanceroase în ambulatoriile publice;
- personal medical redus la toate nivelurile programului.

În anul 2017, în urma analizei primei runde de desfășurare a programului s-a decis reorganizarea acestuia. Astfel:

- pentru creșterea accesibilității la serviciile de screening și pentru asigurarea accesului echitabil la aceste servicii s-au achiziționat 8 unități mobile, câte una pentru fiecare regiune, prin programul de reformă a sistemului sanitar al Băncii Mondiale. Operaționalizarea acestora s-a făcut cu dificultate din cauza procesului birocratic de preluare în structura unităților sanitare și din cauza întârzierilor în identificarea modului de finanțare a utilizării acestora. Actual aceste unități mobile continuă să fie utilizate mai ales în zonele urbane și semi-urbane în detrimentul zonelor rurale. Utilizarea unităților mobile continuă să întâmpine dificultăți din cauza menținerii obligativității ca recoltarea de frotiuri-citovaginale să fie efectuată de medici;
- pentru creșterea calității citirii și interpretării s-a decis tranziția treptată la testare primară pentru infecția persistentă cu HPV, la femeile de peste 30 ani, în conformitate cu recomandările europene și ale OMS și organizarea laboratoarelor regionale de testare HPV și citologie. Specificațiile tehnice pentru aparatura de laborator HPV și citologie au fost elaborate încă din anul 2016, achiziția unitară de aparatură care să permită intercomparabilitatea între laboratoare nu a fost finalizată. Curent, la nivelul a 4 dintre regiuni s-a achiziționat aparatură de laborator din resurse proprii. Celelalte 4 regiuni continuă testarea cu citologie convențională, fie în laboratoarele proprii, cu un volum de muncă crescut și cu întârzierea furnizării rezultatelor, fie în externalizat către mai multe laboratoare pentru care nu se asigură controlul de calitate al citirii și interpretării;
- pentru creșterea accesibilității la servicii de confirmare diagnostică și tratament al leziunilor precanceroase ale colului uterin s-a prevăzut înființarea a cel puțin unui centru județean de screening



pe județ, în ambulatoriile de specialitate ale unităților sanitare publice. Achiziția de aparatură este prevăzută a se realiza din proiectul de reformă a sistemului sanitar al Băncii Mondiale, din proiectele finanțate din fonduri structurale aflate în desfășurare și din Programul Sănătate 2021-2027 finanțat din Fondul de Coeziune al C.E.

- pentru asigurarea unui management adecvat, în acord cu recomandările OMS și ale C.E și pentru implementarea graduală a Ghidurilor Europene de asigurare a calității programelor de screening pentru cancerul de col uterin, s-a dezvoltat un proiect finanțat din Fondul Social European – programul Operațional Capital Uman, cu perioadă de implementare 2018-2023 care are ca obiective dezvoltarea metodologiei de implementare a programului de screening, utilizând ca metodă de testare primară pentru infecția cu HPV la femeile în vârstă de peste 30 de ani, dezvoltarea curriculumelor de formare și instruirea a cel puțin 400 de profesioniști din sistemul de sănătate și dezvoltarea registrului de screening. Proiectul și-a atins doar parțial obiectivele, nereușind să obțină consensul specialiștilor pentru implementarea unui program de screening consolidat și sustenabil.

În dezvoltarea planului național de reorganizare și consolidare a programului național de screening pentru cancerul de col uterin, specialiștii români au beneficiat de asistență tehnică de la experții IARC și OMS și de la experții C.E.

Recomandarea Consiliului Uniunii Europene privind screeningul pentru cancer (actualizată în 2022)
recomandă statelor membre:

- implementarea de programe organizate de screening pentru cancer și evitarea testării oportuniste. Testarea sistematică în programe de screening este singura care și-a dovedit eficacitatea și cost-eficiența în reducerea incidenței stadiilor avansate la diagnostic, pe termen mediu, și reducerea incidenței și mortalității prin cancer, pe termen lung;
- implementarea de programe de screening pentru cancerul de col uterin, bazate pe testare pentru infecția persistentă cu HPV, pentru femeile de peste 25 – 64 ani, o dată la 5 ani. Se recomandă ca grupele de vârstă și intervalele de testare să fie adaptate statusului vaccinal și criteriilor de risc;
- implementarea de programe de screening pentru cancerul de sân, utilizând ca metodă de testare mamografia pentru femeile de 45-69 ani, o dată la 2 ani. În cazul în care capacitățile naționale permit, grupele de vârstă pot fi extinse la 45-74 ani;
- implementarea de programe de screening pentru cancerul colorectal utilizând metoda de depistare a hemoragiilor oculte în scaun (test FIT), pentru persoanele 50-74 ani, o dată la 2 ani;
- implementarea de programe de screening pentru cancerul pulmonar – utilizând testarea anuală cu tomografie computerizate în doză scăzută, anual, pentru toți fumătorii și foștii fumători de peste 50 ani;
- implementarea de programe de screening pentru cancerul de prostată – utilizând testarea biomarkerilor PSA, la bărbați în vârstă de peste 50 ani;



- se recomandă ca noile programe de screening pentru cancerul pulmonar și de prostată să se introducă cu prudență, după testarea pentru fezabilitate, instruirea adecvată a personalului și asigurarea serviciilor de confirmare diagnostică și preluare în tratament.

În ultimii cinci ani, România a depus eforturi și a alocat resurse pentru dezvoltarea unor programe de screening populațional (screening oferit unei anumite populații-țintă expuse riscului) pentru cancerul de col uterin, de sân și de colon, elaborând și punând în aplicare programe-pilot finanțate din Fondul Social European – Programul Operațional Capital Uman. Aceste proiecte-pilot au ca obiectiv dezvoltarea de infrastructuri de testare, elaborarea ghidurilor naționale de asigurare a calității în programele de screening și instruirea profesioniștilor din domeniul sănătății. Aceste proiecte finanțează și furnizarea de servicii medicale de screening la nivel regional. Pentru cancerul de sân și cancerul colo-rectal s-au inițiat pentru prima dată proiecte pilot regionale după cu urmează:

Proiectul pilot regional pentru dezvoltarea programului național de screening pentru cancerul de sân în regiunile Nord-Vest, Vest, Nord Est și Sud-Est, cu un indicator de 70.000 de femei 50-69 ani, din care 50% provenind din grupuri vulnerabile. Proiectele-pilot au început în anul 2018 și se vor finaliza la sfârșitul anului 2023. Implementarea acestor proiecte a relevat numeroase dificultăți și bariere de implementare: numărul redus de tehnicieni radiologi și de specialiști în senologie imagistică cu instruire adecvată în efectuarea, citirea și interpretarea mamografiilor de screening, o aderență redusă la protocoalele de testare, urmărire și confirmare diagnostică, servicii de mamografie insuficient dezvoltate la nivelul tuturor regiunilor și județelor și numărul redus de servicii disponibile în ambulator. Majoritatea mamografelor care îndeplinesc criteriile minime de calitate pentru screening se găsesc la nivelul spitalelor județene și sunt utilizate predominant în scop diagnostic. Tariful per serviciu pentru mamografii în regim ambulator este unul foarte redus și neatractiv pentru contractare.

