European Cancer Inequalities Registry

ROMÂNIA

Profil de țară privind cancerul

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Seria „Profiluri de țară privind cancerul”

Registrul european al inegalităților în domeniul cancerului este o inițiativă emblematică din cadrul Planului european de combatere a cancerului. Registrul oferă date solide și de calitate înaltă cu privire la prevenirea cancerului și la îngrijirea pacienților oncologici, care permit identificarea tendințelor din statele membre și din regiuni, precum și a disparităților și inegalităților dintre acestea. În profilurile de țară privind cancerul sunt identificate punctele forte, provocările și domeniile specifice de acțiune pentru fiecare dintre cele 27 de state membre ale UE, precum și pentru Islanda și Norvegia, în scopul orientării investițiilor și intervențiilor la nivelul UE, la nivel național și regional în cadrul Planului european de combatere a cancerului. De asemenea, Registrul european al inegalităților în privind cancerul sprijină inițiativa emblematică a Planului de acțiune “Zero Poluare”.

Profilurile sunt rezultatul activității desfășurate de OCDE în cooperare cu Comisia Europeană. Echipa este recunoscătoare pentru contribuțiile valoroase furnizate de Comitetul pentru sănătate al OCDE, de Grupul tematic de experți al UE pentru Registrul privind inegalitățile în domeniul cancerului și de experții naționali.

Sursele de date și informații

Datele și informațiile din profilurile de țară privind cancerul se bazează, în principal, pe statistici oficiale naționale transmise către Eurostat și OCDE, care au fost validate pentru a se asigura standardele cele mai înalte de comparabilitate a datelor. Sursele și metodele care stau la baza acestor date sunt disponibile în baza de date a Eurostat și în baza de date a OCDE în domeniul sănătății.

Date suplimentare provin, de asemenea, 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 (fără interese private sau comerciale). Dacă nu se specifică altfel, mediile calculate ale UE sunt mediile ponderate ale celor 27 de state membre. În aceste medii ale UE nu sunt incluse Islanda și Norvegia. Paritatea puterii de cumpărare (PPC) este definită ca rata de conversie ţmonetară care echivalează puterea de cumpărare a diferitelor monede prin eliminarea diferențelor de nivel ale prețurilor între țări.

Declarație de declinare a responsabilității: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to “Cyprus” relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the “Cyprus issue”.
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

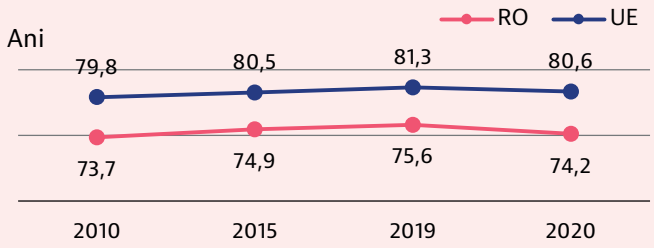
Versiunea revizuită Octombrie 2023. Detalii privind revizuirile sunt disponibile la: https://www.oecd.org/about/publishing/Corrigendum_Profil-de-tara-privind-cancerul-Romania-2023.pdf

Cuprins

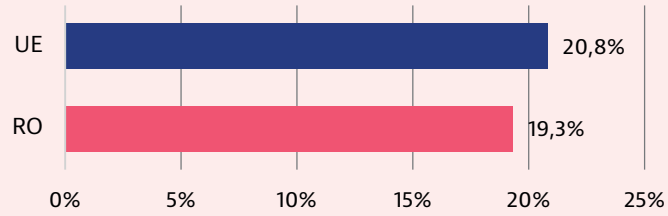
1. ASPECTE PRINCIPALE 3
2. CANCERUL ÎN ROMÂNIA 4
3. FACTORII DE RISC ȘI POLITICILE DE PREVENȚIE 7
4. DEPISTAREA PRECOCE 10
5. PERFORMANȚA ÎNGRIJIRII PACIENȚILOR ONCOLOGICI 13
5.1 Accesibilitatea 13
5.2 Calitatea 14
5.3 Costurile și raportul calitate-preț 16
5.4 COVID-19 și cancerul: consolidarea rezilienței 17
6. EVIDENȚIEREA INEGALITĂȚILOR 18

Sinteza principalelor caracteristici ale sistemului de sănătate

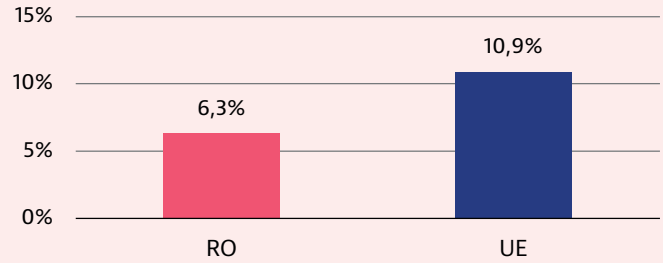
SPERANȚA DE VIAȚĂ LA NAȘTERE (ANI)



PONDEREA POPULAȚIEI ÎN VÂRSTĂ DE PESTE 65 DE ANI (2021)

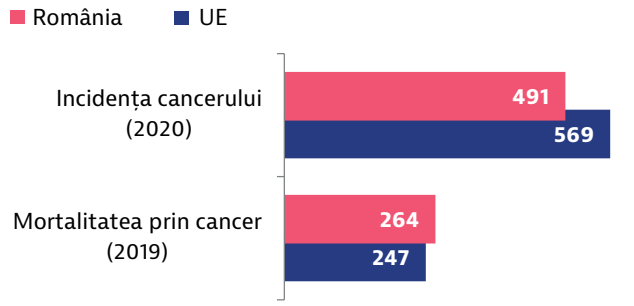


CHELTUIELI ÎN MATERIE DE SĂNĂTATE EXPRIMATE CA % DIN PIB (2020)

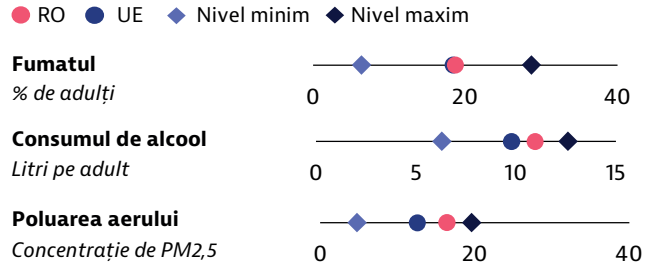


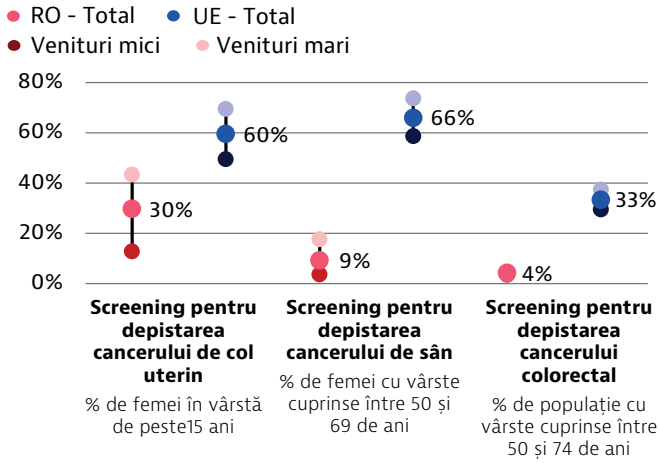
Sursă: Baza de date a Eurostat.

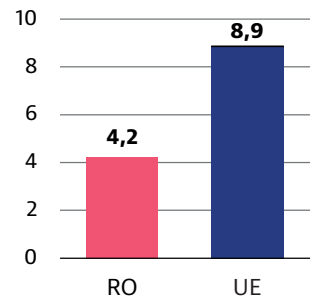
1. Aspecte principale



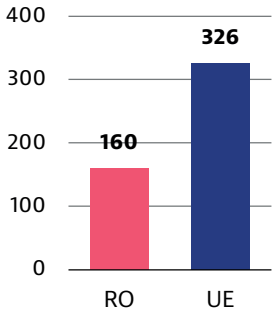
Rata standardizată în funcție de vârstă la 100 000 de locuitori







Numărul de centrede radioterapie la 1 000 000 de locuitori, 2007-2022



Costul total al cancerului (EUR pe cap de locuitor PPC), 2018

Cancerul în România

Mortalitatea prin cancer este peste media UE și a crescut pentru șase tipuri de cancer din anul 2000. Această situație poate reflecta rezultate sub nivelul optim ale programelor de screening și depistare precoce. Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 și Planul național de combatere a cancerului pentru perioada 2022-2027, ambele supuse procedurii de consultare publică, se bazează pe Planul european de combatere a cancerului și abordează controlul cancerului într-un mod structurat.

Factorii de risc și politicile de prevenție

România se află în urma altor țări din UE în ceea ce privește majoritatea factorilor de risc ai cancerului, indicând necesitatea unor eforturi suplimentare de prevenție. Ratele fumatului au scăzut, apropiindu-se de media UE, dar inegalitățile de gen și sociale sunt pronunțate. Interzicerea fumatului în spațiile publice și a vânzării de alcool către persoanele în vârstă de sub 18 ani și restricțiile privind publicitatea sunt reglementate prin lege.

Depistarea precoce

Se preconizează că rezultatele programelor-pilot de screening pentru cancerul colorectal, cancerul de sân și cancerul de col uterin, aflate în curs de dezvoltare, vor demonstra fezabilitatea extinderii lor la nivel regional și național după 2023. Printre principalele provocări se numără asigurarea adecvată cu personal, îndeplinirea standardelor de calitate ale programelor de screening și asigurarea continuității serviciilor.

Performanța îngrijirii pacienților oncologici

Îngrijirea și tratamentul sunt gratuite pentru toți pacienții oncologici. Se mențin însă bariere financiare și bariere de acces – cu precădere în ceea ce privește serviciile de diagnosticare precoce și serviciile ambulatorii, în special pentru anumite grupuri vulnerabile. Aceste bariere rezultă din distribuția inegală a serviciilor în profil teritorial și din lipsa de continuitate dintre diferitele niveluri de servicii. Accesul la terapii noi este mai lent în România decât în UE. Deficitul de resurse umane induce o presiune suplimentară asupra furnizării la timp a serviciilor de îngrijire.

2. Cancerul în România

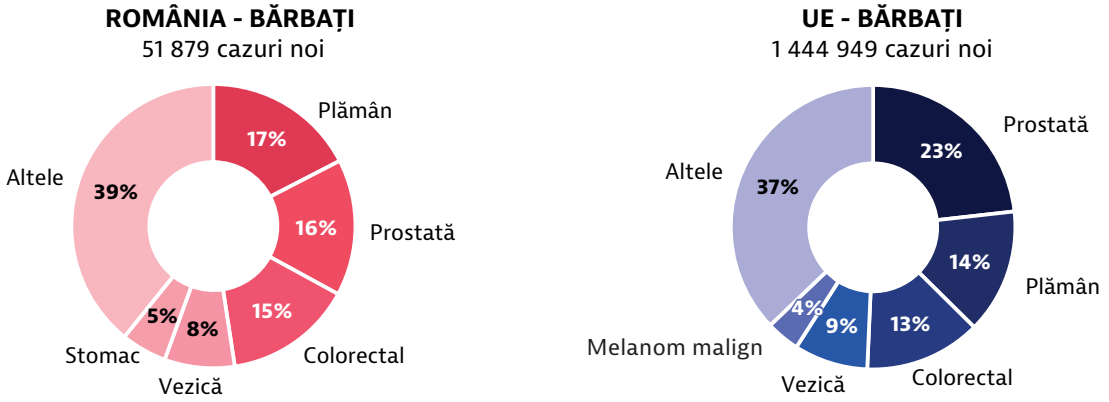
Incidența totală acancerului în România se situează sub media UE

Conform Sistemului european de informații cu privire la cancer (ECIS) al Centrului Comun de Cercetare, s-a estimat, pe baza tendințelor de incidență din anii anteriori pandemiei, că în România urmau să apară aproximativ 95 000 de cazuri noi de cancer în anul 2020. S-a estimat, de asemenea, că ratele de incidență standardizate în funcție de vârstă pentru toate tipurile de cancer vor fi cu 10 % mai scăzute la bărbați și cu 16 % mai scăzute la femei decât media UE. În rândul femeilor, cancerul de col uterin este al treilea ca frecvență, după cancerul de sân și cancerul colorectal, situație care diferă de modelul din restul UE (Figura 1).