Pentru **extinderea consolidată la nivel regional și național a programului de screening pentru cancerul de sân** s-au identificat următoarele priorități:

- accesul regulat la baza de date populațională din cadrul DEPABD în vederea implementării populaționale a programului de screening
- sistem informațional și informatic integrat pentru tot procesul de screening
- investiții de tehnologie pentru dezvoltarea serviciilor de mamografie în ambulator și creșterea accesibilității;
- dezvoltarea de curricule de formare continuă a personalului și dezvoltarea de mecanisme de monitorizare a gradului de aderență la ghidurile naționale de screening;
- dezvoltarea de soluții digitale de citire și interpretare a mamografiilor, pentru compensarea deficitului de resurse umane și pentru reducerea volumului de muncă suplimentară pe care îl generează implementarea unui program consolidat de screening;



- dezvoltarea schemelor de certificare a serviciilor de screening în acord cu ghidurile Inițiativei Comisiei Europene pentru Cancerul de Sân, adaptate la capacitățile naționale;
- dezvoltarea sistemului de invitare-reinvitare a femeilor și a sistemului de evidență a programului (registru de screening);
- asigurarea resurselor financiare previzibile pentru implementarea sistematică a programului.

Proiectul pilot regional pentru dezvoltarea programului național de screening pentru **cancerul colorectal** în regiunile București-Ilfov, Muntenia-Sud, Sud-Est și Sud-vest, cu un indicator de 200.000 de persoane 50-74 ani, din care 50% provenind din grupuri vulnerabile. Proiectele pilot au început în anul 2018 și se vor finaliza la sfârșitul anului 2023. În dezvoltarea acestor proiecte, specialiștii români au beneficiat de asistență tehnică din partea experților de la nivel european, prin Serviciul de Suport al Reformelor Structurale al Comisiei Europene (SRSS). Aceștia au ghidat planificarea, dezvoltarea și implementarea proiectelor pilot pe tot parcursul lor. Societatea Română de Gastroenterologie și Hepatologie s-a implicat activ în dezvoltarea ghidurilor de asigurare a calității programului, instruirea personalului implicat, dezvoltarea registrului de screening pentru cancerul colorectal și a reușit solidarizarea specialiștilor și obținerea consensului asupra metodologiei naționale de implementare a programului. Implementarea acestor proiecte a relevat și numeroase dificultăți și bariere de implementare: numărul redus de specialiști în colonoscopie cu instruire adecvată, o aderență redusă la protocoalele de testare, urmărire și confirmare diagnostică, servicii de endoscopie insuficient dezvoltate la nivelul tuturor regiunilor și județelor și numărul redus de servicii disponibile. Majoritatea colonoscoapelor care îndeplinesc criteriile minime de calitate pentru screening se găsesc la nivelul spitalelor județene și sunt utilizate predominant în scop diagnostic.

Pentru **extinderea consolidată la nivel regional și național a programului de screening pentru cancerul colorectal** s-au identificat următoarele priorități:

- investiții de tehnologie pentru dezvoltarea serviciilor de endoscopie și creșterea accesibilității;
- dezvoltarea de curricule de formare continuă a personalului și dezvoltarea de mecanisme de monitorizare a gradului de aderență la ghidurile naționale de screening;
- dezvoltarea de soluții digitale de citire și interpretare a endoscoپیilor, pentru compensarea deficitului de resurse umane și pentru reducerea volumului de muncă suplimentară pe care îl generează implementarea unui program consolidat de screening;
- dezvoltarea schemelor de certificare a serviciilor de screening în acord cu ghidurile Inițiativei Comisiei Europene pentru Cancerul Colorectal și Ghidurile Europene asigurare a calității programelor de screening pentru cancerul colorectal, adaptate la capacitățile naționale;
- dezvoltarea sistemului de invitare-reinvitare a populației și a sistemului de evidență a programului (registru de screening);
- asigurarea resurselor financiare previzibile pentru implementarea sistematică a programului.



Proiectul pilot regional pentru consolidarea programului național de screening pentru **cancerul de col uterin** a avut ca obiectiv introducerea treptată a noii strategii de testare pentru infecția persistentă cu HPV în 4 regiuni: Nord- Vest, Nord-Est, Muntenia Sud, Centru, cu un indicator de 680.000 femei 25-64 ani, din care 50% provin din grupurile vulnerabile. Proiectele s-au implementat cu dificultate, fiind la risc de a nu îndeplini indicatorul propus, deși echipele regionale implementează programul național de screening pentru cancerul de col uterin din anul 2012. Indicatorul propus reprezintă 20% din totalul femeilor eligibile pentru screening, 25-64 ani. Implementarea acestor proiecte a relevat numeroase dificultăți și bariere de implementare: numărul redus de specialiști în colposcopie cu instruire adecvată, o aderență redusă la protocoalele de testare, urmărire și confirmare diagnostică, servicii urmărire și confirmare diagnostică insuficient dezvoltate la nivelul tuturor regiunilor și județelor și numărul redus de servicii în ambulator disponibile. De asemenea, personalul medical pentru recoltarea frotiului citovaginal este redus și foarte puțin dispus să participe la programe de screening sistematice.

Programul Național finanțat din bugetul Ministerului Sănătății bazat pe citologie Babeș-Papanicolau a continuat în celelalte 4 regiuni, însă s-a desfășurat cu dificultate și cu rezultate modeste.

Pentru **extinderea consolidată la nivel regional și național a programului de screening pentru cancerul de col uterin** s-au identificat următoarele priorități:

- investiții de tehnologie pentru dezvoltarea serviciilor de colposcopie și de tratament al leziunilor precanceroase ale colului uterin și creșterea accesibilității;
- dezvoltarea de curricule de formare continuă a personalului și dezvoltarea de mecanisme de monitorizare a gradului de aderență la ghidurile naționale de screening;
- dezvoltarea de soluții digitale de citire și interpretare a colposcopiilor, pentru compensarea deficitului de resurse umane și pentru reducerea volumului de muncă suplimentară pe care îl generează implementarea unui program consolidat de screening;
- dezvoltarea schemelor de certificare a serviciilor de screening în acord cu ghidurile Ghidurile Europene asigurare a calității programelor de screening pentru cancerul de col uterin, adaptate la capacitățile naționale;
- dezvoltarea sistemului de invitare-reinvitare a populației și a sistemului de evidență a programului (registrul de screening);
- asigurarea resurselor financiare previzibile pentru implementarea sistematică a programului.

Depistarea precoce a cancerelor la persoane care au dezvoltat deja semne și simptome de boală se face cu dificultate și cu întârziere. Funcționarea fragmentată a serviciilor de diagnostic și lipsa unor rețele de diagnostic și tratament care să faciliteze parcursul pacienților și distribuția neuniformă a acestor servicii caracterizată de concentrarea lor în marile centre universitare și deficit major atât din punct de vedere al resurselor umane, cât și al aparaturii de diagnostic și tratament la nivelul județelor se numără printre principalele cauze. De asemenea, la acestea se adaugă și lipsa de informare a populației care să-i permită să recunoască semnele de boală și să se adreseze serviciilor medicale potrivite.



II. Diagnostic

Accesul la servicii de diagnostic al cancerului este extrem de variabil și cu un gradient înalt de inechitate, în special din cauza concentrării acestor servicii în orașele mari cu centre universitare medicale și a furnizării fragmentate, fără trasabilitate a acestor servicii.

În 2019, capacitatea de diagnostic din România era de 1,8 scanere de tomografie computerizată (CT) la 100 000 de locuitori (față de o medie de 2,4 la 100 000 în UE) și 1,1 unități de imagistică prin rezonanță magnetică (IRM) la 100 000 de locuitori (față de o medie de 1,6 la 100 000 în UE), fiind inegal distribuită în țară. Numărul de unități este în creștere din 2011 – ratele au crescut de peste două ori în cazul scanerelor CT și de peste trei ori în cazul unităților IRM, în special datorită investițiilor finanțate din fonduri structurale și din fondurile rambursabile ale Proiectului de reformă a sistemului de sănătate al Băncii Mondiale, însă rămâne sub media UE.

Accesul la imagistica (CT și IRM) este încă deficitar, inclusiv în centrele universitare, numărul de investigații imagistice rambursate din FNUASS nu răspunde nevoilor reale ale pacienților cu suspiciune de cancer sau pentru pacienții diagnosticați cu cancer, pentru monitorizarea bolii. Se estimează că aproximativ 25% din pacienți își suportă cheltuielile cu investigațiile imagistice.

De asemenea, nu există încă implementate standarde de interpretare a investigațiilor imagistice oncologice (ex. RECIST), ceea ce duce la o variabilitate crescută a accesului la tratament și o creștere a riscurilor asociate prescrierii schemelor de tratament oncologic în afara protocoalelor de practică. Diagnosticul anatomo-patologic se realizează în mod neunitar, în laboratoare cu posibilități tehnice variate și personal cu niveluri experiență și pregătire variate. Numărul redus de laboratoare de anatomie patologică care pot asigura finalizarea cazurilor rezultă în întârzieri ale diagnosticului și inițierii tratamentului.

Utilizarea de rutină a testelor imunohistochimice nu a fost implementată la nivelul tuturor laboratoarelor care asigură diagnosticul în oncologie. Procesarea automată a lamelor pentru imunohistochimie nu este disponibilă la nivelul tuturor laboratoarelor care asigură acest tip de diagnostic. Tehnicile de citogenetică și de biologie moleculară, necesare pentru un diagnostic anatomopatologic complet și instituirea unei terapii țintite, sunt accesibile unui număr extrem de redus de laboratoare. Ca rezultat, resursele umane cu nivel de pregătire și experiență adecvate pentru aceste tipuri de diagnostice sunt reduse.

Interpretarea testelor de anatomie patologică variază, uneori substanțial, între laboratoare. Nu există recomandări și ghiduri naționale specifice, pe localizări ale tumorilor. Se estimează că la nivelul laboratoarelor de anatomie patologică din marile centre de tratament al cancerului, 10% din activitatea acestora este dedicată rezolvării discrepanțelor de diagnostic. Nu există



recomandări/ghiduri privind materialul biologic restant, necesar pentru evaluarea cazurilor și pentru utilizarea tehnicilor de diagnostic complementar. Nu există un sistem național unitar de raportare a diagnosticelor histologice. Nu există o rețea națională a laboratoarelor de referință pentru diagnosticul histologic al cancerului.

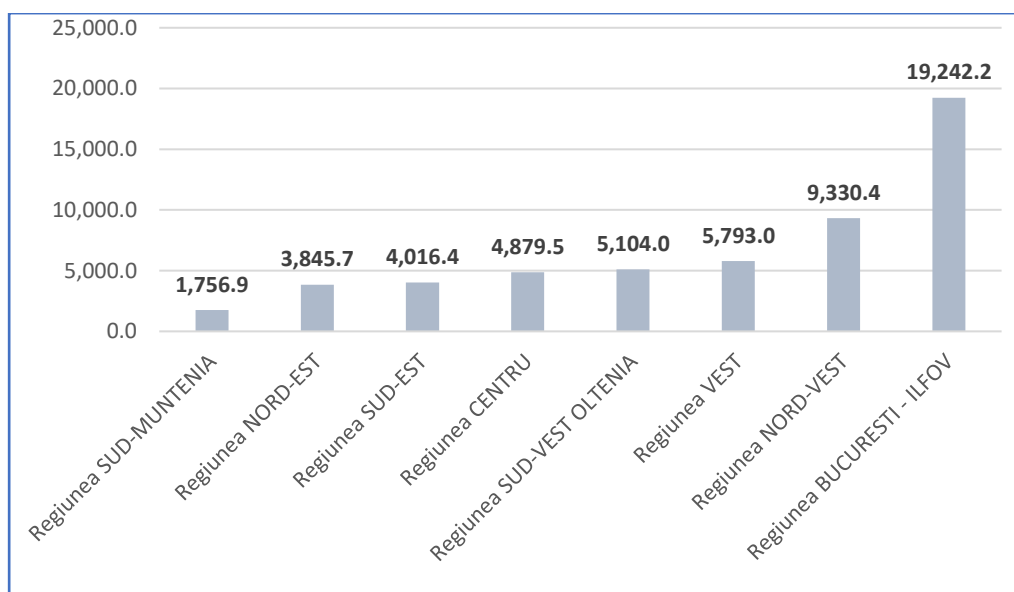
III. Tratament

Îngrijirea pacienților oncologici este asigurată în unități sanitare publice și private care reprezintă peste 3 500 de paturi la nivel național (2020).

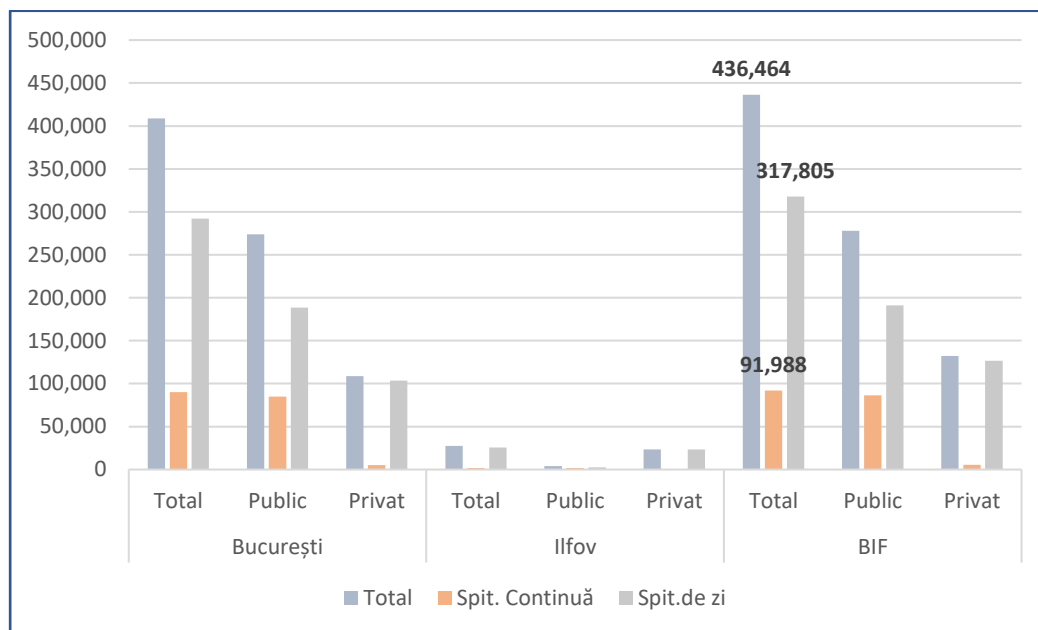
În unitățile sanitare ale Ministerului Sănătății, ale autorității publice locale și ale Academiei Române sunt, 2246 paturi de îngrijire 2246 din care 2127 paturi în secțiile de oncologie medicală pentru adulți, 101 în secțiile de onco-pediatrie și 18 în secțiile de tratament cu izotopi.

Volumul de servicii medicale de îngrijire oncologică este extrem de variabil și concentrat în marile centre universitare. Numeroase secții de oncologie ale spitalelor județene funcționează doar ca stație intermediară, pacienții fiind transferați către institutele oncologice sau către centrele universitare.

Volumul cel mai mare de îngrijiri se oferă în regiunea București-Ilfov, cu 19.242 episoade de spitalizare continuă și de zi la 100.000 de locuitori. În timp ce în regiunea Muntenia-Sud, nr. de episoade de spitalizare este cel mai redus. În regiunea București-Ilfov cu un total de 436.464 de episoade de spitalizare, 64% sunt în sistemul public și 72% în regim de spitalizare de zi. (grafic 26, 27).