Se estima că în 2020 cancerul gastric (de stomac) urma să reprezinte 5 % și, respectiv, 3 % din cazurile noi de cancer la bărbați și, respectiv, la femei (peste media UE) și că melanomul malign urma să reprezinte 2 % din cazurile noi de cancer atât la bărbați, cât și la femei (sub media UE). În ceea ce privește cancerul pediatric, rata de incidență standardizată în funcție de vârstă

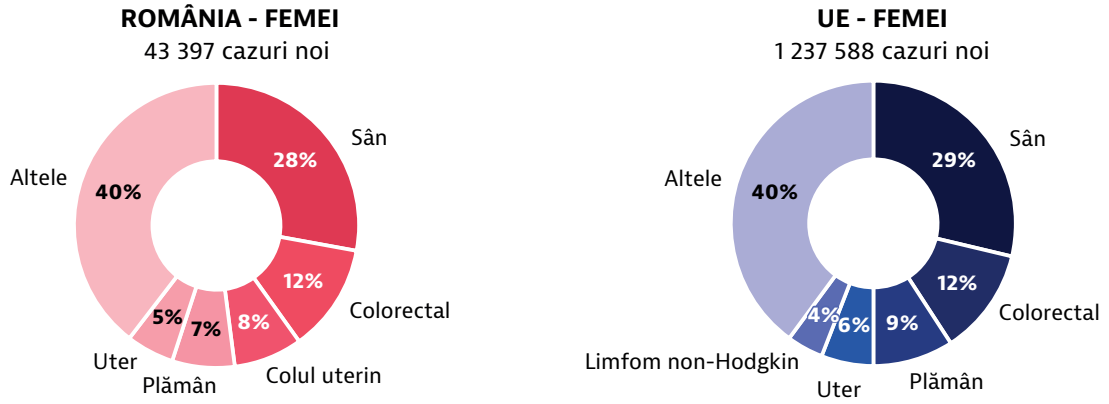
Figura 1. Peste 95 000 de noi cazuri de cancer erau estimate pentru România în 2020

Distribuția incidenţeicazurilor noi de cancer pe genuri în România și în UE



RATA STANDARDIZATĂ ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ (TOATE TIPURILE DE CANCER)

România	616 la 100 000 de locuitori
UE	686 la 100 000 de locuitori



RATA STANDARDIZATĂ ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ (TOATE TIPURILE DE CANCER)

România	404 la 100 000 de locuitori
UE	484 la 100 000 de locuitori

Notă: Cancerul de col uterin nu este inclus în cancerul de corp uterin. Aceste estimări au fost produse înainte de pandemia de COVID-19, pe baza tendințelor de incidență din anii precedenți, și pot diferi de ratele observate în anii mai recenți.
Sursă: Sistemul european de informații cu privire la cancer (ECIS), https://ecis.jrc.ec.europa.eu, accesat la 9.5.2022. © Uniunea Europeană, 2022.

estimată la copiii în vârstă de sub 15 ani în 2020 a fost de 8 la 100 000, mai scăzută decât media UE (15 la 100 000 de locuitori).

România nu are un registru național de cancer, iar raportarea incidenței cancerului în sistemul de informații de rutină este fragmentată.

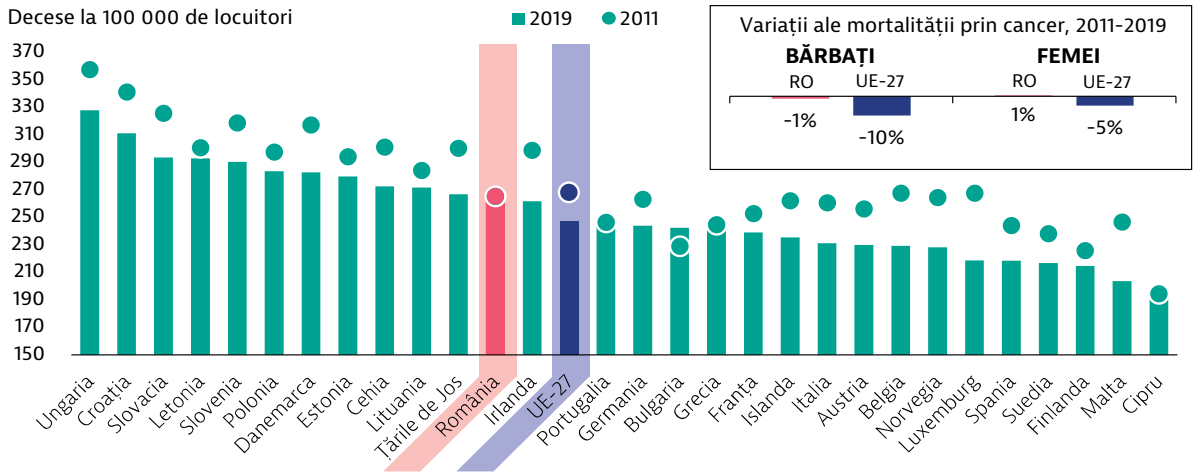
Prevalența estimată a cancerului în România se situează sub media UE

Prevalența pe 5 ani a cazurilor de cancer estimată pentru 2020, conform IARC, a fost de 260 884 de cazuri de cancer (50,2 % la bărbați și 49,8 % la femei). Ratele de prevalență pe cinci ani au ajuns la 1 400 la 100 000 de locuitori în rândul bărbaților și, respectiv, la 1 315 la 100 000 în rândul femeilor în 2020, fiind cu 31 % și, respectiv, 28 % mai scăzute decât mediile UE. Programul Național de Oncologie a raportat 122 076 de cazuri de pacienți aflați în tratament (cazuri diagnosticate și eligibile pentru tratamente specifice acoperite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate) în 2020 și 143 661 de cazuri în 2021.

Mortalitatea prin cancer în România este mai mare decât media UE și a crescut în ultimul deceniu

Cancerul este a doua cauză principală de deces în România, după bolile cardiovasculare, reprezentând 19 % din totalul deceselor. În anul 2019, 50 324 de persoane au murit prin cancer în România. Rata de mortalitate prin cancer standardizată în funcție de vârstă a fost cu 7 % mai mare decât media UE în anul 2019 și a avut unprogres foarte modest față de anul 2011 comparativ cu media UE (Figura 2).

Figura 2. Mortalitatea prin cancer a înregistrat foarte puține schimbări între 2011 și 2019 în România



Notă: Media UE este ponderată (calculată de Eurostat pentru perioada 2011-2017 și de OCDE pentru perioada 2018-2019).
Sursă: baza de date a Eurostat.

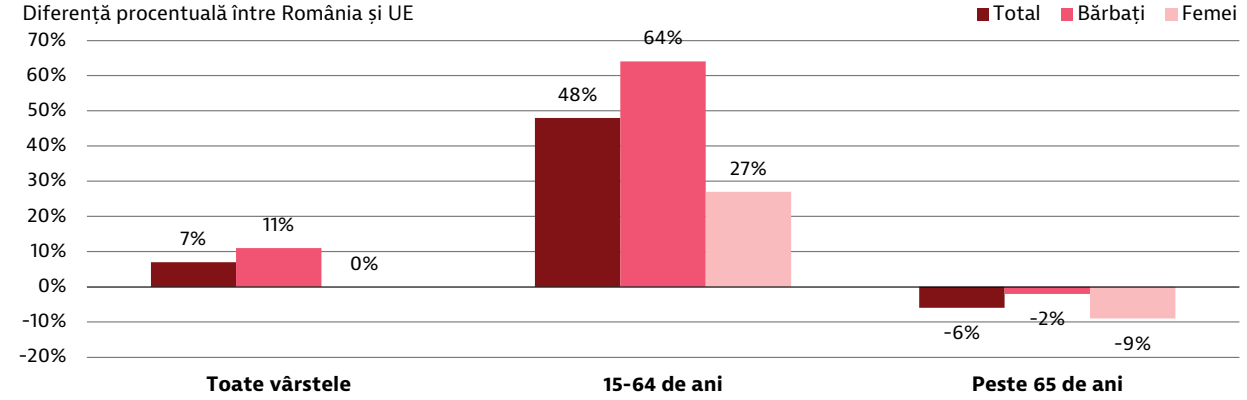
În timp ce, în România, mortalitatea prin cancer a scăzut cu 1 % în rândul bărbaților și a crescut cu 1 % în rândul femeilor în perioada 2011-2019, în UE ea a scăzut cu 10 % în rândul bărbaților și cu 5 % în rândul femeilor. Diferența dintre rata de mortalitate prin cancer între România și media UE a crescut de la - 1 % la 7 % în cursul deceniului, ca urmarea progresului modest înregistrat 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 (Figura 3). În 2019, rata mortalității în rândul bărbaților cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani a fost cu 64 % mai mare decât media UE.

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, respectiv cancerul de sân, cancerul pulmonar, cancerul colorectal și cancerul de col uterin în rândul femeilor. România a înregistrat o ușoară creștere a mortalității pentru șase dintre primele zece tipuri de cancer în ultimul deceniu (Figura 4).

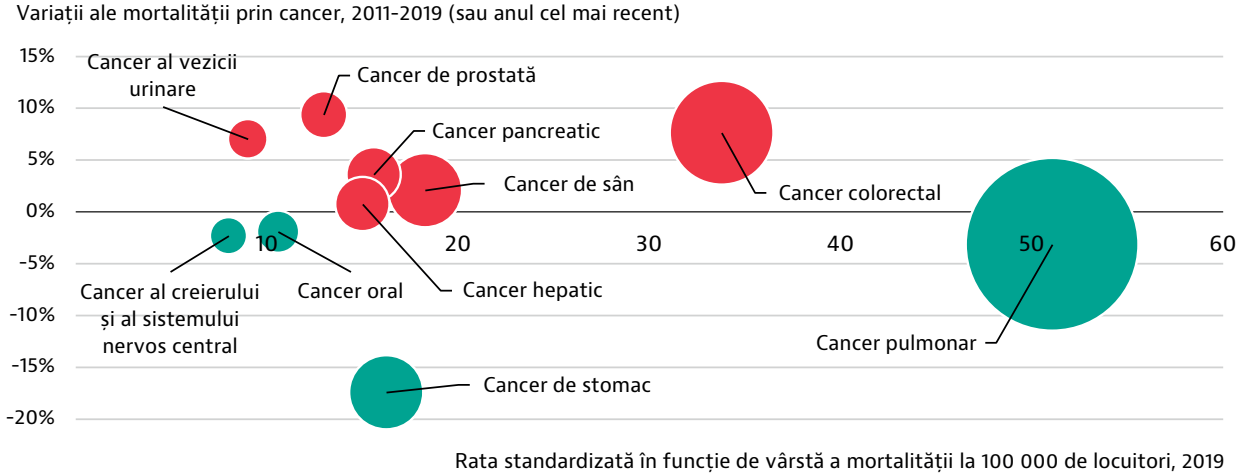
S-au observat tendințe descrescătoare ale mortalității pentru cancerul pulmonar, cancerul gastric (de stomac), cancerul cavității bucale și cancerul cerebral, dar reducerile au fost mai mici decât cele observate în UE. De exemplu, mortalitatea prin cancer pulmonar în România a scăzut cu 3 %, comparativ cu 9 % în UE. România prezintă rate deosebit de ridicate de mortalitate prin cancerul gastric (de stomac) și prin cancerul cavității bucale. Deși a scăzut cu 17 % în ultimul deceniu, mortalitatea prin cancerul gastric (de stomac) a rămas cu 60 % mai mare decât media UE în 2019. Rata de mortalitate a fost de 16 la 100 000

Figura 3. Mortalitatea prin cancer în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani este deosebit de ridicată în România în 2019



Sursă: Baza de date a Eurostat.

Figura 4. Mortalitatea prin cancer a crescut pentru șase tipuri de cancer în perioada 2011-2019



Notă: Bulinele roșii indică o creștere a variației procentuale a mortalității prin cancer în perioada 2011-2019; bulinele verzi indică o scădere. Dimensiunea bulinelor este proporțională cu ratele mortalității în 2019. Mortalitatea cauzată de unele dintre aceste tipuri de cancer este scăzută; prin urmare, variația procentuală ar trebui interpretată cu prudență. Dimensiunile bulinelor pentru ratele mortalității nu sunt comparabile între țări.
Sursă: Baza de date a Eurostat.

de locuitori în România, față de 10 la 100 000 de locuitori în UE. Mortalitatea prin cancerul cavității bucale a rămas, de asemenea, cu 83 % mai mare în România decât în UE. În 2019, melanomul malign a prezentat o rată de mortalitate de 2 la 100 000 de locuitori (mai mică decât media UE, care este 3 la 100 000 de locuitori).

Ratele mortalității prin cauze prevenibile și prin cauze tratabile sunt mai mari în România decât mediile aferente ale UE

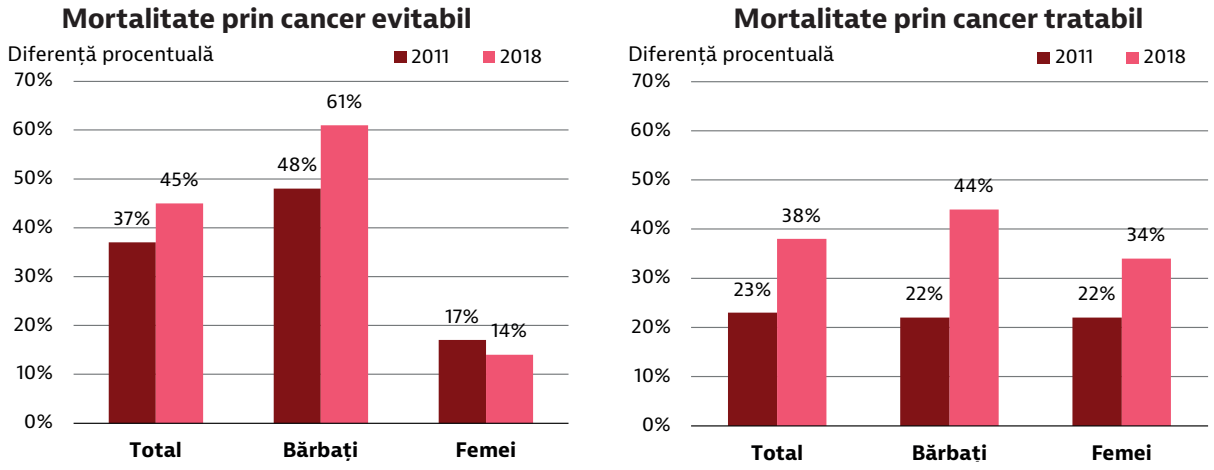
În 2018, în România au fost raportate 15 589 de decese prevenibile[1] și 6 999 de decese prin cauze tratabile[2], fiecare categorie reprezentând 6 % din decesele prevenibile, respectiv prin cauze tratabile din UE, în condițiile în care populația României reprezintă 4 % din populația UE.

În anul 2011 existau diferențe procentuale substanțiale între ratele mortalității prevenibile, respectiv între ratele mortalității de cauze tratabile între România și UE (în particular pentru mortalitatea prevenibilă) și aceste diferențe au crescut în timp (Figura 5). Creșterea a fost mai pronunțată în rândul bărbaților, atât în ceea ce privește mortalitatea prevenibilă (cu 61 % mai mare în România decât în UE în anul 2019), cât și mortalitatea prin cauze tratabile (cu 44 % mai mare în România decât în UE). La femei, creșterea mortalității a fost constatată doar în cazul mortalității prin cancer tratabile.

1 *Mortalitatea prevenibilă se referă la neoplasmul malign al buzei, al cavității bucale, al faringelui, al esofagului, al stomacului, al ficatului, al traheei, al bronhiei și plămânului, al colului uterin și al vezicii urinare.*

2 *Mortalitatea prin cauze tratabile se referă la neoplasmul malign al colonului și rectului, al sânului, al colului uterin, al uterului, al testiculului și al tiroidei.*

Figura 5. Diferențele dintre România și UE în ceea ce privește ratele mortalității prin cancer au crescut în perioada 2011-2018



Sursă: Baza de date a Eurostat.

Evoluția mortalității prin cancer în România în ultimul deceniu a prezentat diferențe în creștere față de media UE din cauza progreselor mai lente în controlul cancerului. Inegalitățile socioeconomice se reflectă clar în ratele mortalității prin cancer, care sunt mai mari în zonele rurale și în regiunile mai puțin dezvoltate ale țării. Pentru accelerarea progreselor în România este necesar să se acorde o prioritate ridicată controlului cancerului în viitor și să se intensifice colaborarea cu UE în acest domeniu.

O serie de documente strategice care vizează îmbunătățirea controlului cancerului sunt în curs de pregătire

În martie 2022 au avut loc o serie de dezbateri publice privind Strategia Națională de Sănătate 2022-2030. Strategia conține obiective pentru controlul cancerului care includ prevenția primară, screeningul, accesul la servicii de diagnostic, tratament, reabilitare și îngrijiri paliative, îmbunătățirea infrastructurii și sporirea calității asistenței medicale.

În plus, a fost prezentat spre adoptare Planul național de combatere a cancerului pentru perioada 2022-2027,plan bazat pe cei patru piloni ai Planului european de combatere a cancerului (Comisia Europeană, 2021). Pentru perioada de programare 2021-2027 a UE, România a propus un program specific, Programul Sănătate 2021-2027, care alocă aproximativ 400 de milioane EUR pentru prevenție, depistare timpurie și screening, diagnostic și tratament, infrastructură de cercetare, formarea profesioniștilor și elaborarea de standarde și protocoale de practică în domeniul cancerului.

3. Factorii de risc și politicile de prevenție

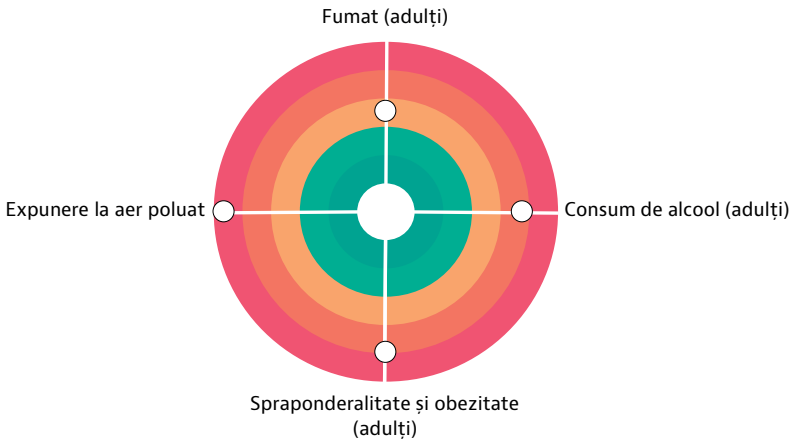
Principalii factori de risc care au contribuit la povara globală a cancerului în 2019 au fost factorii comportamentali (fumatul, consumul de alcool, supraponderalitatea și obezitatea) și factorii de mediu. Prevalența majorității factorilor de risc de cancer este mai mare în România decât în alte țări ale UE (Figura 6), ceea ce indică necesitatea intensificării eforturilor pentru prevenție. În anul 2020, cheltuielile cu serviciile de prevenție au reprezentat 1,9 % din cheltuielile de sănătate curente, sub media de 3,4 % din UE.

Prevalența fumatului în rândul adulților este apropiată de media UE

Rata fumatului de țigarete în rândul adulților din România se află în ușoară scădere din 2008, ajungând la 18,7 % în 2019 și apropiindu-se astfel de media UE (18,4 %). Rata fumatului în rândul bărbaților (30,6 %) este de patru ori mai mare decât în rândul femeilor (7,7 %).

Rata fumatului este invers proporțională cu statusul social: prevalența fumatului este mai mare în rândul persoanelor cu venituri mari (22 %) decât în rândul celor cu venituri mici (16 %) – o

Figura 6. Prevalența factorilor de risc de cancer în România este mai mare decât în majoritatea țărilor din UE



Notă: Cu cât bulina este mai aproape de centru, cu atât țara are rezultate mai bune comparativ cu alte țări UE. Nicio țară nu se află în „zona-țintă" albă, deoarece este loc pentru progres în toate țările, în toate domeniile.
Surse: calcule efectuate de OCDE pe baza anchetei europene de sănătate realizate prin interviu (EHIS) din 2019 cu privire la rata fumatului și a supraponderalității/obezității, statistici de sănătate ale OCDE din 2022 și Sistemul global de informații al OMS privind alcoolul și sănătatea (GISAH), pentru consumul de alcool (2020), și Eurostat pentru poluarea aerului (2019).

diferență de 6 puncte procentuale. Ea este, de asemenea, mai mare în rândul persoanelor cu nivel de educație ridicat (18 %) decât în rândul celor cu nivel de educație scăzut (13 %) – o diferență de 5 puncte procentuale (Figura 7).