Grafic 26. Episoade de spitalizare (continuă și de zi) la 100.000 loc. pe regiuni (2022)
Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

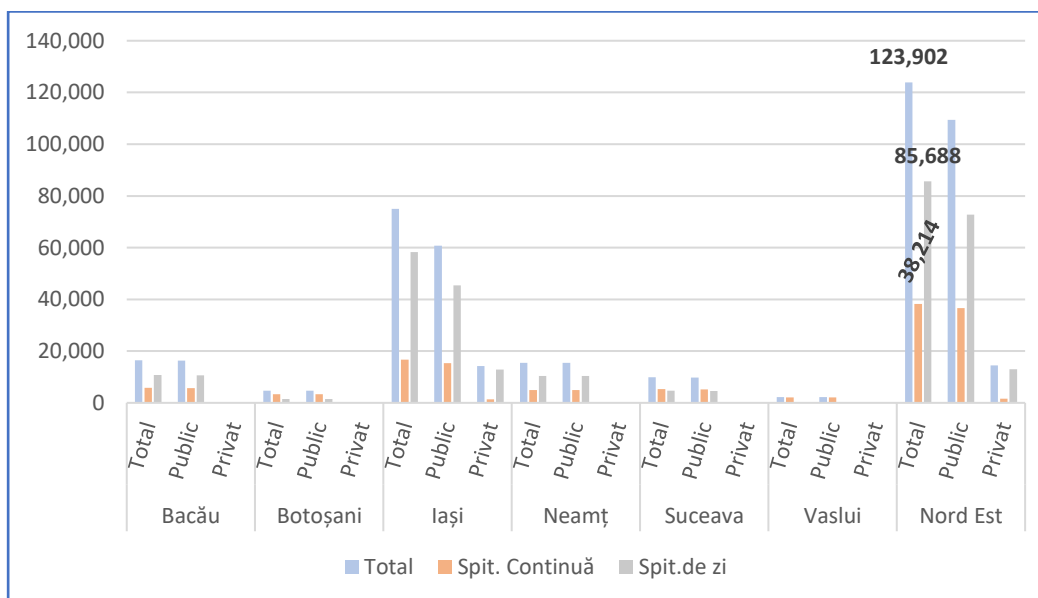


Grafic 27. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea București-Ilfov (2022)

Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

Volumul de îngrijiri este concentrat în cele 3 institute oncologice, București, Iași și Cluj-Napoca.

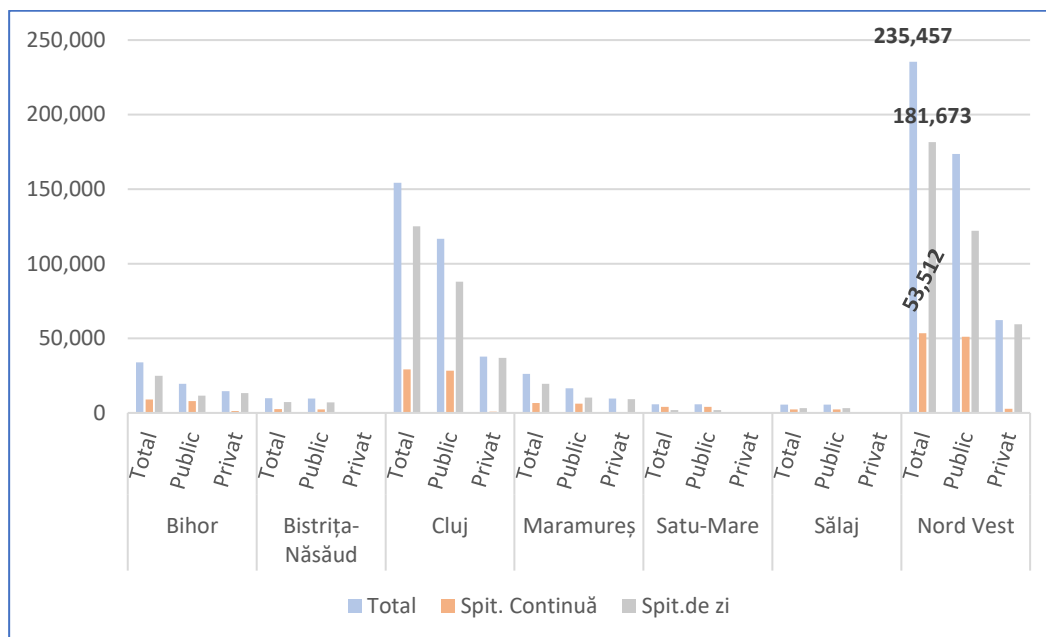
În regiunea Nord Est, 88% din episoadele de spitalizare sunt oferite în sistemul public, 60% din episoadele de spitalizare sunt concentrate în județul Iași și 69% din acestea sunt oferite în regim de spitalizare de zi (grafic 28).



Grafic 28. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Nord-Est (2022)

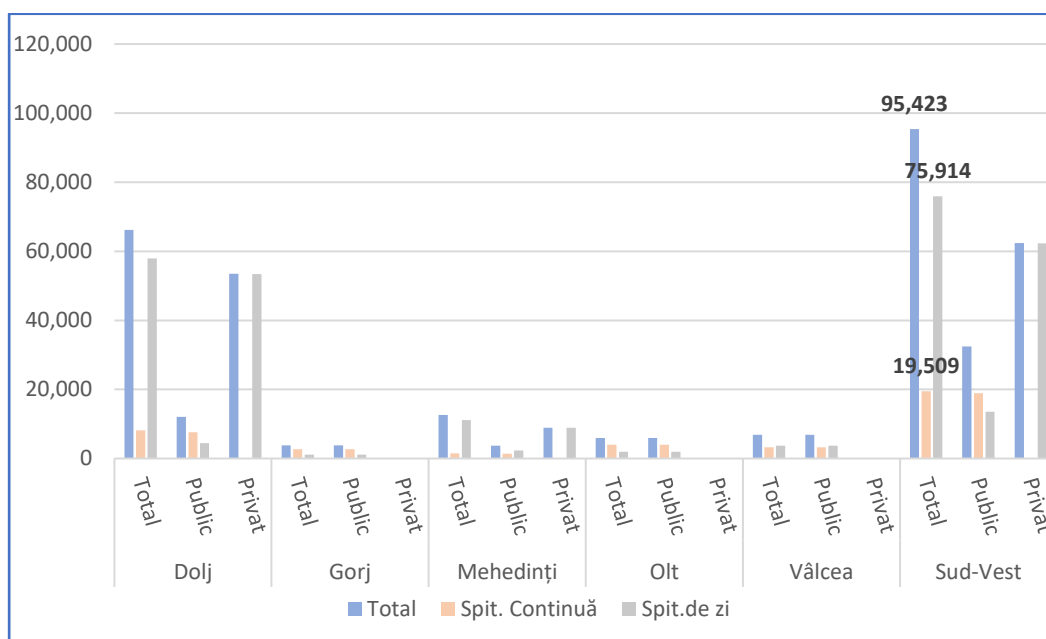
Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

În regiunea de Nord Vest, 74% din spitalizări se oferă în sistemul public și 65% în județul Cluj (Grafic 29).