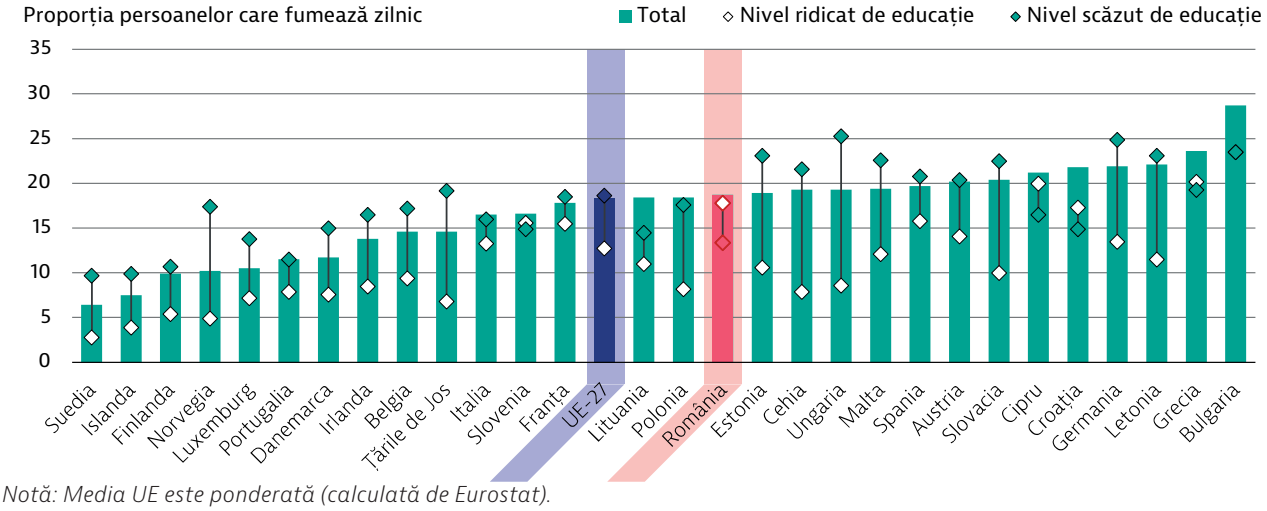
Rata fumatului în rândul adolescenților continuă să fie mai mare decât în majoritatea țărilor UE: 31 % din populația cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani a declarat că a fumat în ultima lună (2019), media UE fiind de 21 %.

Consumul de alcool rămâne ridicat și reprezintă o preocupare majoră pentru sănătatea publică în România

În anul 2020, românii au înregistrat, în medie, un consum anual de 11 litri de alcool pur pe persoană în vârstă de peste 15 ani (18,6 litri în rândul bărbaților și 5,5 litri în rândul femeilor), ușor peste media UE, care este de 9,8 litri pe cap de locuitor.

Datele din EHIS furnizate de Eurostat pentru anul 2014 arată că proporția persoanelor cu un consum dăunător de alcool este mai mare în România (4,2 %) decât în UE (2,7 %), cu diferențe semnificative între bărbații (7,7 %) și femeile (0,9 %) din România. Prevalența consumului dăunător de alcool este cu 3 puncte procentuale mai mare în rândul persoanelor cu nivel de educație scăzut decât în rândul celor cu nivel de educație ridicat și cu 4 puncte procentuale mai mare în rândul persoanelor cu venituri mici decât în rândul celor cu venituri mari. Spre deosebire de mediile UE, proporția persoanelor cu un consum dăunător de alcool este mai mare în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani decât în rândul celor în vârstă de peste 65 de ani și de aproape 3 ori mai mare în rândul persoanelor care locuiesc în mediul rural decât în rândul celor care locuiesc în zone urbane.

Figura 7. Prevalența fumatului în România este mai mare în rândul persoanelor cu nivel de educație ridicat



Notă: Media UE este ponderată (calculată de Eurostat).
Sursă: Baza de date a Eurostat (EHIS). Datele se referă la anul 2019.

Incidența estimată a noilor cazuri de cancer asociate consumului de alcool în 2020 a fost cu 47 % mai mare în România decât media UE, cu diferențe semnificative între bărbați (29,1 cazuri la 100 000) și femei (8,7 cazuri la 100 000) (Rumgay et al., 2021).

Rata supraponderalității și obezității a crescut în ultimii ani

Datele EHIS arată că supraponderailitatea și obezitatea în rândul adulților au crescut mai mult în România decât în UE. Astfel, rata supraponderalității și obezității (indice de masă corporală ≥ 25) din România a crescut de la 54 % în 2014 la 59 % în 2019, prevalența fiind mai mare în rândul bărbaților, al persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani și al persoanelor cu venituri mici. Rata supraponderalității și obezității în rândul adolescenților a crescut, de asemenea, în ultimele două decenii. În anul 2018 unul din cinci tineri în vârstă de 15 ani se încadra în aceste categorii, ușor peste media UE (OCDE/Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate, 2021).

În total, 3 300 de cancere noi pe an au fost atribuite supraponderalității și obezității în România, iar peste două treimi dintre acestea s-au înregistrat în rândul femeilor (Arnold et al., 2015). Alimentația deficitară și nivelurile scăzute de activitate fizică sunt principalii factori care contribuie la supraponderalitate și obezitate.

Proporția de decese atribuibile poluării aerului este mai mare în România decât în UE

Poluarea atmosferică, deși a scăzut, se menține mai ridicată în România decât în UE, fiind responsabilă de 7 % din totalul deceselor în 2019 (față de 4 % în UE) (OCDE/Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate, 2021). În 2019, expunerea la PM_{10} a ajuns la 25,6 µg/m^3 în România, peste media UE (20,5 µg/m^3). De asemenea, România a înregistrat o concentrație mai mare de $PM_{2,5}$ față demedia UE (16,4 µg/m^3 față de 12,6 µg/m^3), situându-se pe locul trei ca mărime a valorilor de concentrație între țările UE în 2019. Cancerele asociate poluării aerului au cauzat 7,2 decese la 100 000 de locuitori și 179,5 ani de viață ajustați pentru dizabilitate (DALY) la100 000 de locuitori în 2019 (IHME, 2019).

România se află în urma UE în ceea ce privește prevenirea cancerelor asociate virusului papiloma uman

În România, rata de incidență a cancerului de col uterin (32,3 la 100 000 de femei) și rata mortalității (16,9 la 100 000) sunt cele mai ridicate din UE. România nu are deocamdată un program consolidat de vaccinare împotriva virusului papiloma uman (HPV) (caseta 1). Mai puțin de 30 % dintre femei au declarat că au făcut un test Babeș-Papanicolau și mai puțin de 10 % dintre adolescente au fost vaccinate împotriva infecției cu HPV în anul 2019. Rata estimată a infecției cu HPV standardizată în funcție de vârst a fost, de asemenea, una dintre cele mai ridicate din UE (între 12,2 și 15,4 la 100 000 de locuitori).

Caseta 1. Programul de vaccinare împotriva virusului papiloma uman este discontinuu în România

În România, acoperirea vaccinală împotriva HPV este scăzută, în pofida eforturilor depuse de guvern pentru punerea în aplicare a unui program național de vaccinare la scurt timp după aprobarea vaccinului. Prima încercare a avut loc în anul 2008, cu un program oferit gratuit fetelor cu vârste cuprinse între 10 și 11 ani la nivel național. Programul s-a confruntat, încă de la introducerea sa, cu o mare reticență față de vaccinare (Diaconescu et al., 2021).

În 2009, programul de vaccinare a fost relansat cu ajutorul unei campanii de comunicare, dar rezultatele au fost foarte modeste. Programul a fost oprit timp de aproape 10 ani și reluat în 2019. În prezent, vaccinarea este oferită gratuit fetelor cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani. Vaccinarea are loc în cabinetele medicilor de familie, pe baza unei cereri scrise prealabile din partea părinților.

Vaccinarea împotriva HPV începe să suscite tot mai mult interes public: într-un studiu din anul 2020 75 % dintre mamele respondente s-au declarat în favoarea vaccinării fiicelor lor împotriva HPV. Cu toate acestea, există și unele bariere de natură birocratică, în accesul la vaccinul împotriva HPV precum lipsa de predictibilitate cu privire la numărul de doze și la disponibilitatea acestora, sau solicitarea unei cereri scrise prealabile (Institutul Național de Sănătate Publică și Institutul Oncologic din Cluj-Napoca, 2020). Pe lângă programul de vaccinare gratuită pentru fete, vaccinul împotriva HPV este disponibil cu plată pentru femeile de toate vârstele. În anii 2022 și 2023, România intenționează să consolideze programul de vaccinare împotriva HPV, prin campanii de sensibilizare adresate părinților și tinerelor fete din comunitățile rurale, celor cu venituri mici și minorităților etnice.

Pentru reducerea factorilor de risc pentru sănătate au fost puse în aplicare unele politici de prevenție

În ultimele două decenii, în România au fost adoptate politici de control al tutunului. Printre acestea se numără interzicerea totală a fumatului în spațiile publice interzicerea publicității și a vânzării către minori și majorarea accizelor. Programele de renunțare la fumat și programele de prevenire a fumatului în rândul copiilor sunt oferite în mod oportunist

Politicileprivind combaterea consumului de alcool din România includ legislație privind zero

alcoolemie pentru conducătorii auto, interzicerea vânzării de alcool către minori și în apropierea școlilor, interzicerea consumului la locul de muncă și interzicerea vânzării la evenimente sportive, precum și restricțiile de publicitate. Sunt necesare însă progrese suplimentare în îmbunătățirea prevenției cancerului, în special în ceea ce privește screeningul și consilierea oferite de serviciile de asistență medicală primară, pentru consolidarea reglementărilor în materie de comercializare – în special în ceea ce privește publicitatea care vizează tinerii – și pentru utilizarea etichetelor de avertizare privind sănătatea pe recipientele de alcool (OCDE, 2021). În plus, în anul 2015 a fost creat un comitet național pentru politicile din domeniul alcoolului, dar nu există încă un plan de acțiune pentru combaterea consumului dăunător de alcool.

Profesioniștii din domeniul sănătății publice au depus eforturi pentru a promova Codul European împotriva Cancerului[3] și pentru a-l utiliza ca instrument de promovare a sănătății în diverse ocazii, inclusiv prin difuzarea acestuia în licee și universități.

4. Depistarea precoce

Screeningul pentru cancer a fost identificat drept domeniu prioritar al intervențiilor de sănătate publică

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

În ultimii cinci ani, România a depus eforturi și a alocat resurse pentru dezvoltarea unor programe de screening populațional (screening oferit unei populații-țintă specifice expuse riscului) pentru cancerul de col uterin, de sân și de colon, elaborând și punând în aplicare programe-pilot finanțate din fonduri UE. Aceste programe-pilot au ca obiective dezvoltarea infrastructurii și elaborarea ghidurilor naționale de screening formarea profesioniștilor din domeniul sănătății și adresarea cu prioritate a grupurilor de populație vulnerabilă.

În ultimii ani s-a îmbunătățit, de asemenea, informarea publicului cu privire la screeningul pentru cancer. Conform unui sondaj național referitor la atitudinile față de cancer, peste 50 % din populație consideră că depistarea precoce a cancerului este posibilă, iar 80 % consideră că prevenirea cancerului este posibilă (Institutul Național de Sănătate Publică și Institutul Oncologic din Cluj-Napoca, 2020). Rezultă că, în general, oamenii ar fi dispuși să participe la programe de screening pentru cancer, cu condiția ca serviciul să fie disponibil și ușor accesibil.