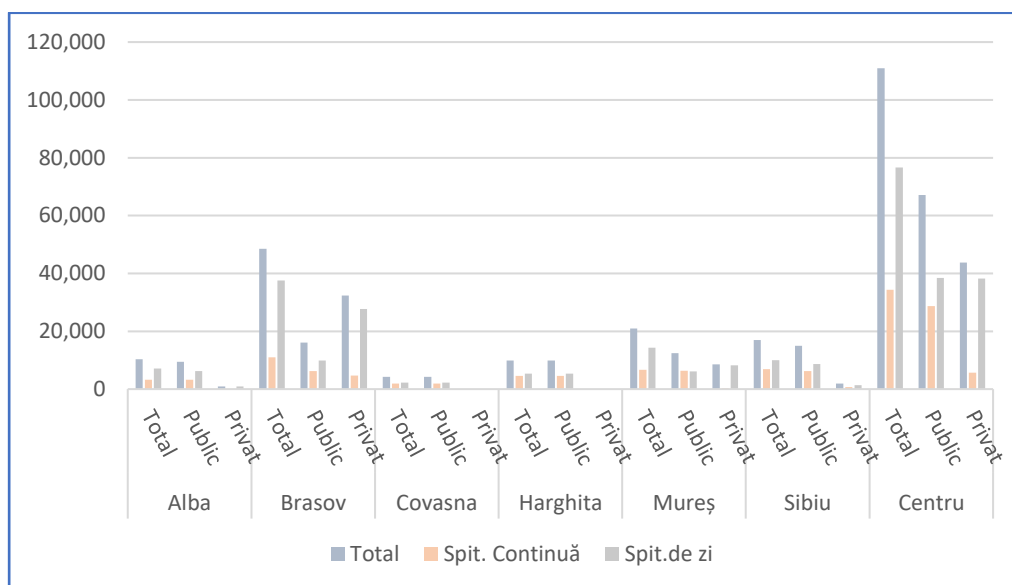
Grafic 29. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Nord-Vest (2022)
Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

În regiunea Sud Vest 65% din îngrijiri se oferă în unitățile sanitare private care au preluat deficitul de infrastructură al regiunii și 69% din acestea sunt furnizate în județul Dolj. (grafic 30)



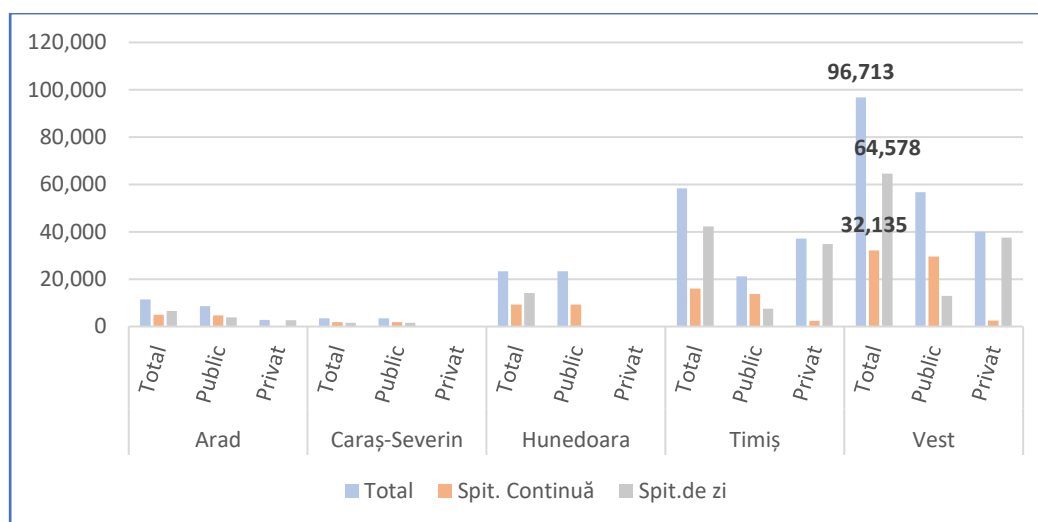
Grafic 30. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Sud-Vest (2022)
Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

În regiunea Centru, 60% din episoadele de spitalizare sunt furnizate în sistemul public de sănătate, 50% din acestea sunt concentrate în județele Brașov cu 50% și Mureș cu 31%. (Grafic 31).



Grafic 31. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Centru (2022)
Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

În regiunea Vest, 60% din episoadele de spitalizare sunt concentrate în județul Timiș. (grafic 32)



Grafic 32. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Vest (2022)
Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

Toate aceste date evidențiază o distribuție neuniformă a serviciilor de îngrijire a bolnavilor cu cancer atât între regiunile țării, dar și între județe.

Numărul de oncologi la 100 000 de locuitori s-a dublat între 2005 și 2015, dar rămâne scăzut și distribuit inegal. În unele regiuni, un oncolog deservește peste 200 000 de persoane din populația-țintă. Numărul de oncologi a crescut de la 683 în 2017 la 964 în 2021.

Datele privind numărul și distribuția specialiștilor în oncologie sunt fragmentare, raportate centralizată se realizează doar de unitățile sanitare subordonate M.S, autorităților publice locale și



Academiei Române. Unitățile sanitare private și cele ale ministerelor cu rețea proprie nu participă la această raportare.

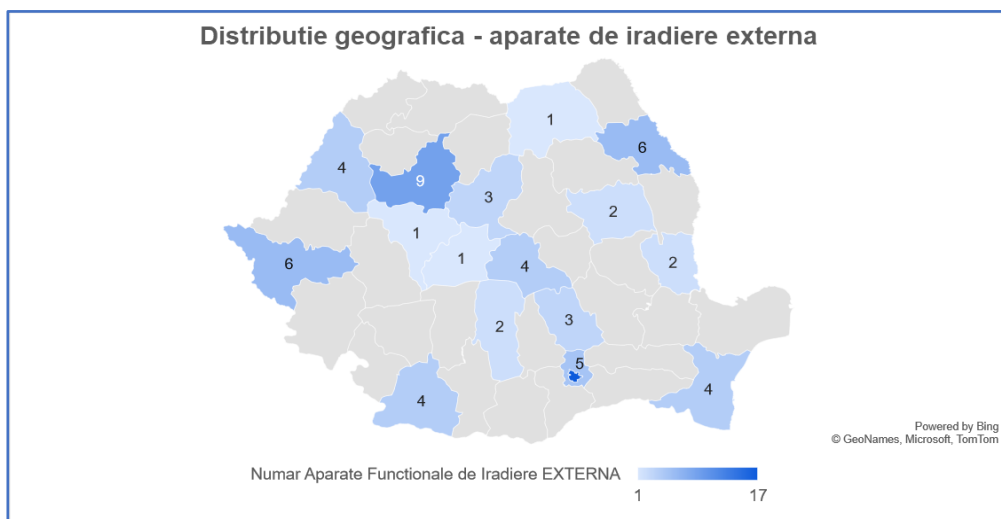
Lista medicamentelor oncologice cuprinde 162 de molecule, această listă este actualizată periodic după procedura națională de evaluare a tehnologiilor medicale. Pot exista întârzieri importante între momentul aprobării unui nou medicament de către Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA) și includerea acestuia pe lista națională. Din cele 160 de molecule noi aprobate de EMA între 2017 și 2020, doar 38 figurau pe lista națională în ianuarie 2022 (Newton, Scott și Troein, 2022). Începând din 2017, procedura de includere a pacienților oncologici în Programul Național de Oncologie este mai simplă, ceea ce a dus la o reducere a timpului scurs între diagnosticare și accesul la tratament.

Prețul pe care România îl plătește pentru medicamentele împotriva cancerului, ajustat la paritatea puterii de cumpărare (PPC), este mai mare decât cel plătit de țări cu venituri ridicate, cum ar fi Austria, Franța, Germania, Țările de Jos, Suedia și Regatul Unit (Moye-Holz & Vogler, 2022).

Ghidurile clinice europene și internaționale sunt se regăsesc în recomandări naționale, însă, în afara centrelor oncologice din marile centre universitare, aderența la acestea este destul de eterogenă. Resursele umane sunt reduse și politica de investiții este discontinuă pentru achiziționarea de tehnologie și întreținerea celei existente, astfel că multe secții de oncologie funcționează doar ca stații intermediare înainte ca pacienții să fie direcționați către centrele universitare.

Comisiile interdisciplinare pentru cazuri oncologice sunt rareori aplicate și funcționale în România. Principalele centre de oncologie utilizează comisiile interdisciplinare pentru cazuri oncologice ca standard de practică, dar astfel de comisii nu sunt înființate în toate unitățile, din lipsă de personal. Datele colectate de comisia de radioterapie a M.S care a realizat evaluarea situației curente a rețelei naționale de RT în perioada martie-aprilie 2023, arată că România dispune de un total de 79 aparate externe de iradiere funcționale : 74 de acceleratoare liniare, 2 aparate de Gammaknife (cu surse multiple de Cobalt) și 3 aparate de RT convențională superficială (Roentgen-terapie).

Centrele de RT sunt distribuite neuniform pe teritoriul țării, astfel că există regiuni/orașe (ex: București, Cluj, Iași, Timiș) care au un număr mare de aparate instalate comparativ cu cele din sudul țării, unde există județe fără niciun aparat de iradiere. Județul Prahova, cel mai populat din România (conform recensământului din 2020), nu are nici un accelerator ci doar 2 aparate de kilovoltaj. Prin urmare, mai puțin de 50% din județele României (17 județe + municipiul București) au cel puțin 1 accelerator liniar (Grafic 33).



Grafic 33. Distribuția geografică a centrelor și nr. de aparate de RT externă, 2023
Sursa: raportul de evaluare al comisiei de radioterapie a M.S, martie-aprilie 2023

Pacienții din cele 24 județele în care nu există niciun centru de RT necesită tratament în regim de spitalizare continuă în cele 3 institute de oncologie (Iași, București, Cluj-Napoca) sau în secțiile de oncologie ale spitalelor județene care pot furniza acest serviciu în regim de spitalizare continuă. La cele 3 institute oncologice, proporția de pacienți care primesc tratament cu RT externă în regim de spitalizare continuă este de 55% la Institutul Oncologic București, 45% la Institutul de Oncologie Cluj-Napoca și 10% la Institutul regional Iași. Institutul Regional Iași a identificat și implementat soluția de a furniza tratamentele pentru pacienții care provin din alte județe în regim hotelier public, anexat unității sanitare, finanțat din resurse proprii.

87% din tratamentele RT externă sunt furnizate în regim ambulatoriu, o proporție apropiată de recomandările și practicile europene (90% din serviciile de RT externă furnizate în regim ambulator).

Conform datelor colectate de Comisia de RT a MS, tehnicile de iradiere din aceste centre sunt:

- Toate efectuează radioterapie conformațională 3D sau/ si VMAT/IMRT;
- 4 centre efectuează numai IMRT/VMAT: Craiova, Iași, Constanța, Sibiu;
- 4 centre efectuează numai 3D: Galați, Constanța, Oradea, Timișoara;
- 2 centre efectuează Rontgenterapie: Ploiești și Cluj;
- 2 centre efectuează numai Gamma-knife (în spitale de neurochirurgie): București și Iași;
- 10 centre efectuează stereotaxie: București (4), Ilfov (1), Cluj (2), Iași (2), Timișoara (1);
- 2 centre efectuează iradiere cu electroni: București și Târgu-Mureș;

Din datele colectate de comisia RT a MS, în 2023 sunt 14 aparate funcționale de brahiterapie: 7 în București și Ilfov, 2 în Cluj, 2 în Timișoara, 1 în Iași, 1 în Craiova și 1 în Oradea (Bihor). În Brașov există un aparat de brahiterapie, funcțional teoretic, dar care nu a fost utilizat de peste 5 ani. Se remarcă concentrarea a 50 % din aparatele de brahiterapie în București și Ilfov.



Brahiterapia rămâne esențială, adesea indispensabilă, în asigurarea unui tratament optim în cancerele ginecologice non-incipiente, care sunt frecvente în România. Ponderea BT în cadrul serviciilor de RT este de <5 %, astfel încât se consideră justificată concentrarea serviciilor de brahiterapie în unități cu expertiză instituțională.

Tariful scăzut în cadrul programului de RT al CNAS face neatractivă contractarea acestui tip de terapie, astfel că 5 din cele 14 centre de BT nu oferă acest serviciu de tratament în cadrul asigurărilor sociale de sănătate. În 2021, conform datelor CNAS, 1790 de pacienți au fost tratați prin BT, acest număr de pacienți este cert inferior numărului real, ceea ce indică un access deficitar la acest tip de serviciu.

Per ansamblu, în 2023, situația actuală a RT acoperă 77.8 % din necesarul de acceleratoare liniare (necesar = 95, considerând recomandarea Societății Europene de Radioterapie și Oncologie ESTRO-HERO de 1 accelerator /200.000 locuitori). Un accelerator este deservit în medie de 2.5 fizicieni, 2.5 medici seniori și 2-2.5 tehnicieni de RT armonizat cu recomandările ESTRO, ceea ce reprezintă un progres remarcabil față de situația din urmă cu 10 ani, prin succesul programului cu Banca Mondială dar și prin investițiile majore din sectorul medical privat ,care ocupă 55 % (42 din 76) din portofoliul de aparate de megavoltaj (74 acceleratoare liniare + 2 Gamma-knife) din România.

Resursele umane în RT se prezintă astfel:

- fizicieni medicali (debutanti, specialist, experți): 186;
- experți fizică medicală: 45;
- tehnicieni medicali de RT: 414;
- medici RT în curs de pregătire (rezidenți): 153;
- medici RT specialiști și primari: 191.

O situație particulară o reprezintă situația fizicienilor medicali, categorie de specialiști indispensabilă în tratamentul prin RT. Fizicianul medical este singura profesie din sistemul de sănătate care nu este inclusă în lista profesioniștilor din sănătate din Ordonanța 18/2021, art 942. Salarizarea acestei categorii de specialiști este neatractivă și demotivantă ceea ce face dificilă recrutarea și menținerea lor în sistemul public de sănătate. De asemenea, curriculele de formare și specializare ale fizicienilor medicali sunt neuniforme, iar etapele pregătirii acestora sunt încă insuficient definite.

Tehnicienii de RT sunt recrutați din rândul asistenților medicali generaliști, cărora li se asigură cursuri de formare și practică în laboratoarele de RT. Este nevoie de un program de pregătire dedicat și de programe de pregătire continuă.



De asemenea, chirurgia oncologică care reprezintă o componentă esențială a tratamentului pacientului cu cancer, este oferită preponderent în cadrul unităților sanitare clinice din cadrul centrelor universitare medicale mari, cu o variabilitate înaltă și cu o aderență redusă la protocoalele de practică medicală existente. Inechitățile de acces la servicii de chirurgie oncologică adecvate sunt extrem de ridicate ceea ce ridică oncologului probleme suplimentare referitoare la decizia terapeutică ulterioară și care se reflectă direct în supraviețuire și calitatea vieții pacientului oncologic.

Îngrijirile paliative la domiciliu nu răspund nevoilor reale de îngrijire. Capacitatea de îngrijiri paliative este limitată și concentrată într-un număr redus de unități. Procentul estimat de pacienți care au beneficiat de servicii de îngrijiri paliative este 18% din totalul de pacienți care ar avea nevoie de astfel de îngrijiri. Acest procent reprezintă o creștere comparativ cu anul 2017, când acoperirea nevoii a fost de 12%.