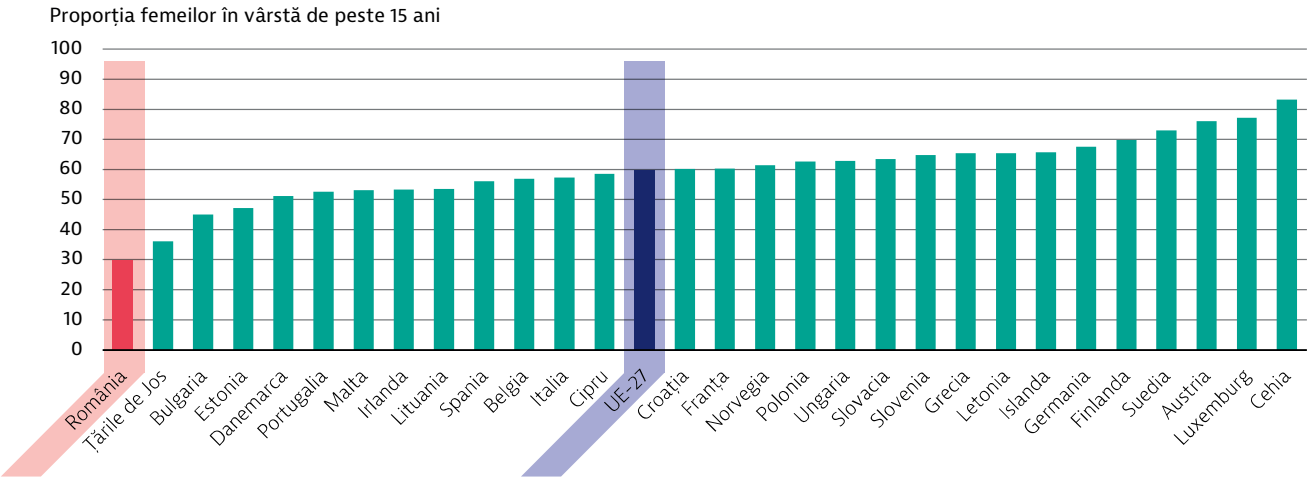
Rata de participare în screening-ul pentru cancerul de col uterin este cea mai scăzută din UE și prezintă un gradient social pronunțat

În 2019, sub 30 % dintre femeile din România au declarat că au făcut un test Babeș-Papanicolau în ultimii trei ani, ceea ce reprezintă jumătate din media UE (Figura 8). Rata de participare la screeningul pentru cancerul de col uterin, calculată pe baza datelor autodeclarate, a fost de 3,3 ori mai mare în rândul femeilor cu venituri mari (43 %) decât în rândul celor cu venituri mici (13 %), de 4,6 ori mai mare în rândul femeilor cu nivel ridicat de educație (51 %) decât în rândul celor cu nivel scăzut de educație (11 %) și de 2,3 ori mai mare în rândul femeilor care locuiesc în zone urbane (31 %) decât în rândul celor care locuiesc în zone rurale (13 %).

Programul național de screening pentru cancerul de col uterin a fost introdus în 2012. Femeile cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani sunt invitate să facă un test Babeș-Papanicolau o dată la cinci ani, indiferent dacă sunt asigurate sau neasigurate. În primii cinci ani, au fost testate în cadrul programului 12 % dintre femeile eligibile, iar restul (până la 30 %) au optat pentru testarea oportunistă. Pentru a mări gradul de participare, autoritățile de sănătate publică au desfășurat mai multe inițiative. Strategia de testare primară HPV, pe baza Ghidurilor europene de asigurare a calității în programele de screening pentru cancerul de col uterin se află în faza de pilotare. Autoritățile investesc în unități mobile și în echipamente de diagnostic și tratament.

3 *https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/ro/.*

Figura 8. Screeningul pentru cancerul de col uterin se menține la jumătate din media UE



Notă: Media UE este ponderată (calculată de Eurostat). În figură se indică procentul de femei în vârstă peste 15 ani care au declarat că și-au făcut un test Babeș-Papanicolau în ultimii trei ani.
Sursă: Baza de date a Eurostat (EHIS). Datele se referă la anul 2019.

Programele de screening pentru cancerul de sân și cancerul colorectal se află într-un stadiu incipient de implementare

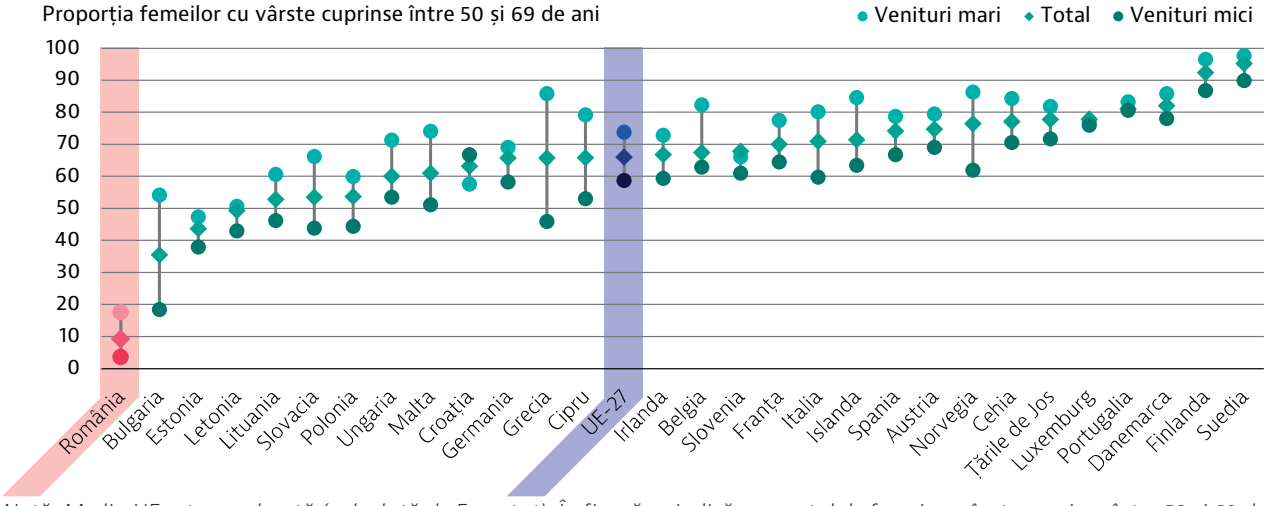
Înainte de 2018, screeningul oportunist pentru cancerul de sân s-a realizat fie din inițiativă personală, fie la recomandarea medicului. În plus, screeningul a presupus plăți directe din partea femeilor care aveau acces la unități medicale private.

În 2019, doar 9 % dintre femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani au declarat că și-au făcut o mamografie în ultimii doi ani – cea mai scăzută rată din țările UE. Se observă mari disparități socioeconomice în ratele de screening pentru cancerul de sân: rata de participare la screening este mai mare atât în rândul femeilor cu venituri mari (17 %) față de cele cu venituri mici (4 %) (Figura 9), cât și în rândul femeilor care trăiesc în zone urbane (9 %) față de cele care trăiesc în zone rurale (4 %).

În 2018, România a inițiat un proiect-pilot privind screeningul pentru cancerul de sân, care vizează 3 % din totalul populației eligibile de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani. Obiectivul general constă în implementarea recomandărilor din inițiativa Comisiei Europene privind cancerul de sân și în extinderea treptată a noului program de screening pentru cancerul de sân la nivel național începând cu 2023. Unități mobile de mamografie sunt utilizate în cadrul programului pilot și urmează să fie achiziționate prin intermediul Planului Național de Redresare și Reziliență.

România este printre ultimele țări din UE care au inițiat screeningul populațional pentru cancerul colorectal, care se află în prezent în faza de planificare și pilot. Sunt în curs de

Figura 9. Ratele de screening pentru cancerul de sân sunt cele mai scăzute dintre țările UE

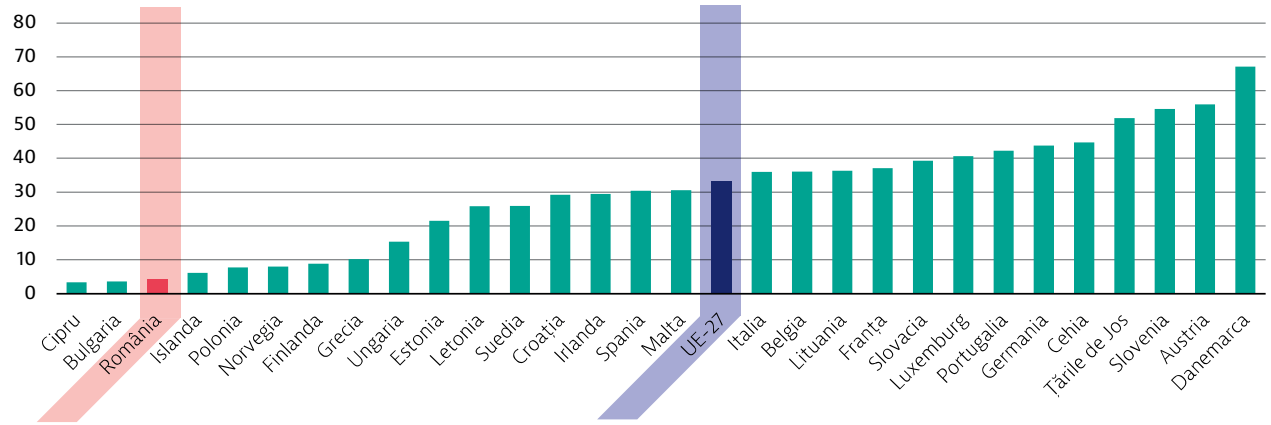


Notă: Media UE este ponderată (calculată de Eurostat). În figură se indică procentul de femei cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care au declarat că și-au făcut o mamografie în ultimii doi ani.
Sursă: Baza de date a Eurostat (EHIS). Datele se referă la anul 2019.

implementare proiecte-pilot care vizează 4 % din totalul populației eligibile de bărbați și femei cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani. România a primit asistență tehnică din partea Comisiei Europene pentru punerea în aplicare a Ghidurilor europene pentru asigurarea calității programelor de screening pentru cancerul colorectal. Testul imunochimic fecal, urmat de colonoscopie (și, dacă este necesar, tratament), este oferit o dată la doi ani populației cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani. Rata de efectuare a unei colonoscopii este de peste 60 % în cadrul proiectelor-pilot, dar ea se datorează sprijinului specific acordat persoanelor cu rezultate pozitive, cărora li se oferă consiliere și sprijin material pentru a avea acces la centre de colonoscopie. Există planuri de extindere a proiectului-pilot, astfel încât acesta să devină screening populațional după 2023.

Figura 10. Rata de participare la screeningul pentru cancer colorectal este printre cele mai scăzute din UE

Proporția persoanelor cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani



Notă: Media UE este ponderată (calculată de Eurostat). În figură se indică procentul de persoane cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani care au declarat că și-au făcut un test de depistare a sângerărilor oculte din scaun în ultimii doi ani.
Sursă: Baza de date a Eurostat (EHIS). Datele se referă la anul 2019.

În 2019, în regim de screening oportunist, doar 4 % din populația cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani a declarat că și-a făcut un screening pentru cancer colorectal în ultimii doi ani, procentaj care este cu mult sub media de 33 % din UE (Figura 10). Disparitățile sunt mici între genuri (5 % în rândul femeilor față de 4 % în cazul bărbaților), precum și între grupurile de venituri (3,5 % în rândul persoanelor cu venituri mici și 3,9 % în rândul persoanelor cu venituri mari).

Programele-pilot de screening pentru toate cele trei tipuri de cancer vizează ca cel puțin 50 % dintre persoanele testate să provină din grupuri de populație vulnerabilă, , în special populație din mediul rural. Extinderea programelor-pilot la nivel regional și național este prevăzută să aibă loc după anul 2023, dar continuă să existe provocări. Acestea sunt legate de deficitul de profesioniști specializați, de distribuția inegală a centrelor de diagnostic și tratament în țară și de lipsa de uniformitate în ceea ce privește respectarea protocoalelor. Grupurile vulnerabile beneficiază de servicii de sprijin din partea unor organizații neguvernamentale (ONG-uri) și a asociațiilor de pacienți, dar măsuri durabile pentru abordarea provocării pe care o reprezintă asigurarea unui acces egal al grupurilor vulnerabile la servicii specializate nu au fost încă identificate. În plus, este necesar un cadru de reglementare care să asigure guvernanța, asumarea programelor de screening asigurarea calității și egalitatea în acces.

Screeningul pentru cancerul de prostată și pentru cancerul pulmonar va fi implementat sub formă de proiecte-pilot

În urma recentelor revizuiri ale dovezilor științifice privind screeningul pentru cancerul de prostată și pentru cancerul pulmonar, România intenționează să finanțeze proiecte demonstrative la scară mică prin intermediul Programului Sănătate 2021-2027. Acesta este un program finanțat din mai multe fonduri (Fondul Social European + și Fondul European de Dezvoltare Regională) și elaborat pentru a adresa unele deficite structurale ale sistemului de sănătate din România.

5. Performanța îngrijirii pacienților oncologici

5.1 Accesibilitatea

Accesul la îngrijire al pacienților oncologici este garantat prin lege, dar există bariere financiare

În România, sistemul de sănătate se bazează pe asigurări sociale de sănătate. Accesul la îngrijire al pacienților cu cancer este garantat și gratuit pentru cetățeni, indiferent dacă aceștia sunt asigurați sau nu. Îngrijirea pacienților oncologici are loc în regim de internare continuă sau în regim de spitalizare de zi. Tratamentul se acordă prin Programul Național de Oncologie și constă în chimioterapie, imunoterapie, hormonoterapie, radioterapii specifice, chirurgie și transplant de celule stem hematopoetice . De curând, a fost introdusă și terapia celulară CAR-T pentru tratamentul leucemiei limfoblastice acute cu celule B și al limfomului difuz cu celule B mari.

În pofida eforturilor depuse pentru asigurarea unui acces liber și egal la îngrijire pentru pacienții oncologici, lipsa continuității dintre diferitele niveluri de servicii și distribuția teritorială inegală a tehnologiei și a specialiștilor au drept rezultat faptul că pacienții recurg la servicii private pe care le plătesc direct (din surse proprii) pentru a fi diagnosticați mai repede. 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 se efectuează pentru cumpărarea de medicamente, dar, și uneori acestea sunt necesare și pentru proceduri de diagnostic.. Persoanele neasigurate (11 %), care sunt în principal persoane în situație de vulnerabilitate socioeconomică, se confruntă cu dificultăți financiare și în ceea ce privește accesul până la confirmarea unui diagnostic, deoarece aceste servicii nu sunt acoperite.

În pofida îmbunătățirilor, capacitatea de îngrijire a pacienților oncologici se situează sub media UE și este distribuită inegal

Conform Institutului Național de Statistică, îngrijirea pacienților oncologici este asigurată prin trei institute de oncologie și prin secțiile de oncologie din cadrul a 42 de spitale județene și al altor unități medicale, care cumulau în anul 2020 peste 3 500 de paturi de spital în unități publice și private la nivel național.

În 2019, capacitatea de diagnostic din România era de 1,8 aparate de tomografie computerizată (CT) la 100 000 de locuitori (față de o medie de 2,4 la 100 000 în UE) și de 1,1 unități de rezonanță magnetică nucleară (RMN) 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 a crescut față de anul2011 – ratele au crescut de peste două ori în cazul aparatelor CT și de peste trei ori în cazul unităților RMN – dar rămâne sub media UE.

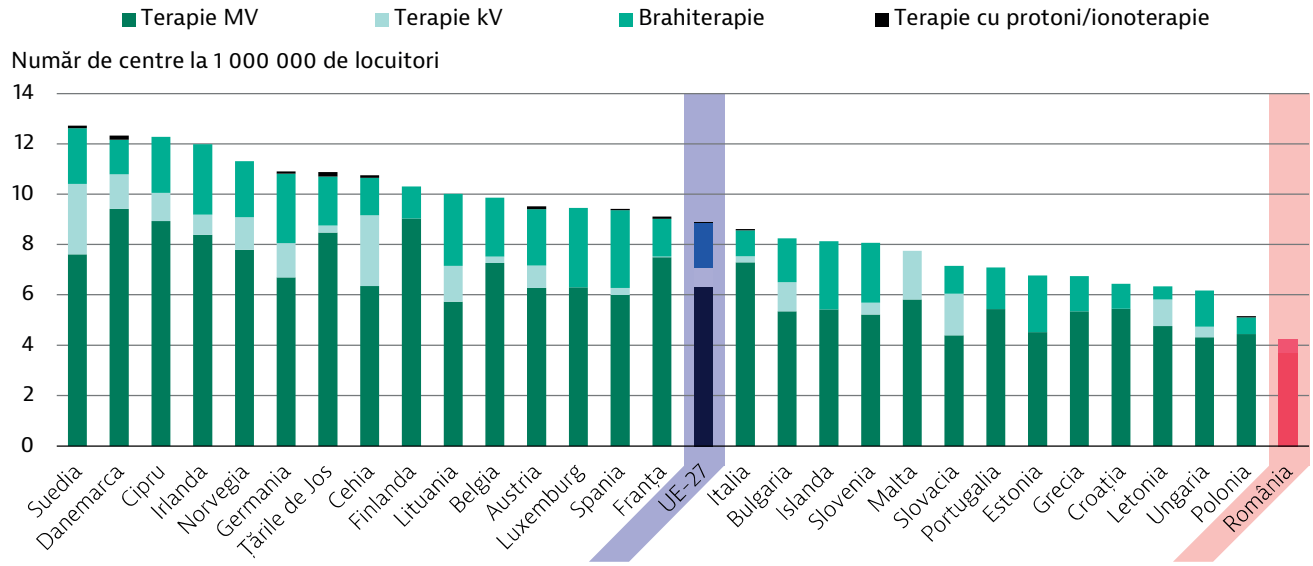
România are 82 de centre de terapie cu particule, situate în orașele mari (nouă centre în București) și 0,4 unități de radioterapie la 100 000 de locuitori, ceea ce reprezintă jumătate din media UE (Figura 11). Din totalul echipamentelor de terapie cu particule, 71 % au o vechime de sub 10 ani, ceea ce reflectă investițiile efectuate în ultimii ani, în principal din fondurile structurale și de investiții europene și de la Banca Mondială. Se preconizează că distribuția și acoperirea se vor îmbunătăți. Programul Sănătate 2021-2027 conține alocări pentru înființarea unui centru de terapie cu protoni.

Numărul de medici specialiști în oncologie la 100 000 de locuitori s-a dublat între 2005 și 2015, dar rămâne scăzut și distribuit inegal. În unele regiuni, un oncolog deservește populații de până la 200 000 de locuitori. Numărul de oncologi a crescut de la 683 în 2017 la 964 în 2021, iar numărul de radioterapeuți de la 239 la 366, dar se menține insuficient. Cel mai mare deficit se observă în cazul personalului tehnic specializat, precum fizicienii medicali și tehnicienii de radiologie, care sunt greu de recrutat și de menținut în sistemul public din cauza salariilor neatractive în comparație cu cele ale personalului medical.

Îngrijirile paliative sunt subreprezentate în România și sunt caracterizate de disparități teritoriale

Îngrijirile paliative în regim de spitalizare sunt furnizate într-o serie de unități sanitare, inclusiv în spitale publice și private și în centre ale unor ONG-uri, cu un total de 1 779 de paturi în întreaga

Figura 11. Densitatea centrelor de terapie cu particule este cea mai scăzută din UE



Notă: MV înseamnă megavolt și kV înseamnă kilovolt. Media UE-27 este neponderată (calculată de OCDE).
Sursă: Agenția Internațională pentru Energie Atomică.

țară. Dintre acestea, 59 % sunt furnizate gratuit; pentru restul se plătește, ceea ce înseamnă că nu toată populația are acces. Sunt necesare, de asemenea, aproape 500 de echipe suplimentare de îngrijire paliativă la domiciliu, pentru acoperirea unui număr estimat de 46 000 de pacienți care au nevoie anual de îngrijiri paliative (Boggust, 2017).

În ultimii ani au fost luate măsuri pentru creșterea capacității de îngrijiri paliative. Programul Sănătate 2021-2027 conține alocări pentru îmbunătățirea infrastructurii de îngrijiri paliative, îndeosebi în regiunile cu un deficit ridicat.

Timpul de așteptare pentru accesul la terapii noi împotriva cancerului este semnificativ

Medicamentele oncologice sunt incluse pe lista națională de medicamente compensate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În prezent pe această listă figurează 162 de molecule; lista este actualizată periodic prin includerea de medicamente noi care au trecut prin 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 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). Timpul scurs între data autorizației de comercializare și data disponibilității pentru pacienți a ajuns la și la 899 de zile. Deși pacienții se confruntă cu întârzieri semnificative în ceea ce privește accesul la terapii noi, timpul de așteptare nu este monitorizat. Începând din anul 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 diagnostic și accesul la tratament.

În plus, prețul pe care România îl plătește pentru medicamentele oncologice, 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 și Vogler, 2022).

Ghidurile clinice europene și internaționale sunt transpuse în recomandări naționale, dar practica este destul de heterogenă. Conform Programului Național de Oncologie, în anul 2022 a fost prevăzut tratament specific pentru 143 661 de pacienți, pentru un buget de 640 de milioane EUR (Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2021).

5.2 Calitatea

Calitatea îngrijirii pacienților oncologici se situează, în general, sub media UE

Ratele de supraviețuire la cinci ani pentru formele obișnuite de cancer – un indicator al calității îngrijirii – sunt cu mult sub mediile UE. Pentru pacienții diagnosticați între 2010 și 2014, cel mai mare decalaj s-a observat în cazul leucemiei la copii, rata de supraviețuire fiind de 54 % în România, față de 82 % în UE (Figura 12). Rata de supraviețuire s-a îmbunătățit de-a lungul timpului în cazul cancerului pulmonar, al cancerului de col uterin și al cancerului de stomac, dar s-a deteriorat în cazul cancerelor de sân, de colon, de prostată și de esofag.

Figura 12. Ratele de supraviețuire la cinci ani sunt mai mici decât media UE pentru toate formele frecvente de cancer

Cancer de prostată	Leucemie la copil	Cancer de sân	Cancer de col uterin	Cancer de colon	Cancer pulmonar
România: 77%	România: 54%	România: 75%	România: 65%	România: 52%	România: 11%
UE-24: 87%	UE-24: 82%	UE-24: 83%	UE-24: 64%	UE-24: 60%	UE-24: 15%

Notă: Datele se referă la persoanele diagnosticate în perioada 2010-2014. Leucemia ila copii se referă la leucemia limfoblastică acută.
Sursă: Programul CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Standardele minime de îngrijire a pacienților oncologici sunt definite în legislație, dar practica clinică variază

Majoritatea pacienților oncologici sunt tratați în cele trei institute oncologice, în secțiile de oncologie din spitalele publicer și în centre private specializate contractate de Casa de Asigurări de Sănătate. Unul dintre cele trei institute oncologice este membru al rețelei Organizației Institutelor Oncologice Europene, iar celelalte două intenționează să solicite aderarea. Din cauza lipsei de resurse umane și a investițiilor discontinue pentru achiziționarea de tehnologie și întreținerea celei existente, multe secții de oncologie funcționează doar ca stații intermediare înainte ca pacienții să fie direcționați către institutele oncologice.