La nivelul anului 2019 îngrijirile paliative s-au acordat în:

- 87 unități cu paturi de paliație;
- 9 servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;
- 7 ambulatorii de paliație;
- 3 centre de zi pentru îngrijiri paliative;
- 1 centru de consultanță telefonică pentru pacienți și familii.

Între cele 87 de **servicii de internare în unități specializate de îngrijiri paliative** (secții/compartimente sau unități independente), 44 (50,58%) sunt în spitale publice, 12 (13,79%) în sistem privat-nonprofit și 31 (35,63%) în unități private-profit. Din perspectiva numărului de furnizori care asigură acces gratuit la servicii, aceștia reprezintă 64,37% (unități publice și private-nonprofit) din totalul furnizorilor, celelalte unități (35,63%) având servicii cu plată sau co-plată. Numărul paturilor în regim privat cu plată este mai mare decît cel al paturilor cu servicii de internare gratuită (public și non-profit), 1081 paturi privat-profit (54,46%), față de 904 paturi (45,54%) cu servicii gratuite, dintre care 644 paturi în sistem public și 260 paturi în servicii private caritabile (fără plată).

Distribuția serviciilor este neunitară, Regiunea Nord-Est concentrează o treime din paturile de îngrijiri paliative din țară, în timp ce în 11 județe aceste servicii nu sunt disponibile (grafic 34).

Acoperirea cu servicii de îngrijiri paliative în unități cu paturi la nivel național este de aproximativ 30% , sub 50% din paturile existente sunt în sectorul public și neguvernamental fiind accesibile oricărui pacient cu nevoi de îngrijire paliativă care necesită internare.

Îngrijirile paliative la domiciliu sunt în totalitate acordate de furnizori privați, organizații neguvernamentale caritabile (5 furnizori) sau societăți comerciale (4 furnizori). În anul 2019 au fost asistați 1714 pacienți în 6 județe (inclusiv municipiul București), 36 de județe neavând servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.



Asistența în ambulator prin cabinete de îngrijiri paliative este raportată de 7 furnizori, trei în sistem public, 3 cabinete în centre complexe de îngrijiri paliative în organizații neguvernamentale și un cabinet privat. Numărul estimat de pacienți asistați în regim ambulator este de 1600.

Îngrijirile paliative la domiciliu, în ambulatoriu, echipe mobile de spital reprezintă 2% din necesarul la nivel național.

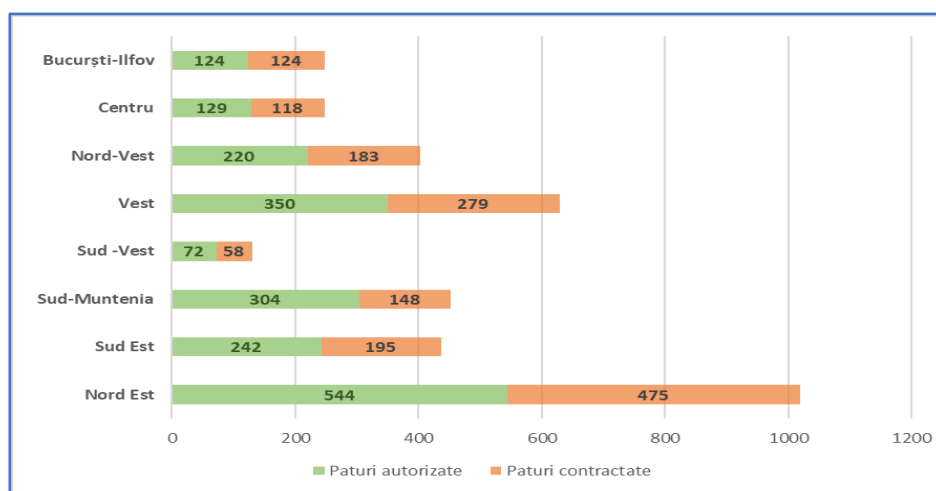
Îngrijirea paliativă de bază este dezvoltată doar la nivel de proiecte pilot.

Mecanismele de finanțare ale serviciilor de îngrijire paliativă de bază și pentru echipele mobile de spital sunt insuficient clarificate, iar pregătirea resurselor umane în domeniu este redusă.

OMS nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative este aplicat și respectat fragmentar și parțial, de exemplu Centrele Regionale de coordonare a îngrijirilor paliative nu sunt înființate.

În urma proiectului pilot finanțat prin Programul de Cooperare Elveția-România, în 4 județe, Brașov, București, Cluj și Iași, 168 medici de familie au fost instruiți în îngrijire paliativă de bază și 28 au intrat în studiu pilot furnizând îngrijiri paliative de bază pentru pacienții lor. În cadrul proiectului s-au produs resurse educaționale și de practică clinică (curricule, ghiduri de practică, fișa de documentare îngrijire, formular de evaluare nevoi) s-au creionat intervențiile de îngrijire paliativă de bază și s-au estimat costuri și modalități de finanțare pentru acestea.

Standardele de acreditare pentru spital au prevederi vizînd instruirea personalului și includerea unor instrumente de screening pentru nevoile de îngrijire paliativă, în practica curentă - standardul 02.08 criteriul 1 cu cerințele aferente privind identificarea și adresarea nevoilor de îngrijire paliativă, nivelul de instruire al personalului implicat în îngrijirea paliativă și controlul durerii.



Grafic 34. Distribuția numărului de paturi paliative, pe regiuni, 2019



Sursa: PAL – PLAN Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și a îngrijirilor la domiciliu, 2019;

Conform Programului Național de Oncologie, în 2022 ar trebui să se asigure un tratament specific pentru 143 661 de pacienți, pentru un buget de 640 de milioane EUR. (Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2021).

Accesul liber și egal la îngrijire pentru pacienții oncologici este încă deficitar, lipsa continuității dintre diferitele niveluri de servicii și distribuția inegală a tehnologiei și a specialiștilor au drept rezultat faptul că acești pacienți recurg la servicii private pe care le plătesc direct pentru un diagnostic mai rapid. Plățile directe au reprezentat 18,9 % din cheltuielile curente pentru sănătate în 2019, peste media de 15,4 % din UE. Cea mai mare parte a plăților directe sunt efectuate pentru cumpărarea de medicamente, dar și pentru proceduri de diagnosticare. Persoanele neasigurate, adesea persoane în situație de vulnerabilitate socio-economică, se confruntă cu dificultăți financiare și în ceea ce privește accesul până la confirmarea unui diagnostic, deoarece aceste servicii nu sunt acoperite.

Asistența psihologică și socială a pacienților oncologici s-a ameliorat semnificativ în ultimii ani. Au fost extinse serviciile de consiliere psihologică acordate în regim public și acordate inclusiv familiilor acestora și elaborate o serie de acte normative care reglementează accesul pacienților oncologici la servicii financiare și concediile medicale plătite pentru însoțitorii acestora.

Cu toate acestea serviciile de asistență psihologică pentru pacienți, supraviețuitori, familiile și îngrijitorii acestora, părinții copiilor diagnosticați cu cancer sunt subreprezentate și nu răspund nevoilor reale. Practica screeningului distresului la pacienții oncologici și elaborarea unui plan de asistență psihologică este neunitară și prezentă doar în centrele de oncologie de excelență.

Asistența psihologică pentru personalul care îngrijește pacienți oncologici, în special personalul care îngrijește copii și adolescenți diagnosticați cu cancer și personalul din serviciile de îngrijiri paliative nu este documentată.

Pachetele de suport social, sprijin al reîntoarcerii la locul de muncă sunt neactualizate și neintegrate în planul de îngrijire și monitorizare al pacientului.



Puncte tari

- existența unor centre de excelență de îngrijire a pacienților cu cancer;
- personal medical înalt calificat în centrele de îngrijire terțiară;
- participarea în creștere la studii clinice;
- dezvoltarea intensivă a sectorului de radioterapie prin investițiile programului de reformă a sistemului sanitar al Băncii Mondiale;
- existența societăților profesionale poziționate ca promotori ai ghidurilor de tratament, recomandărilor de bună practică și inițiatori ai unor activități esențiale pentru domeniul oncologie (ex. registrul de cancer la copii inițiat și menținut de Societatea Română de Oncohematologie Pediatrică);
- participarea centrelor de excelență în consorții de cercetare naționale și internaționale;
- dezvoltarea serviciilor și centrelor integrate private non-profit de tratament al cancerului care au compensat deficitul de servicii specializate de calitate în regiuni cu accesibilitate foarte redusă;
- existența infrastructurii necesare pentru dezvoltarea centrelor comprehensive de tratament al cancerului apropiată de necesarul recomandat la nivel U.E, 1 centru comprehensiv/5 milioane de locuitori;
- ameliorarea legislativă care au înlăturat bariere birocratice și a redus timp de acces la terapii inovatoare.

Puncte slabe

- absența registrului național de cancer care să permită monitorizarea incidenței cancerului, fundamentarea politicilor de sănătate și susținerea cercetării;
- deficitul de resurse umane specializate la toate nivelurile de asistență medicală;
- sistem de prevenție insuficient consolidat: absența parteneriatelor intersectoriale pentru combaterea factorilor de risc comportamentali și de mediu, programe de screening insuficient consolidate și aderență scăzută a profesioniștilor și populației, intervenții de conștientizare și informare, educare, comunicare fragmentare, insuficient de consecvente;
- sistem de sănătate fragmentat, necoordonat între nivelurile de asistență și subutilizarea serviciilor de asistență medicală comunitară;
- heterogenitate mare la nivel național în aplicarea ghidurilor internaționale și absența ghidurilor naționale proprii pentru diagnosticul și tratamentul diverselor forme de cancer;
- heterogenitate mare la nivel național de formă și calitate a serviciilor necesare diagnosticului de calitate necesar pacienților cu suspiciune de cancer sau cu diagnostic oncologic confirmat: imagistică, anatomie patologică, genetică și biologie moleculară, etc.
- inegalitate de acces la tratament specific, între centre oncologice din același județ sau din aceeași regiune a țării;



- absența traseului standardizat al pacientului oncologic, caracteristic fiecărui tip de cancer și, ca urmare, numeroase întârzieri în inițierea unui tratament specific;
- comisii multidisciplinare funcționale doar în centrele oncologice din centrele universitare mari;
- sistem și nivel de finanțare neadaptat condițiilor economico-financiare naționale și cheltuielilor reale în diagnostic și tratament;
- absența opțiunilor practice pentru pacienții cu indicație de tratament care la momentul respectiv nu este rambursat;
- absența serviciilor de psiho-oncologie, onco-nutritie și a altor metode alternative de îmbunătățire a calității vieții pacienților diagnosticați cu cancer;
- dezvoltare insuficientă și neuniformă a serviciilor de specialitate îngrijiri paliative;
- nivel de literație scăzut privind prevenția, diagnosticul și tratamentul cancerului și absența resurselor de informare accesibile populației.

Oportunități

- adoptarea Planului European de Combateră a Cancerului și a foii de parcurs pentru implementare;
- inițiativele de la nivelul U.E pentru sprijinirea statelor membre în implementarea obiectivelor Planului European de Cancer (anexă);
- resurse de finanțare a infrastructurii construite și de tehnologie în oncologie: Programul Sănătate 2021-2030, Planul Național de Redresare și Reziliență, Programul de Sănătate Norvegia.

Amenințări

- schimbări bruște și intempestive în viziune și politica de sănătate;
- crize sanitare;
- instabilitate financiară și lipsa de previzibilitate ale alocărilor financiare;
- presiuni din afara sistemului de sănătate pentru implementarea unor măsuri nefundamentate de evidențe științifice și neadaptate capacităților naționale;
- emigrația personalului medical.



Referințe Bibliografice

1. OECD (2023), Profil de țară privind cancerul: România 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/20726aa6-ro>
2. The Tobacco Atlas 7th Edition 2022, <https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/> [accesat aprilie-mai 2022]
3. Institutul Național de Sănătate Publică (2019), Studiul Global privind Tututnul la Adulți (GATS), INSP http://insp.gov.ro/download/cnepss/proiecte_si_parteneriate/gats/Rezultate.pdf [accesat aprilie-mai 2022]
4. INS, Consumul de băuturi, <https://insse.ro/cms/ro/tags/consumul-de-bauturi> [accesat aprilie-mai 2022]
5. IARC, Cancers Attributable to Alcohol, https://gco.iarc.fr/causes/alcohol/tools-map?mode=1&sex=0&population=1&continent=5&cancer=40&key=paf&age_group=3 [accesat aprilie-mai 2022]
6. WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:XIII-XV,47; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> [accesat martie 2022]
7. Rumgay, H.; Shield, K.; Charvat, H.; Ferrari, P.; Sornpaisarn, B.; Obot, I.; Islami, F.; Lemmens, V.E.P.P.; Rehm, J.; Soerjomataram, I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: A population-based study. *Lancet Oncol.* 2021, 22, 1071–1080. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00279-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00279-5) [accesat martie 2022]
8. INSP (2019), Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar de învățământ, https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/rapoarte_si_studii_despre_starea_de_sanatate/sanatatea_copiilor/rapoarte-nationale/COSI-2019-raport-final.pdf [accesat martie 2022]
9. IHME (2019), „Global Burden of Disease (GBD)”, <https://www.healthdata.org/gbd/2019> [accesat martie 2022]
10. Eurofound-European Working Conditions Survey, 2020 <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs> [accesat aprilie-mai 2022]
11. “World Air Quality Report Region & City PM2.5”, <https://www.iqair.com/world-most-polluted-cities?continent=59af92ac3e70001c1bd78e52&country=zK4LhMNzkk6ky46az&state=&page=1&perPage=50&cities=> [accesat aprilie-mai 2022]
12. INSP (2021) Raport pentru Sănătate și Mediu, <https://insp.gov.ro/cnmrmc/rapoarte> [accesat martie, 2022]



13. Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC,
<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14770-2022-INIT/en/pdf>
14. Fundația, HOSPICE Casa Speranței, Îngrijire paliativă de bază prin medicii de familie,
<http://www.studiipaliative.ro/dezvoltare/ingrijire-paliativa-de-baza-prin-medicii-de-familie/>
[accesat martie, 2022]
15. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
https://anmcs.gov.ro/web/wp-content/uploads/2017/04/OrdinMS-446-2017-StandardeEd.II_.pdf
16. Asociația Europeană de Îngrijiri Paliative, Atlasul 2019 al Îngrijirilor Paliative în Europa,
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/palliative-care-international/eapc-atlas-pc-europe.pdf.download.pdf/eapc-atlas-pc-europe.pdf>
17. „PAL – PLAN Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și a îngrijirilor la domiciliu, ANALIZA SITUAȚIEI FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE, 2019 <http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-furnizori-ingrijiri-paliative-Romania-2019.pdf>



insp.gov.ro

Centrul Național
de Supraveghere a
Bolilor Netransmisibile

2023-2024

Adresa: str. Dr. Leonte Anastasievici nr. 1-3, sector 5, cod poștal 050463,
București, România
Telefon secretariat: +4 0213 183 620, +4 0213 183 619
Fax: +4 0213 123 426
E-mail: directie.generala@insp.gov.ro

INSP