Institutele oncologice și centrele de oncologie din marile orașe universitare respectă protocoalele internaționale de îngrijire a pacienților oncologici, dar situația este variabilă în restul unităților de îngrijire.

Numai în anumite centre de oncologie există comisii interdisciplinare pentru cazuri oncologice (tumor board)

Comisiile interdisciplinare pentru cazuri oncologice sunt rareori înființate și funcționale în România. Principalele centre de oncologie utilizează comisiile interdisciplinare ca standard de practică, dar astfel de comisii nu sunt înființate în toate unitățile, din cauza lipsei de personal medical.

Registrele de cancer nu acoperă întreaga populație iar datele privind calitatea îngrijirii pacienților oncologici lipsesc

O problemă majoră în controlul cancerului în România este lipsa de date din registrele de cancer. Deși reglementate din 2007, doar două dincele opt registre regionale colectează date cu regularitate. Prin urmare, calitatea datelor referitoare la pacienții oncologici este sub nivelul optim, întrucât aceste date nu acoperă toată populația și nu sunt complete. Absența datelor face imposibilăcuantificarea inegalităților în supraviețuirea pacienților oncologici. Cu toate acestea, concentrarea forței de muncă și a tehnologiei din domeniul cancerului în centrele universitare sugerează inegalități teritoriale în ceea ce privește accesul la servicii de diagnostic și de tratament al cancerului.

Datele utilizate pentru analiza situației cancerului provin din datele agregate referitoare la pacienții oncologici, colectate prin intermediul sistemului național de statistici de sănătate, cu mecanisme precare de asigurare și control al calității. Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate colectează cu regularitate date referitoare la calitatea serviciilor, dar raportarea este heterogenă, iar datele sunt rareori utilizate pentru analiza calității practicii medicale și a rezultatelor îngrijirii pacienților oncologici.

Planul Național de Redresare și Reziliență a alocat fonduri pentru reformarea sistemului național de informații în domeniul sănătății și pentru digitalizarea sistemului de sănătate. S-a prevăzut crearea unor registre de boli, inclusiv pentru cancer, domeniu considerat prioritar.

Sunt în curs de elaborare indicatori de calitate și siguranță în domeniul screeningului pentru cancerul de sân, cancerul colorectal și cancerul de col uterin

În cadrul noilor programe-pilot de screening pentru cancer sunt în curs de elaborare seturi de indicatori de calitate și de siguranță pentru unele domenii cum ar fi acoperirea, complianța, dotarea cu tehnologie și asigurarea cu personal – pe baza recomandărilor din ghidurile europene privind asigurarea calității screeningului pentru cancer. În cadrul fiecăruia dintre cele trei programe-pilot este avută în vedere înființarea comisiilor de screening, care vor avea ca prioritate evaluarea periodică a performanței. Vor fi dezvoltate, de asemenea, parcursurile clinice ale pacienților pentru anumite tipuri de cancer.

Politici de îmbunătățire a calității vieții persoanelor cu antecedente de cancer sunt în curs de implementare

În 2022, România a adoptat o serie de acte legislative pentru îmbunătățirea vieții persoanelor cu antecedente de cancer. Normele de reglementare actuale au fost modificate pentru a permite pacienților oncologici și îngrijitorilor acestora să beneficieze de consiliere psihologică și de concediu plătite. Recent au fost adoptate o lege privind declararea primei zile de duminică din luna iunie ca Ziua națională a supraviețuitorilor de cancer și o lege privind dreptul de a fi uitat (un drept care le oferă persoanelor posibilitatea de a-și exercita controlul asupra datelor lor cu caracter personal, inclusiv asupra informațiilor privind sănătatea care să fie accesibile publicului) în relație cu accesul la produsele financiare.

5.3 Costurile și raportul calitate-preț

Cheltuielile publice pentru cancer au crescut substanțial, dar rămân cele mai scăzute din UE

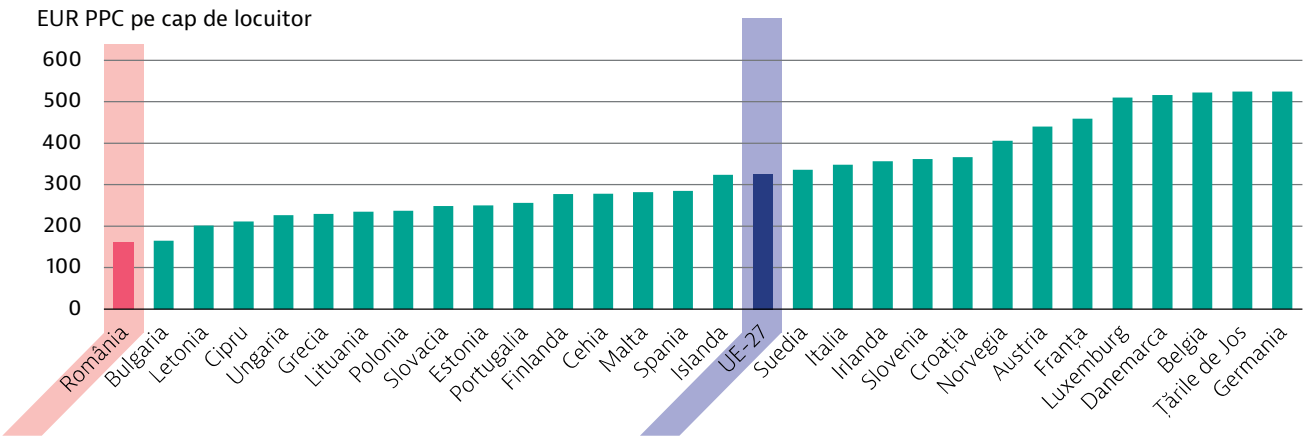
Fondurile alocate Programului Național de Oncologie au crescut de la 490 de milioane EUR în 2020 la 633 de milioane EUR în 2021 (Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2022). Bugetul alocat Programului Național de Oncologie acoperă medicamentele, radioterapia și investigațiile PET-CT. Diagnosticul genetic este acoperit numai în cazurile de sarcom Ewing și neuroblastom la adulți și copii. Diagnosticarea prin imunofenotipare și examenele citogenetice sau FISH (Fluorescence in situ hybridization, hibridizare fluorescentă in situ) sunt acoperite numai în cazurile de leucemie. Cheltuielile Programului Național de Oncologie sunt completate de cheltuieli pentru monitorizarea bolii și pentru internări în spital, care sunt contractate de fiecare unitate sanitară cu secție de oncologie. Cheltuielile estimate pe cap de locuitor pentru cancer reprezintă 7,1 % din totalul cheltuielilor de sănătate. Per ansamblu, România are cele mai scăzute costuri de îngrijire a pacienților oncologici din UE, acestea ridicându-se la 160 EUR pe cap de locuitor, ajustate la paritatea puterii de cumpărare (PPC), în condițiile în care media UE este de 326 EUR (Figura 13).

Sustenabilitatea financiară a sistemului de sănătate este amenințată de creșterea costurilor noilor medicamente oncologice

Cheltuielile cu medicamentele oncologice reprezintă aproape 50 % din cheltuielile directe de sănătate legate de cancer în România. Proporția ridicată a cazurilor de cancer diagnosticate în stadii avansate presupune cheltuieli ridicate pentru îngrijirea pacienților oncologici. Terapiile cu un grad tot mai mare de specificitate, care sunt deseori indicate pentru grupuri mici de pacienți și noile molecule inovatoare exercită o presiune suplimentară asupra cheltuielilor cu îngrijirea pacienților oncologici.

Fondurile pentru medicamentele oncologice alocate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate au crescut de la 173 de milioane EUR în 2010 la peste 633 de milioane EUR în 2021, în principal ca urmare a utilizării mai frecvente a terapiilor și imunoterapiilor specifice. Pentru a promova sustenabilitatea financiară în sistemul de sănătate, România trebuie să acorde prioritate accesului la terapii inovatoare, dezvoltând în același timp asigurarea calității în îngrijirea pacienților oncologici și mărind capacitatea de depistare timpurie și de prevenție (caseta 2).

Figura 13. Cheltuielile pe cap de locuitor pentru îngrijirea pacienților oncologici în România sunt cele mai scăzute din UE



Notă: Media UE-27 este neponderată (calculată de OCDE).
Sursă: Hofmarcher et al. (2020).

Caseta 2. Sunt avute în vedere investiții importante pentru prevenirea, diagnosticul și tratamentul cancerului, care urmează să fie realizate cu finanțare europeană

Fondul European de Dezvoltare Regională care sprijină Programul Sănătate 2021-2027 abordează infrastructura de îngrijire a pacienților oncologici, scopul fiind să se asigure accesul egal la servicii de calitate și sigure în toate regiunile țării și pe tot lanțul de asistență medicală, precum și să se ofere acces adecvat la servicii de depistare precoce în ambulator.

Institutele oncologice și secțiile de oncologie vor beneficia de o infrastructură îmbunătățită de tratament și de cercetare, constând în tehnologii de imagistică, laboratoare de patologie și de testare genetică, unități de radioterapie și stații de pregătire a chimioterapicelor. Este avută în vedere, de asemenea, înființarea unui centru de terapie cu protoni. Sprijinul din Fondul Social European+ este utilizat pentru îmbunătățirea serviciilor de screening pentru cancerul de col uterin, cancerul de sân și cancerul colorectal, vizând grupurile vulnerabile. În Programul Sănătate 2021-2027 sunt planificate elaborarea de ghiduri de depistare precoce, crearea de parcursuri clinice pentru pacienți și formarea profesioniștilor din domeniul sănătății – atât din domeniul medical, cât și din afara acestuia.

Fondurile structurale au scopul de a sprijini institutele oncologice să atingă standardele centrelor comprehensive oncologice care oferă servicii complete. Planul Național de Redresare și Reziliență va acoperi investițiile necesare pentru 10 unități mobile pentru cancerul de col uterin și cancerul de sân, care urmează să deservească zonele rurale și alte zone greu accesibile, precum și pentru digitalizarea și reformarea sistemului de informații în domeniul sănătății.

5.4 COVID-19 și cancerul: consolidarea rezilienței

Au fost luate măsuri pentru ca pacienții oncologici să aibă acces prioritar la îngrijire

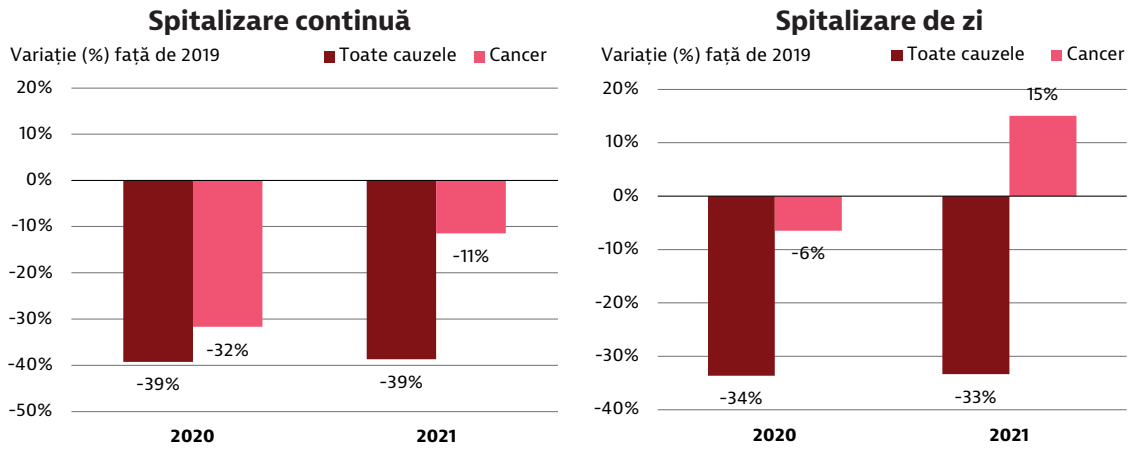
De la începutul pandemiei, România a luat o serie de măsuri pentru a menține accesul pacienților oncologici la îngrijire și tratament și, în același timp, pentru a proteja de COVID-19 grupurile cele mai vulnerabile. Pacienții oncologici s-au numărat printre primii beneficiari ai testării gratuite pentru SARS-CoV-2 și ai campaniei de vaccinare împotriva COVID-19, iar autoritățile sanitare au impus necesitatea menținerii continuității activității în centrele de oncologie. Asociația profesională a oncologilor a luat rapid măsuri pentru a emite ghiduri de tratament pentru pacienții oncologici cu COVID-19, pe care le-a actualizat cu regularitate. Oncologii și asociațiile de pacienți oncologici au colaborat pentru a promova vaccinarea în rândul bolnavilor de cancer.

Diagnosticarea și tratamentul cancerului au fost întârziate de pandemie

Conform datelor furnizate de Institutul Național de Sănătate Publică, în 2019 s-au raportat 4,2 milioane de internări în spital și, respectiv, 3,2 milioane de spitalizări de zi, dintre care 7 % și, respectiv, 18 % au fost legate de cancer. Pandemia de COVID-19 a generat o reducere a furnizării de servicii de sănătate, dar această reducere a fost mai puțin pronunțată în cazul spitalizărilor pentru cancerul față de spitalizările pentru toate cauzele. Spitalizarea continuă a fost mai afectată decât spitalizarea de zi. În comparație cu 2019, spitalizarea continuă a bolnavilor de cancer a scăzut cu 32 % în 2020 și cu 11 % în 2021, în timp ce spitalizarea de zi a bolnavilor de cancer a scăzut cu 6 % în 2020 și a crescut cu 15 % în 2021, ceea ce sugerează că s-au recuperat pierderile de activitate (Figura 14).

Cifrele concordă și cu variația numărului de mastectomii și de rezecții de colon și rect.

Figura 14. Furnizarea de servicii de sănătate în cursul pandemiei a fost mai puțin afectată în cazul pacienților cu cancer, decât în alte patologii



Sursă: Institutul Național de Sănătate Publică.

Reducerea numărului total de mastectomii pe luni a fost mai importantă în prima perioadă de restricții (martie-mai 2020), dar activitatea chirurgicală s-a intensificat în mod vizibil în 2021. Impactul pandemiei asupra serviciilor oncologice și a sănătății pacienților nu este încă pe deplin vizibil și va continua să exercite efecte în viitor.

6. Evidențierea inegalităților

Diferența dintre rata mortalității prin cancer în România și media UE este în creștere, din cauza progreselor limitate înregistrate în controlul cancerului în România. Această creștere este mai vizibilă în rândul bărbaților și al persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani. Mai mulți indicatori sugerează provocări în îngrijirea pacienților oncologici.

- Factorii de risc comportamentali pentru sănătate au o prevalență mai mare în rândul adulților și adolescenților din România decât în majoritatea statelor membre ale UE. Persoanele cu un nivel scăzut de educație și cele cu venituri mici au o probabilitate mai mare de consum dăunător de alcool față de persoanele cu un nivel ridicat de educație și cele cu venituri mari.
- Depistarea precoce și screeningul cancerului au o acoperire foarte scăzută în comparație cu alte țări din UE. Acoperirea este mai scăzută în rândul persoanelor cu venituri mici, al celor cu nivel scăzut de educație și al celor care locuiesc în zone rurale. De exemplu, doar 9 % dintre femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani au declarat că și-au făcut o mamografie în ultimii doi ani – cea mai scăzută rată dintre țările UE. Disparitățile socioeconomice în ceea ce privește screeningul pentru cancerul de sân sunt de asemenea mari, rata de participare la screening fiind mai mare în rândul femeilor cu venituri mari (14 %) decât în rândul celor cu venituri mici (4 %).
- Deși accesul la îngrijire pentru cancer este gratuit pentru toți cetățenii, sistemul de sănătate nu poate răspunde decât parțial nevoilor pacienților. Pacienții se lovesc de bariere financiare în diferite etape ale parcursului lor clinic, iar aceste bariere au legătură cu disponibilitatea limitată a serviciilor, cu distribuția inegală pe teritoriul țării sau cu lipsa de continuitate dintre diferitele niveluri de furnizare a asistenței medicale. Există provocări financiare și în ceea ce privește accesul persoanelor neasigurate la servicii de diagnostic.
- Pacienții români așteaptă mult timp pentru terapiile noi împotriva cancerului, iar sistemul de sănătate plătește prețuri ridicate pentru medicamentele oncologice. Timpul de așteptare pentru accesul la tratament nu este monitorizat cu regularitate.

Deși calitatea serviciilor de îngrijire s-a îmbunătățit în ultimele decenii, România a rămas în urma altor țări din UE în ceea ce privește ratele de supraviețuire la cinci ani a pacienților oncologici. Uniformizarea practicii clinice, centrele de referință pentru formele rare de cancer, operaționalizarea comisiilor interdisciplinare oncologice și îmbunătățirea monitorizării calității îngrijirii rămân priorități de acțiune. Lipsa colectării sistematice de date într-un registru național de cancer îngreunează evaluarea calității, a accesului și a performanței serviciilor, precum și determinarea asocierii dintre situația socială și economică și starea de sănătate.

Se preconizează că unele dintre deficitele structurale ale sistemului de sănătate din România – în special în sectorul oncologiei – vor fi abordate prin Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 și prin instrumentele de investiții reprezentate de Programul Sănătate 2021-2027 și de Planul Național de Redresare și Reziliență. Există planuri pentru îmbunătățirea digitalizării și a sistemului de informații în domeniul sănătății, pentru dezvoltarea unor mecanisme de asigurare a calității și pentru garantarea unui acces mai echitabil la îngrijire și prevenție în materie de cancer în România.

Referințe

Arnold, M., et al. (2015), *Cancer and obesity: global burden of cancer attributable to excess weight*, Lyon, Agenția Internațională pentru Cercetare Cancerului, http://gco.iarc.fr/obesity.

Boggust, M. (2017), *Romania: palliative care need assessment*, București, Ministerul Sănătății, https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2019/01/Palliative-Care-Needs-Assessment.pdf.

Diaconescu, L.V., et al. (2021), „Psychological variables associated with HPV vaccination intent in Romanian academic settings", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, nr. 17, p. 8938.

Comisia Europeană (2021), *Planul european de combatere a cancerului*, Bruxelles, Comisia Europeană, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_ro.

Hofmarcher, T., et al. (2020), „The cost of cancer in Europe 2018", *European Journal of Cancer*, vol. 129, p. 41-49.

IHME (2019), „Global Burden of Disease (GBD)", https://www.healthdata.org/gbd/2019, link accesat la 3.11.2022.

Moye-Holz, D., Vogler, S., (2022), „Comparison of prices and affordability of cancer medicines in 16 countries in Europe and Latin America", *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 20, p. 67-77.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (2022), *Ordinul nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023*, București, Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Institutul Național de Sănătate Publică, Institutul Oncologic Cluj-Napoca (2020), *Cunoștințe, atitudini, percepții ale femeilor cu privire la screeningul cancerului de col uterin*, Sondaj de Opinie, https://www.potisaprevii.eu/wp-content/uploads/2021/05/Anexa-11-%E2 %80 %93-Studiul-%E2 %80 %9E-Cunostiiinte-atitudini-perceptii-ale-femeilor-cu-privire-la-screeningul-cancerului-de-col.pdf.

Newton, M., Scott, K., Troein, P. (2022), *EFPIA patients W.A.I.T. indicator 2021 survey*, Bruxelles, Federația europeană a industriilor și asociațiilor farmaceutice, https://www.efpia.eu/media/676539/efpia-patient-wait-indicator_update-july-2022_final.pdf.

OCDE (2021), *Preventing harmful alcohol use*, Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

OCDE/Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate (2021), *Romania: Country Health Profile 2021*, Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/74ad9999-en.

Rumgay, H., et al. (2021), „Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study", *Lancet Oncology*, vol. 22, nr. 8, p. 1071-1080.

Lista abrevierilor țărilor

Austria	AT	Danemarca	DK	Irlanda	IE	Malta	MT	Slovenia	SI
Belgia	BE	Estonia	EE	Islanda	IS	Norvegia	NO	Spania	ES
Bulgaria	BG	Finlanda	FI	Italia	IT	Polonia	PL	Suedia	SE
Cehia	CZ	Franța	FR	Letonia	LV	Portugalia	PT	Țările de Jos	NL
Cipru	CY	Germania	DE	Lituania	LT	România	RO	Ungaria	HU
Croația	HR	Grecia	EL	Luxemburg	LU	Slovacia	SK		

European Cancer Inequalities Registry

Profil de țară privind cancerul 2023

Registrul european al inegalităților în domeniul cancerului este o inițiativă emblematică din cadrul Planului european de combatere a cancerului. Registrul oferă date solide și de calitate înaltă cu privire la prevenirea cancerului și la îngrijirea pacienților oncologici, care permit identificarea tendințelor din statele membre și din regiuni, precum și a disparităților și inegalităților dintre acestea. Registrul conține un site web și un instrument de date dezvoltat de Centrul Comun de Cercetare al Comisiei Europene (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), precum și o serie alternativă de profiluri bienale de țară privind cancerul și un raport general privind cancerul în Europa.

În profilurile de țară privind cancerul sunt identificate punctele forte, provocările și domeniile specifice de acțiune pentru fiecare dintre cele 27 de state membre ale UE, precum și pentru Islanda și Norvegia, în scopul orientării investițiilor și intervențiilor la nivelul UE, la nivel național și regional în cadrul Planului european de combatere a cancerului. De asemenea, Registrul european al inegalităților în privind cancerul sprijină inițiativa emblematică a Planului de acțiune "Zero Poluare".

Profilurile sunt rezultatul activității desfășurate de OCDE în cooperare cu Comisia Europeană. Echipa este recunoscătoare pentru contribuțiile valoroase furnizate de Comitetul pentru sănătate al OCDE, de Grupul tematic de experți al UE pentru Registrul privind inegalitățile în domeniul cancerului și de experții naționali.

Fiecare profil de țară privind cancerul oferă o scurtă sinteză a:

- poverii naționale a cancerului
- factorilor de risc pentru cancer, cu accent pe factorii de risc comportamentali și de mediu
- programelor de depistare precoce
- performanței în îngrijirea cancerului, cu accent pe accesibilitate, calitatea îngrijirii, costuri și impactul COVID-19 asupra îngrijirii cancerului.

Vă rugăm să citați această publicație după cum urmează:
OECD (2023), *Profil de țară privind cancerul: România 2023,* EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/20726aa6-ro.

ISBN 9789264896024 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES