



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Planul Național de Combateră și Control al Cancerului

COMISIA MULTIDISCIPLINARĂ DE ONCOLOGIE

Cuprins

I. Analiza de situație	2
Incidență, prevlaneanță, mortalitate	2
Factori de risc	10
Fumatul	11
Consumul de alcool	14
Greutatea excesivă și obezitatea	16
Activitatea fizică	18
Poluarea din mediul de viață și muncă	19
Agenți infecțioși	22
Depistarea precoce și screening	23
Diagnostic	31
Tratament	32
II. Viziune, Misiune, Scop	46
Principii care guvernează PNCC	47
Documente de politică publică și strategice de la nivel național și european	47
III. Obiective generale și specifice	48
IV. Finanțarea PNCC	76
V. Definiții, acronime și referințe bibliografice	77

I. Analiza de situație

1. Incidența, mortalitate, supraviețuire

Estimările pentru România ale Centrului Comun pentru Cercetare, arată că în anul 2020 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 de stomac (figura 1).

Fig.1 Distribuția cazurilor noi de cancer la femei și bărbați, România 2020



Sursa: European Cancer Information System (ECIS), 2020

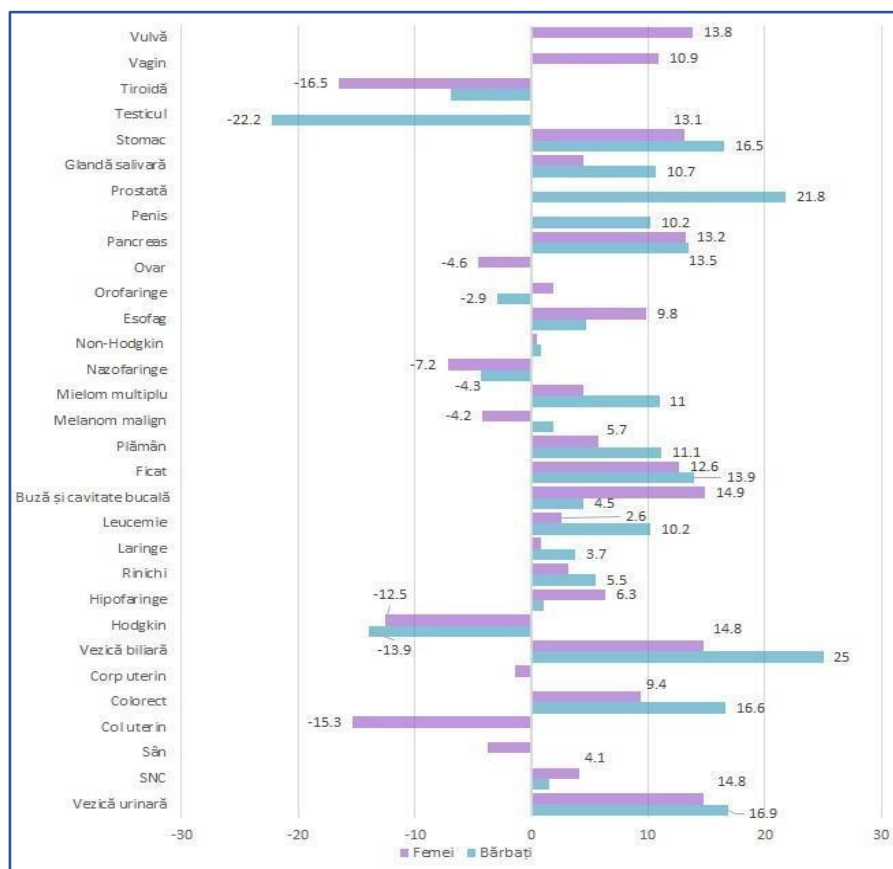
¹ Joint Research Centre, European Cancer Information System, Incidence and mortality estimates 2020, <https://ecis.irc.ec.europa.eu/>

Cancerul gastric reprezintă 5 % 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).

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 de stomac, 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 (figura 2).

Figura 2. Modificări procentuale estimate ale cancerului, România, 2020-2040



Sursa: European Cancer Information System (ECIS), 2020

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

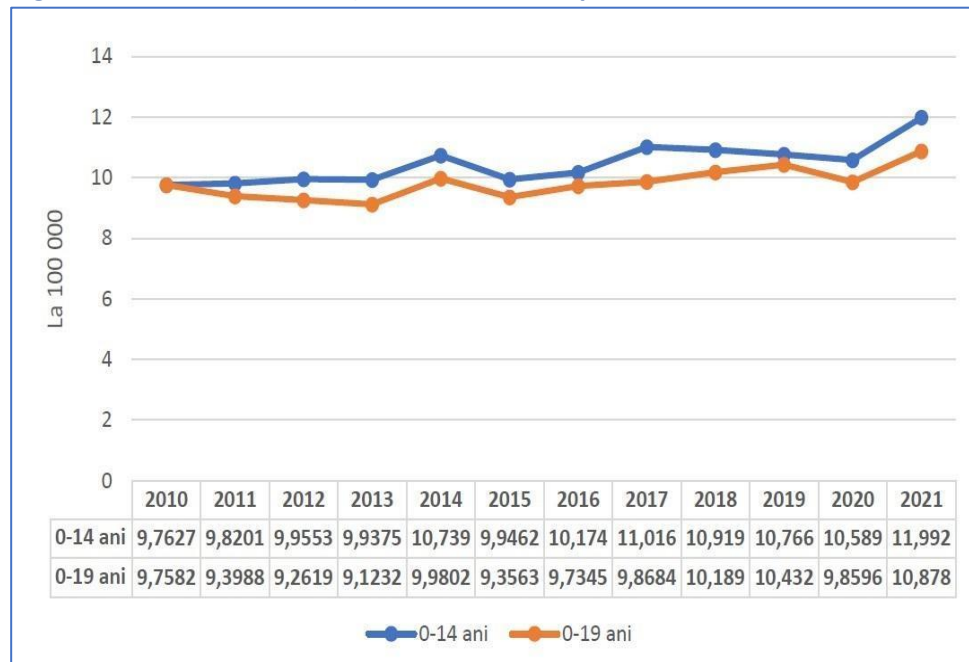
Incidența cancerului la copii (0-19 ani)

Numarul mediu de cazuri noi luate in evidenta rețelei nationale de onco-hematologie pediatrica 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.

Figura 3. Dinamica incidenței cancerului la copii 2010-2021



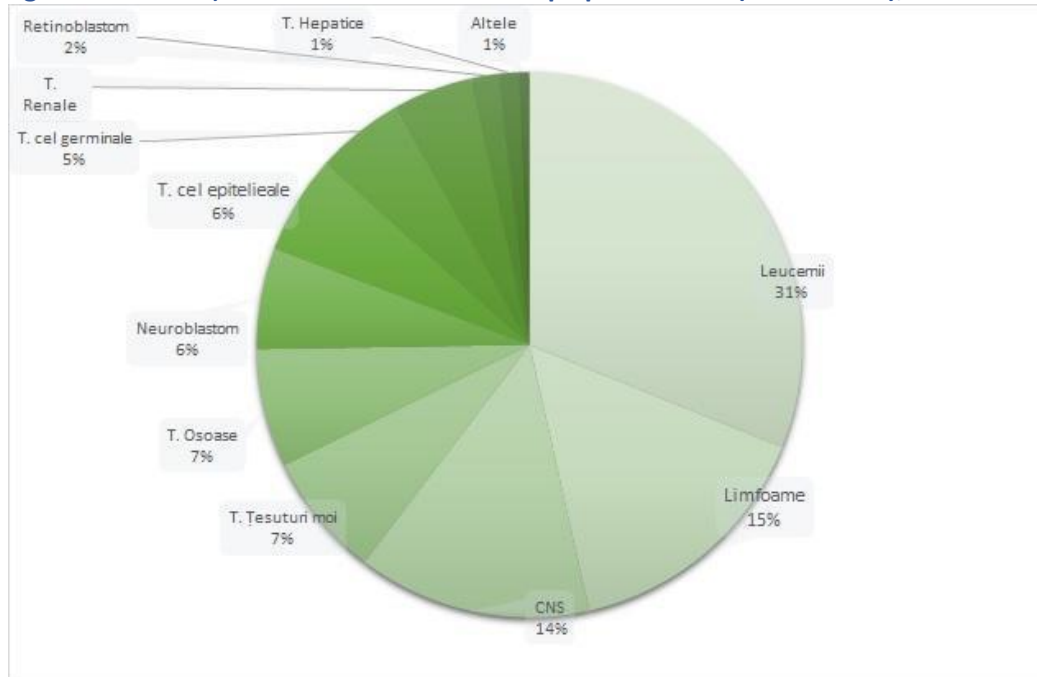
Sursa: Registrul cancerului la copii, Societatea Română de oncohematologie pediatrică, România, 2021

Incidența cancerului la copii de 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 in onco-hematologia pediatrica 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 (figura 4).

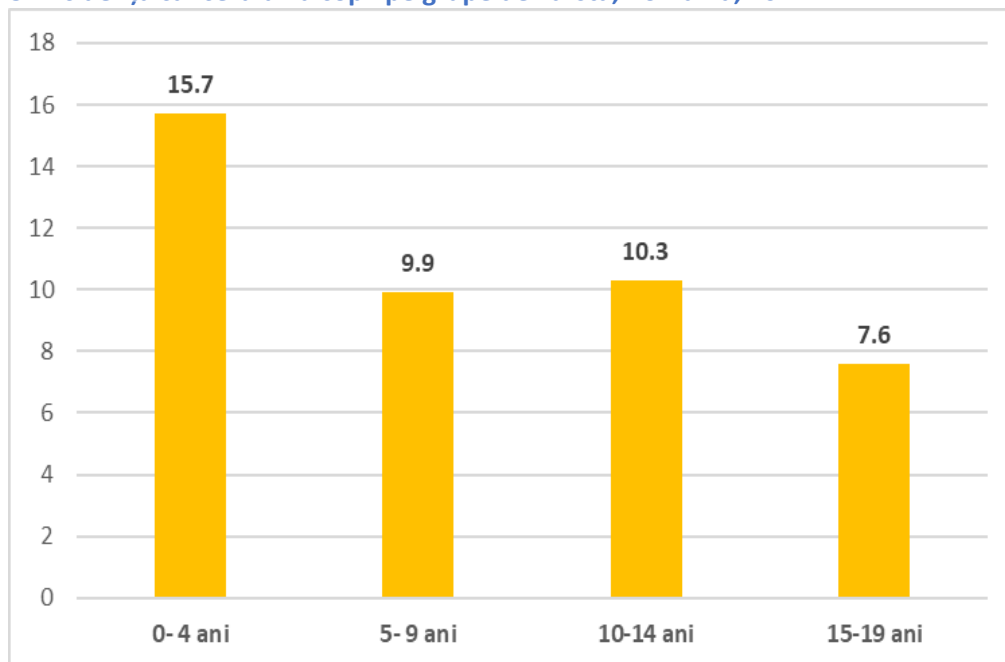
³ Registrul cancerului la copii, Societatea Română de oncohematologie pediatrică, România, 2021,

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

Figura 4. 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 (figura 5).

Figura 5. Incidența cancerului la copii pe grupe de vârstă, Romania, 2021

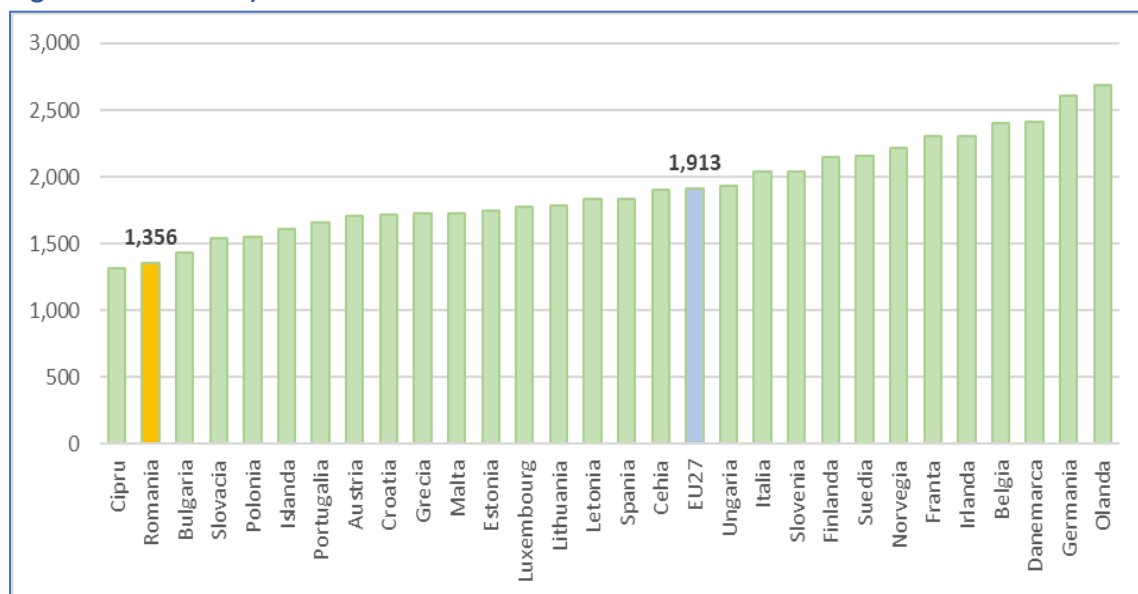
Sursa: Registrul cancerului la copii, Societatea Română de oncohematologie pediatrică, România, 2021

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) este fondat și condus de Societatea Româna 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).

Legislația privind înregistrarea nominală a cazurilor de cancer pe baze populaționale, care să constituie Registrul Național de Cancer este reprezentată de 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. O.M.S 2027/2007 necesită actualizare și coordonare 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 2020, 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 (figura 6).

Figura 6. Prevalența cazurilor de cancer la 5 ani



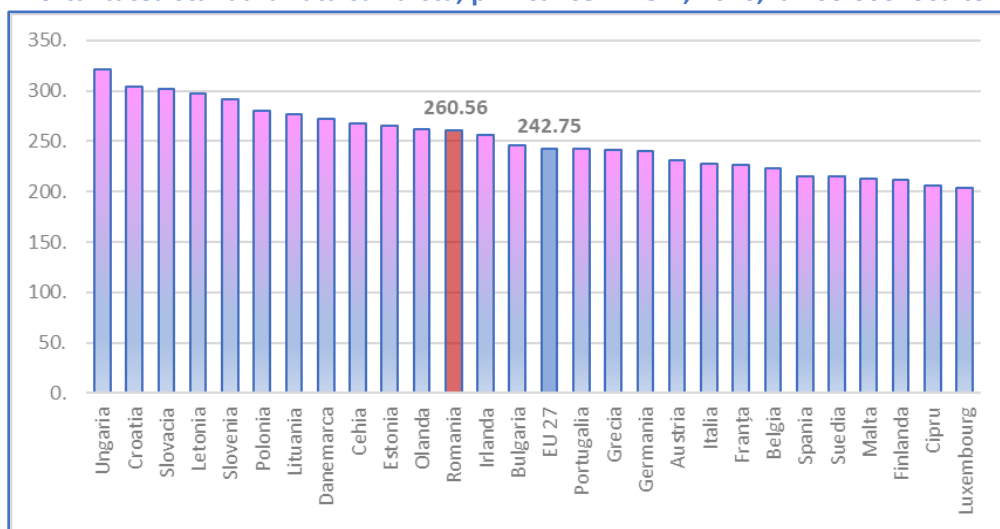
Sursa: IARC Globocan, 2020

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 (figura 7).

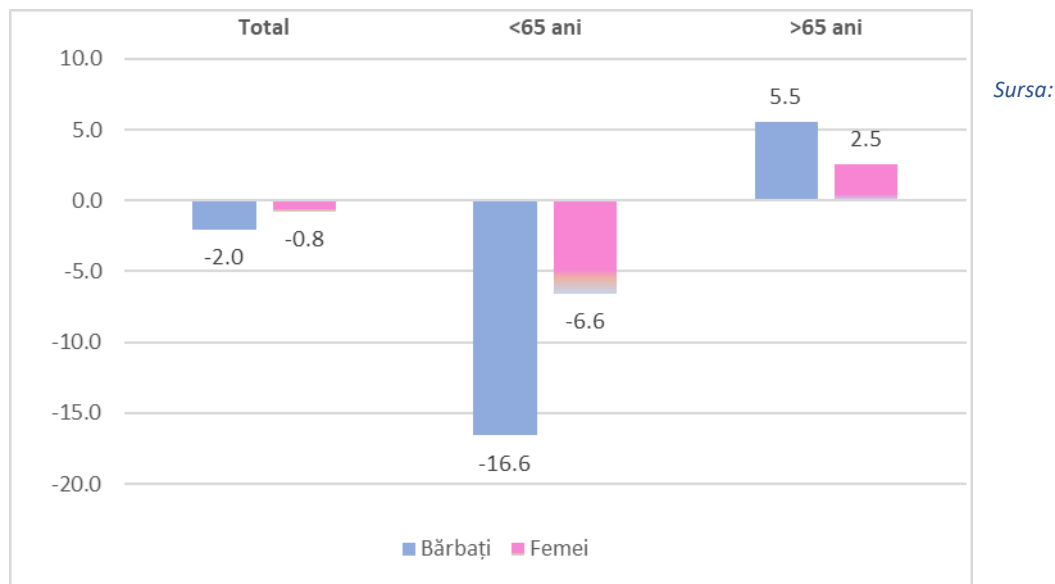
Deși mortalitatea a scăzut, diminuarea ratei de mortalitate a fost modestă față de media UE (Astfel, în perioada 2011-2020, mortalitatea prin cancer în România a scăzut cu doar 1,8%, față de 9,4% media UE-27.

Figura 7. Mortalitatea standardizată cu vârsta, 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. (figura 8).

Figura 8. Reducerea în mortalitate prin cancer, România, 2011 vs.2020


Sursa: Baza de date EUROSTAT

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).

Tabel 1. Principalele cauze de mortalitate prin cancer, România 2011 vs. 2019

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%

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).

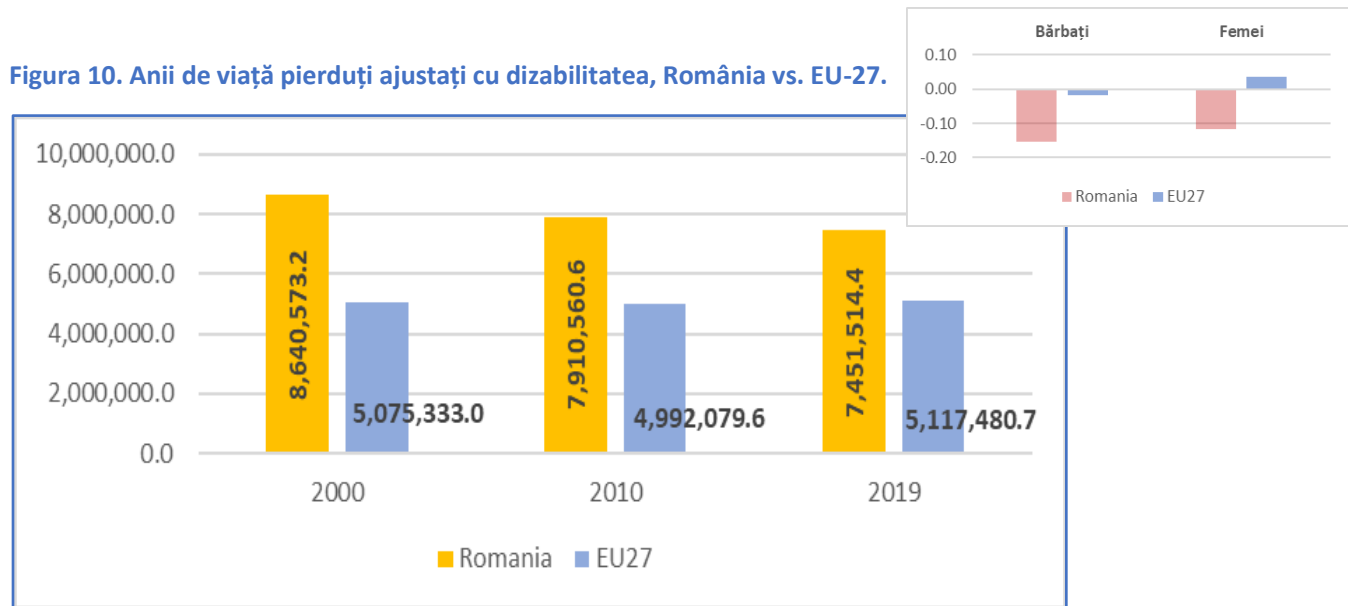
Mortalitatea prin cancer este mai mare la bărbați, cu 10% peste media EU-27. Mortalitatea prin cancer la femei este cu 1% peste media EU-27 (figura 9).

Figura 9. 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 (figura 10).



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.

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.

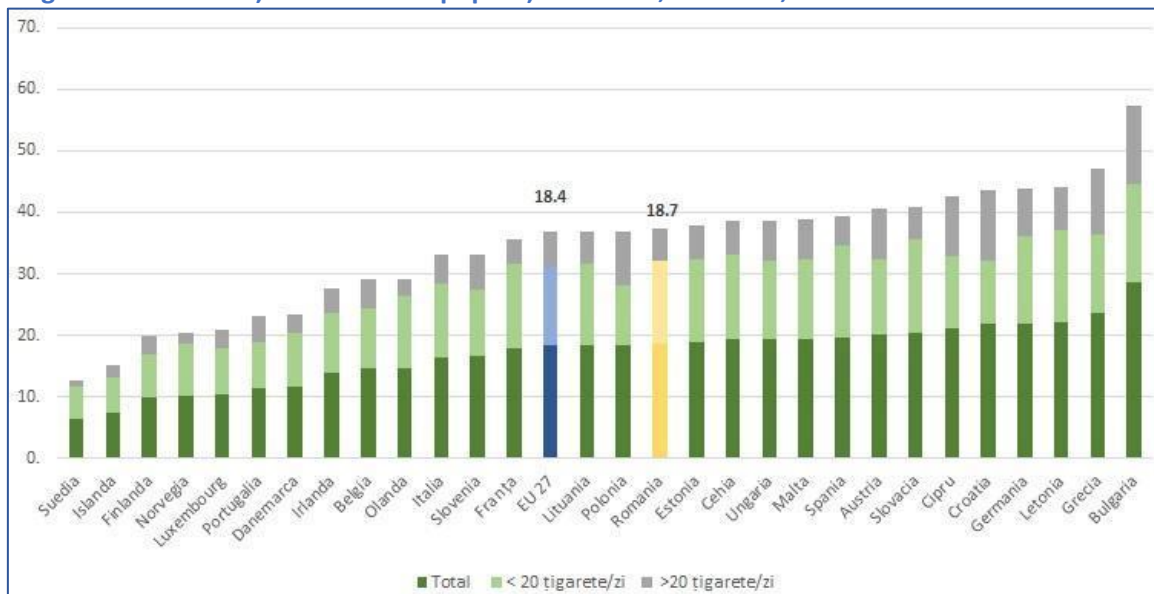
2.1. Fumatul

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 (figura 11).

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).

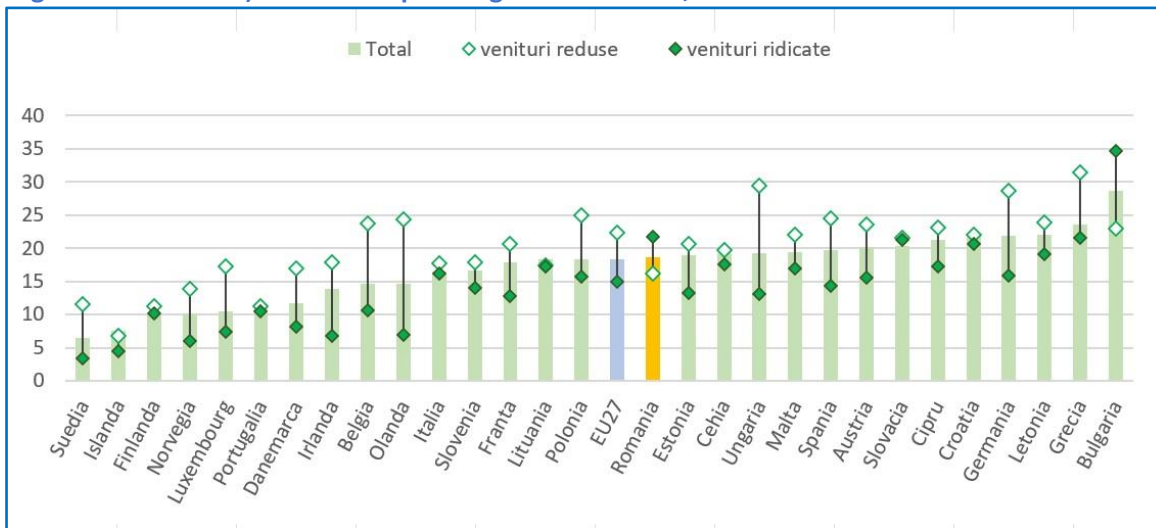
Figura 11. Prevalența fumatului în populație > 15 ani, Romania, 2019



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

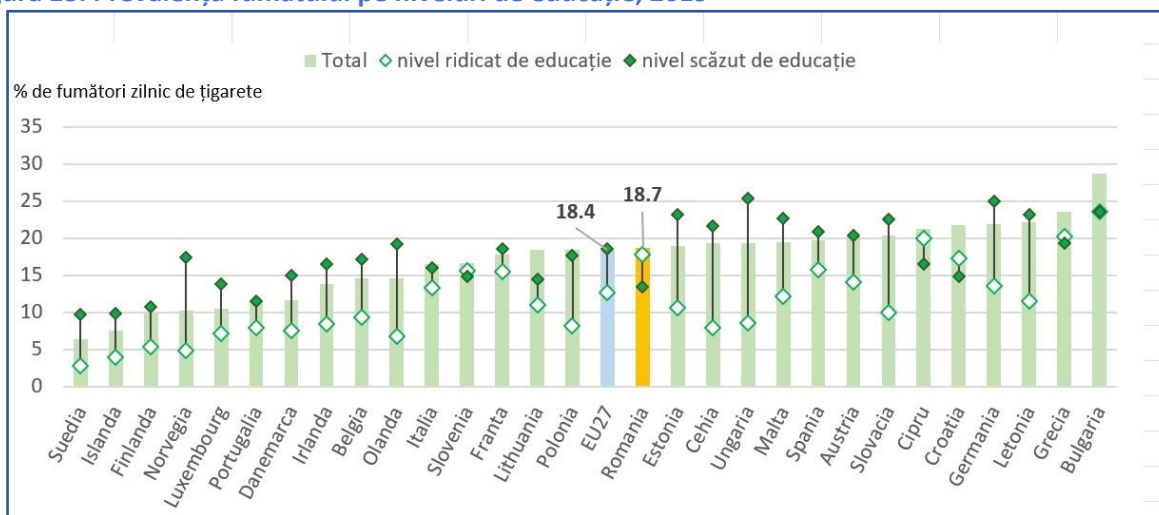
Distribuția fumătorilor pe categorii de educație și niveluri de venit urmează un model invers față de cel întâlnit în majoritatea statelor UE: prevalența fumatului este mai mare în rândul persoanelor cu venituri mai mari (22 %) decât în rândul celor cu venituri mai mici (16 %) – o diferență de 6 puncte 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 (figura 12,13).

Figura 12. Prevalența fumatului pe categorii de venituri, 2019



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

Figura 13. Prevalența fumatului pe niveluri de educație, 2019



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

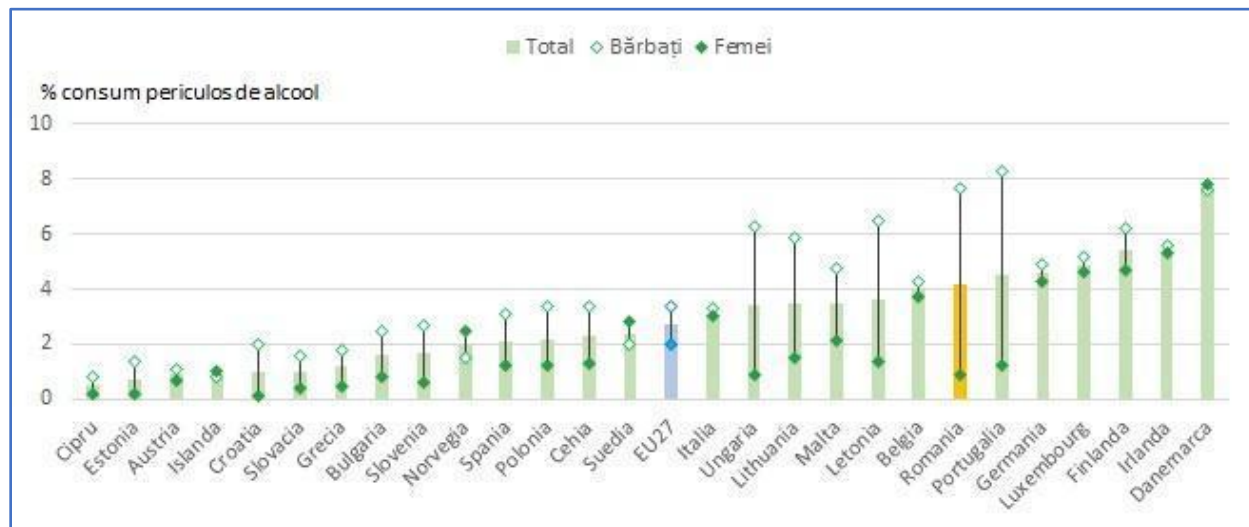
În 2016, Parlamentul României a adoptat Legea nr. 15/2016 care interzice fumatul în toate locurile publice închise, inclusiv în clădiri guvernamentale, școli, universități, unități medico-sanitare, baruri și cluburi de noapte, restaurante, locuri de muncă, mijloace de transport în comun, precum și în 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.

2.2. Consumul de alcool

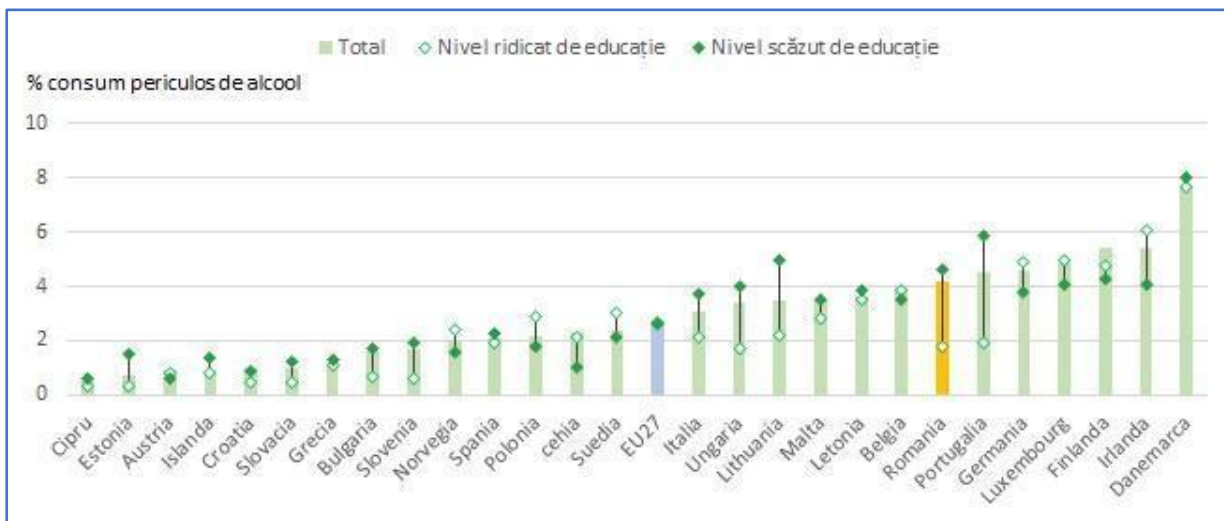
Consumul de alcool rămâne ridicat în România, prevalența consumului periculos de alcool este cu 45% mai ridicată față de media U.E, cu un consum de 8 ori mai ridicat în rândul bărbaților decât la femei. Proportia consumului periculos alcool la bărbați este de 7.7%, față de 0.9% la femei (figura 14).

Figura 14. 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% (figura 15).

Figura 15. 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).

Tabel 2. Incidența cancerelor asociate consumului de alcool, 2019

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

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.

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 (figura 16). 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.

Figura 16. 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 ≥ 25 în România cu 9%, față de 6% media creșterii în UE în perioada 2014-2019. Creșterea prevalenței IMC ≥ 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.

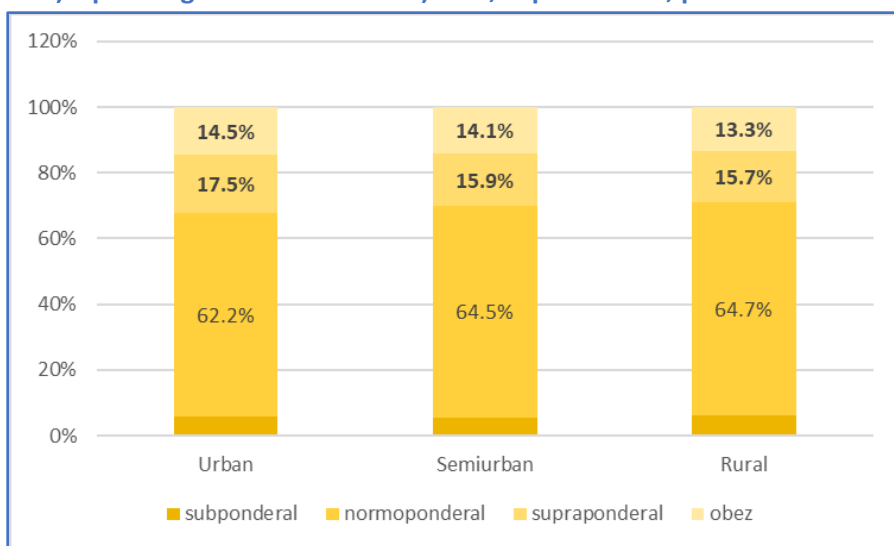
Datele din studiul privind supravegherea obezității în copilărie din cadrul Inițiativei Organizației Mondiale a Sănătății (COSI) arată o prevalență a supraponderalității în rândul copiilor de școală primară al de 16,6% și a obezității de 13,9% (3,7%obezitate severă).

Supraponderalitatea 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 supraponderalității 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 (figura 17).

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 greutății 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 studio, la interval de 3 ani, începând cu anul 2013.

Figura 17. Distribuția pe categorii de status nutrițional, copii 7-10 ani, pe medii de rezidență, 2019



Sursa: IINSP; Studiul COSI, 2019

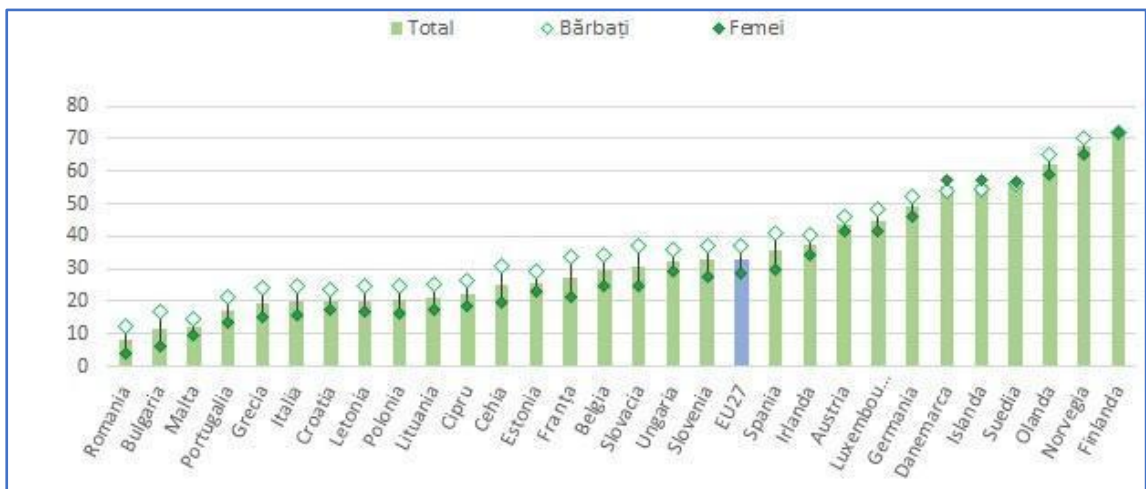
Legislația în România interzice prepararea, comercializarea și distribuirea alimentelor care pot avea consecințe nefaste asupra sănătății în incinta școlilor (Legea nr. 123/2008 pentru o alimentație sănătoasă în unitățile de învățământ preuniversitar și OMS nr. 1563/2008 pentru aprobarea Listei alimentelor 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.

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 bărbați care practică activitate fizică de cel puțin 150 minute este mai ridicată în rândul bărbaților (12,4%) față de femei (3,9%).

Figura 18. 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.

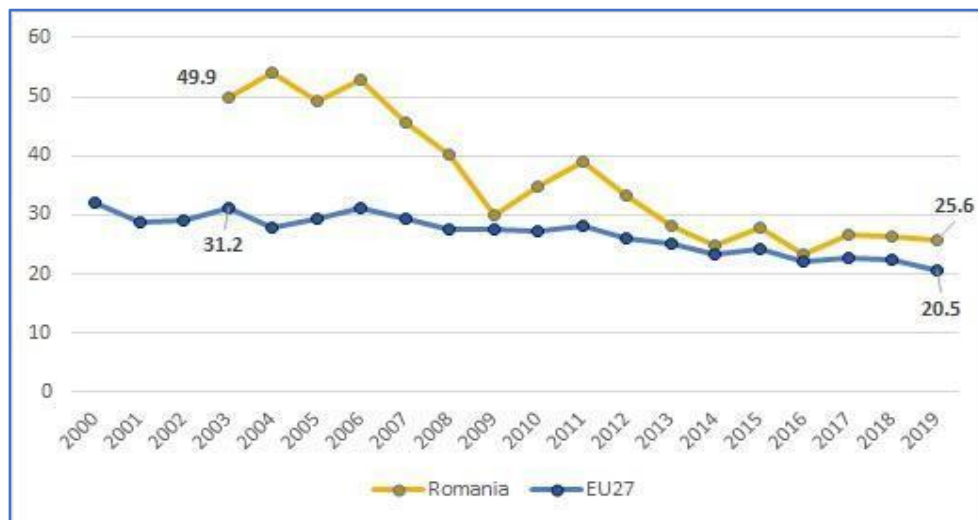
Studiul COSI la copii din ciclul primar de învățământ arată că 34,30% dintre fete și 37,30% dintre băieți dedică zilnic 3 ore sau mai mult pentru joc activ sau în forță. Aceste proporții cresc semnificativ la sfârșitul săptămânii, când 78,90% dintre fete și 81,40% dintre băieți dedică zilnic la sfârșitul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

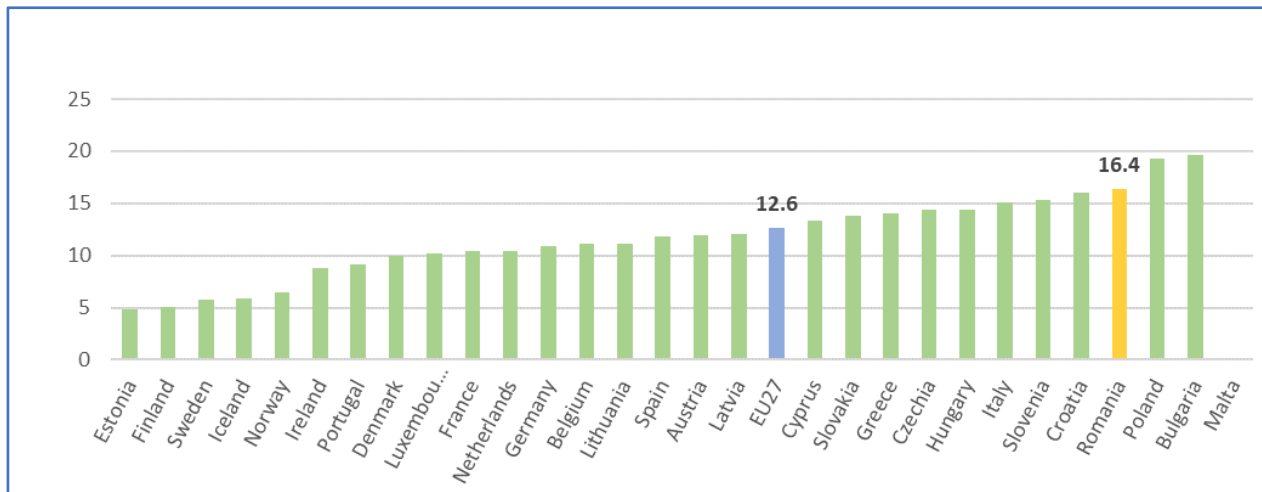
2.5. Poluarea din mediul de viață și de muncă

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 PM_{10} , în 2019, au ajuns la 25,6 $\mu g/m^3$ în România, peste media UE (20,5 $\mu g/m^3$) (figura 19). De asemenea, România a înregistrat o concentrație mai mare de $PM_{2,5}$ decât UE (16,4 $\mu g/m^3$ față de 12,6 $\mu g/m^3$), situându-se pe locul trei ca mărime a valorilor de concentrație din țările UE în 2019 (figura 20). Cancerul legate 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).

Figura 19. Nivelurile anuale de concentrație PM_{10} în orașe, 2019



Sursa: EUROSTAT; Notă: media UE ponderată (calculată EUROSTAT);

Figura 20. Concentrații anuale PM_{2,5}, 2019


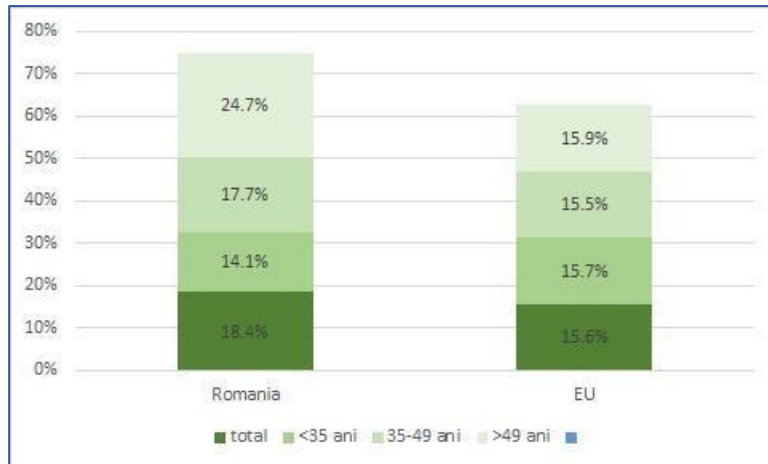
Sursa: EUROSTAT; Notă: media UE ponderată (calculată EUROSTAT);

Raportul “World Air Quality Report Region & City PM2.5” (2021), situează România pe locul treisprezece în Europa cu o valoare medie/an de 15.3μg/m³. 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 μg/m³, iar ultimele locuri sunt ocupate de orașe precum Sibiu, Oradea, Brăila și Galați cu o concentrație cuprinsă între 9,7- 7 μg/m³.

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 incomplete 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 (figura 21).

Figura 21. 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).

Tabel 3. Proporția de angajați expuși la fum, gaze, pulberi sau praf la locul de muncă, 2019

	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

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 I.A.E.A 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 acesteia 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).

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.

Fracția 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.

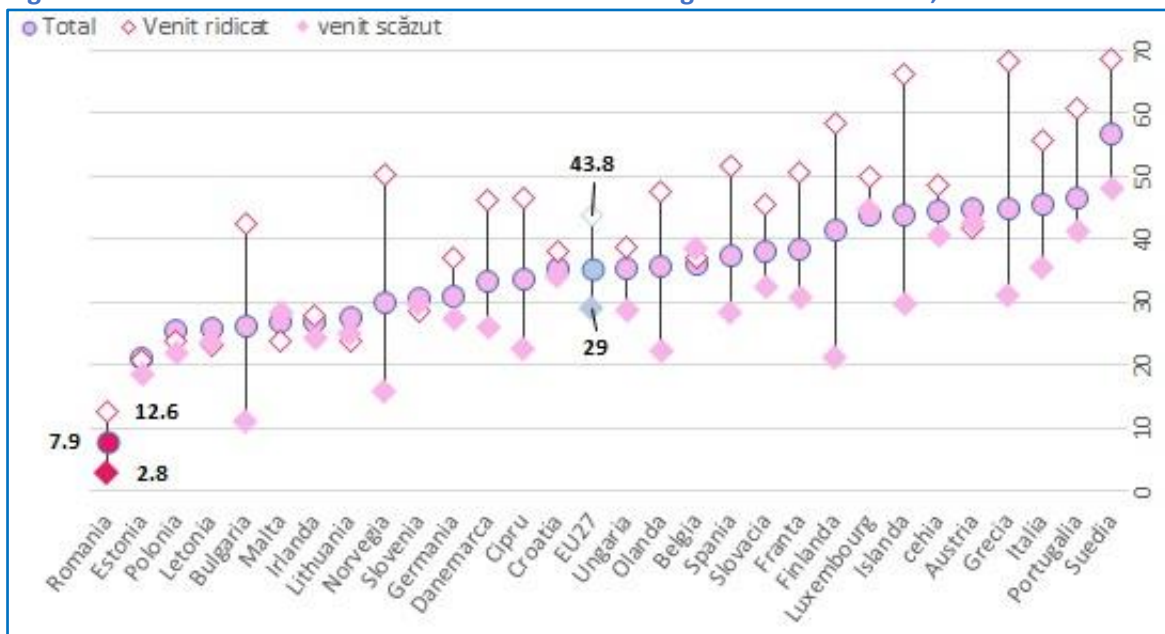
3 Depistarea precoce și screeningul

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.

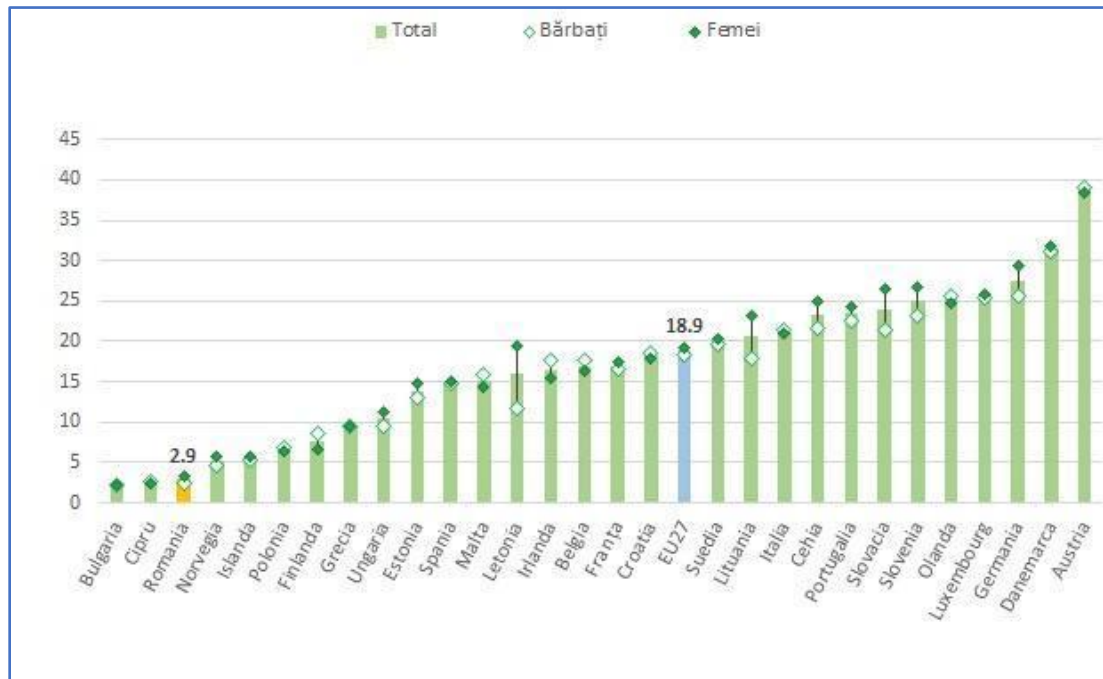
Figura 22. Procent de femei 15+ care au efectuat mamografie în ultimii 2 ani, 2019



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 (figura 23). 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.

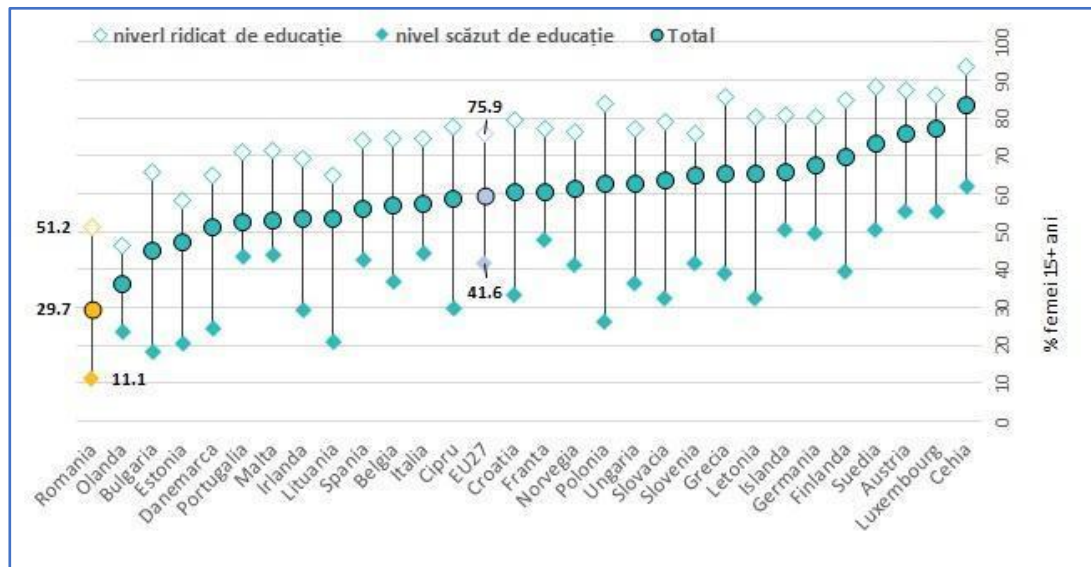
Figura 23. Procent de persoane 15+ ani care au efectuat un test pentru cancerul colorectal în ultimii 2 ani, 2019



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 (figura 24). 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%).

Figura 24. 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 curriculelor 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.

Începând cu anul 2016, 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 și 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 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 minimale 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 D.E.P.A.B.D. 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 curriculum 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 minimale 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 endoscoopiilor, 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 (registrul 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 Ministerul 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.

4. 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 F.N.U.A.S.S 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 și capacitățile de dotare 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.

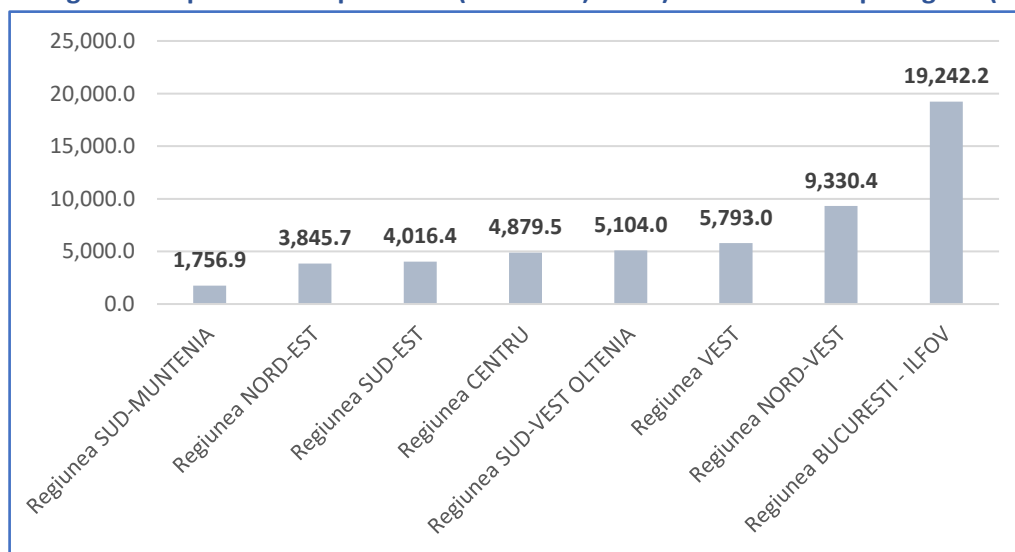
5. Tratament

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

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 regiunea Muntenia-Sud, nr. de episoade de spitalizare este cel mai redus, acest fapt fiind explicat parțial și de apropierea celor 7 județe ale regiunii de centrul universitar București.

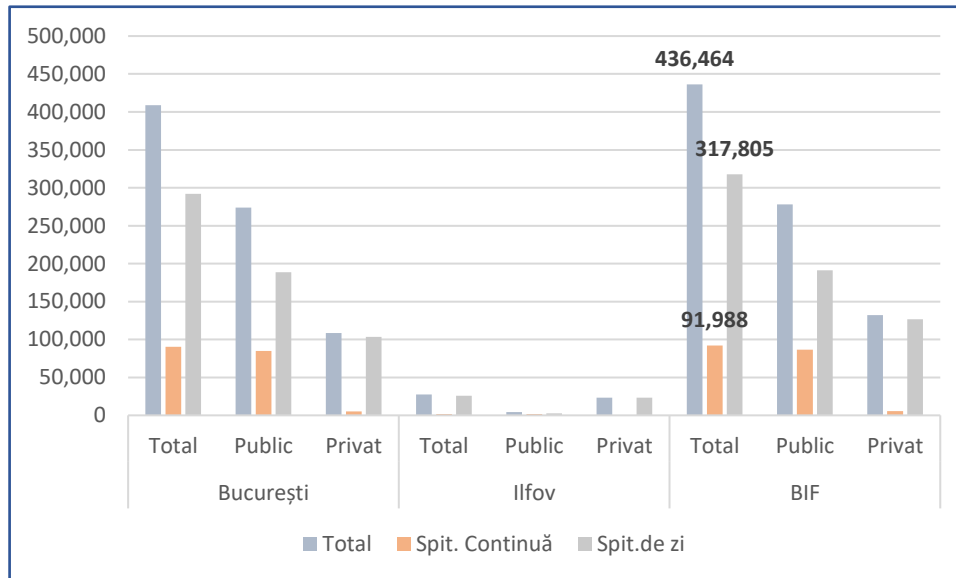
Figura 25. Episoade de spitalizare (continuă și de zi) la 100.000 loc. pe regiuni (2022)



Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

În regiunea București-Ilfov din totalul de 436.464 de episoade de spitalizare, 64% sunt în sistemul public și 72% în regim de spitalizare de zi. (figura 25,26).

Figura 26. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea București-Ilfov (2022)



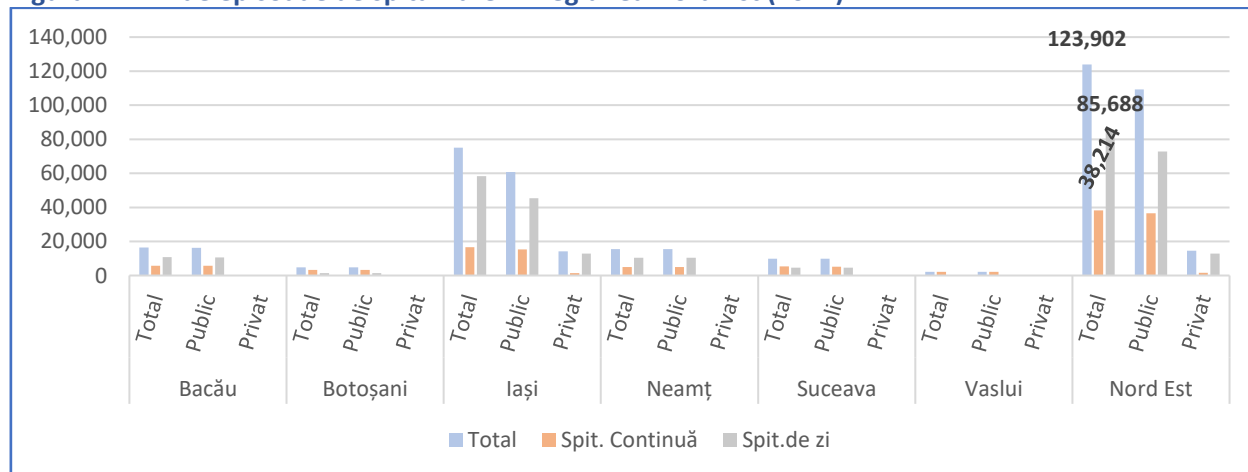
Sursa:

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 (figura 27).

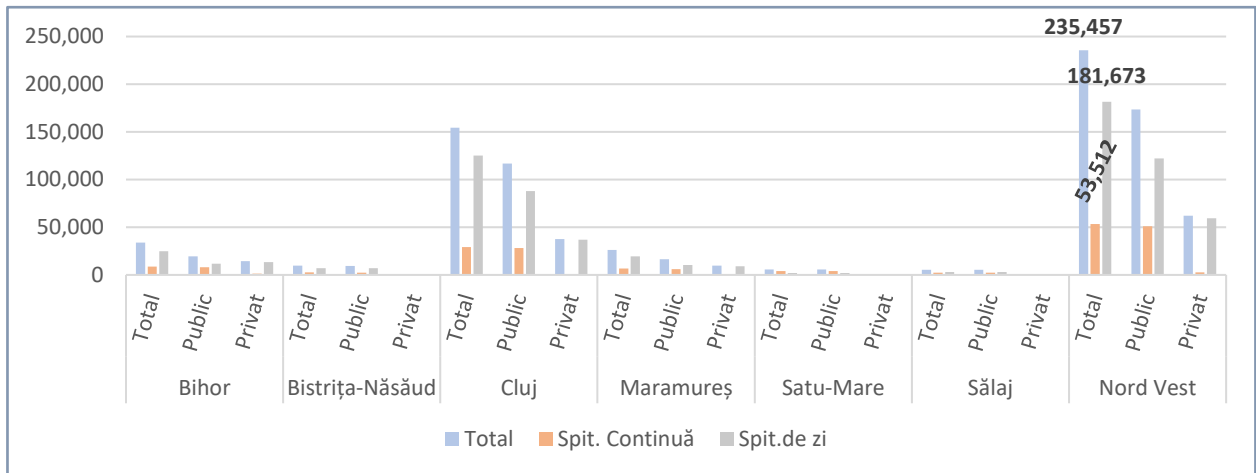
Figura 27. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Nord-Est (2022)



Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

În regiunea de Nord Vest, 74% din spitalizări se oferă în sistemul public și 65% în județul Cluj (figura 28).

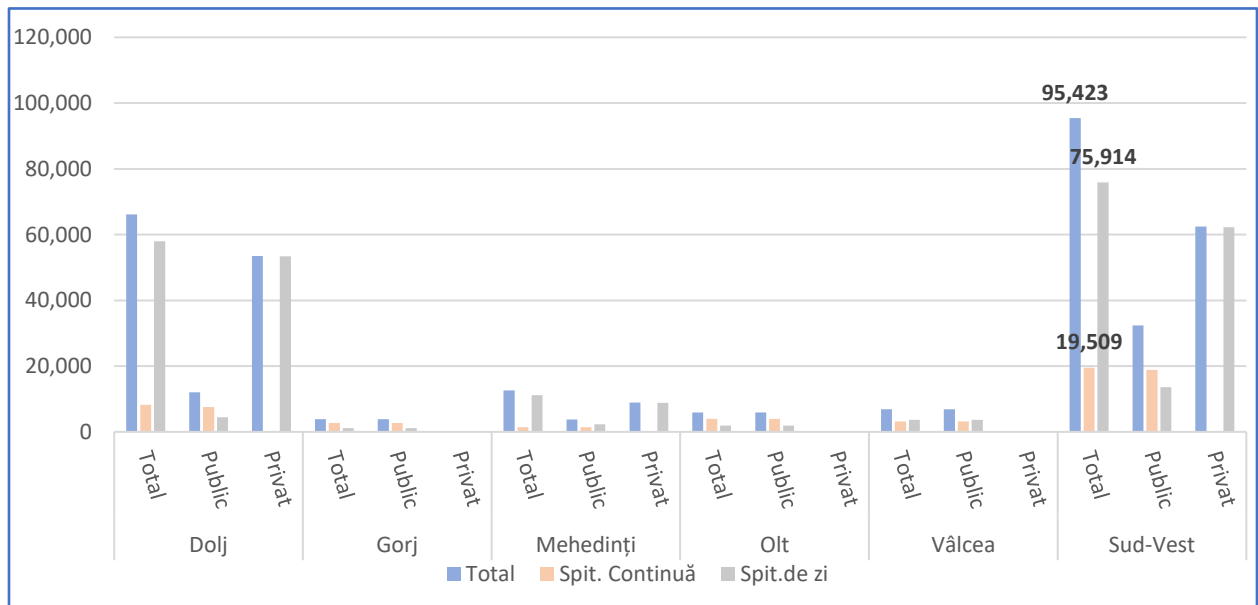
Figura 27. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Nord-Vest (2022)



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. (figura 28)

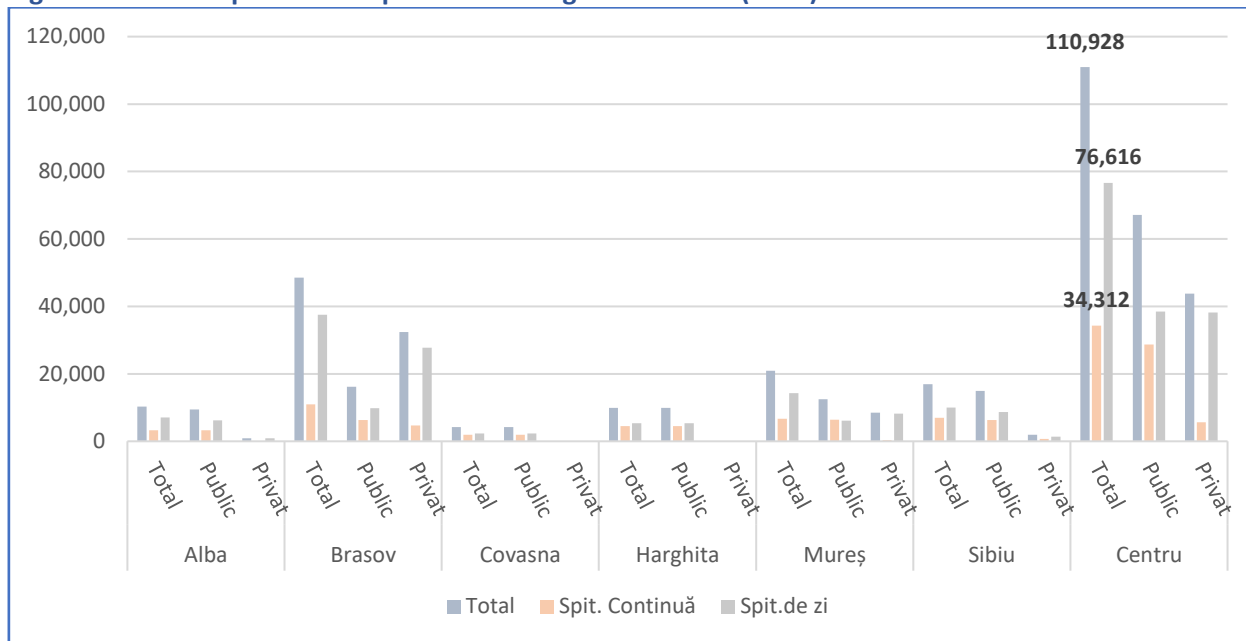
Figura 28. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Sud-Vest (2022)



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%. (figura 29).

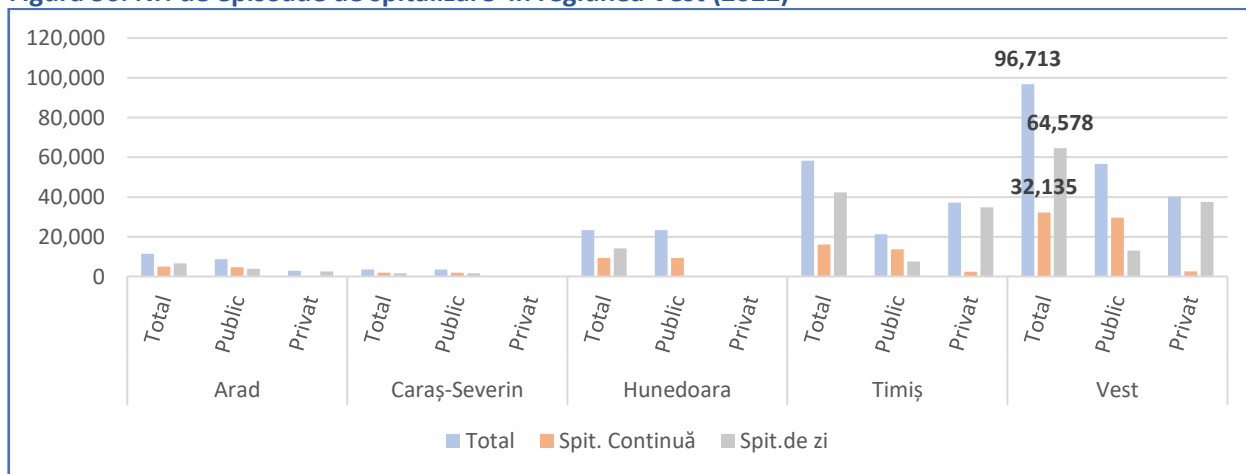
Figura 29. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Centru (2022)



Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

În regiunea Vest, 60% din episoadele de spitalizare sunt concentrate în județul Timiș. (figura30)

Figura 30. Nr. de episoade de spitalizare în regiunea Vest (2022)



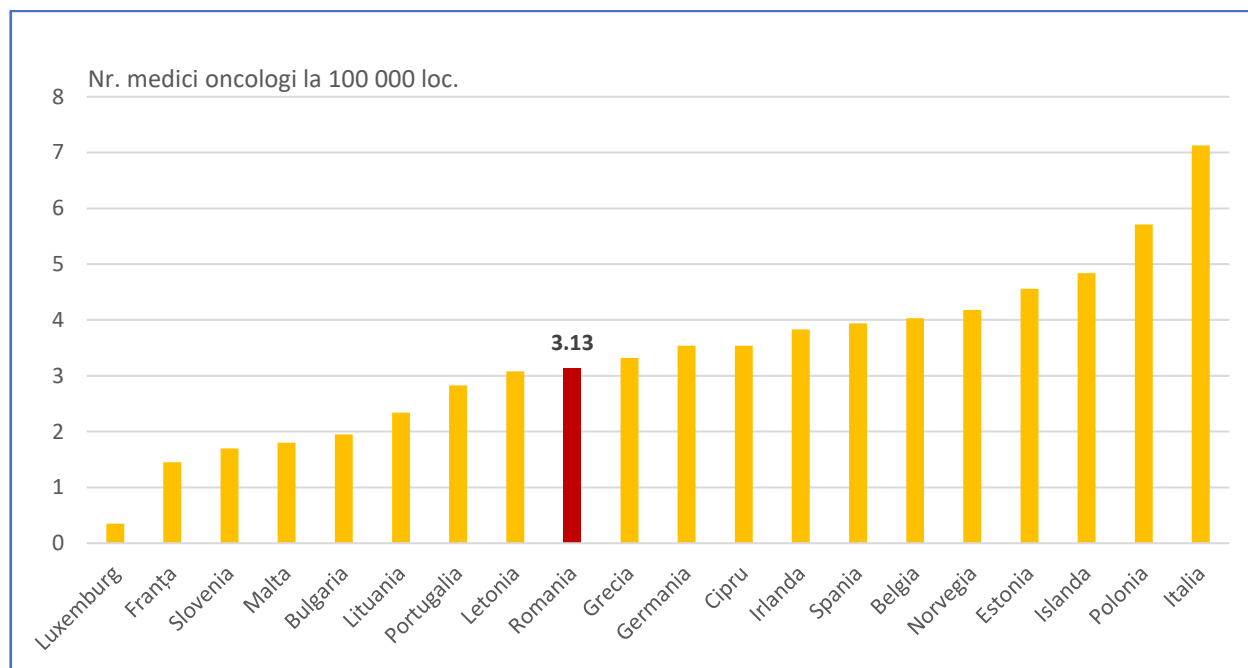
Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică

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.

Numărul de medici specialiști în oncologie la 100.000 de locuitori este de 8 ori mai mare decât în Luxemburg, statul cu cel mai mic număr de astfel de specialiști și de 2 ori mai mic decât în Italia, statul european cu cel mai mare număr de medici specialiști în oncologie. (figura 31).

Figura 31. Număr medici specialiști în oncologie la 100.000 loc.



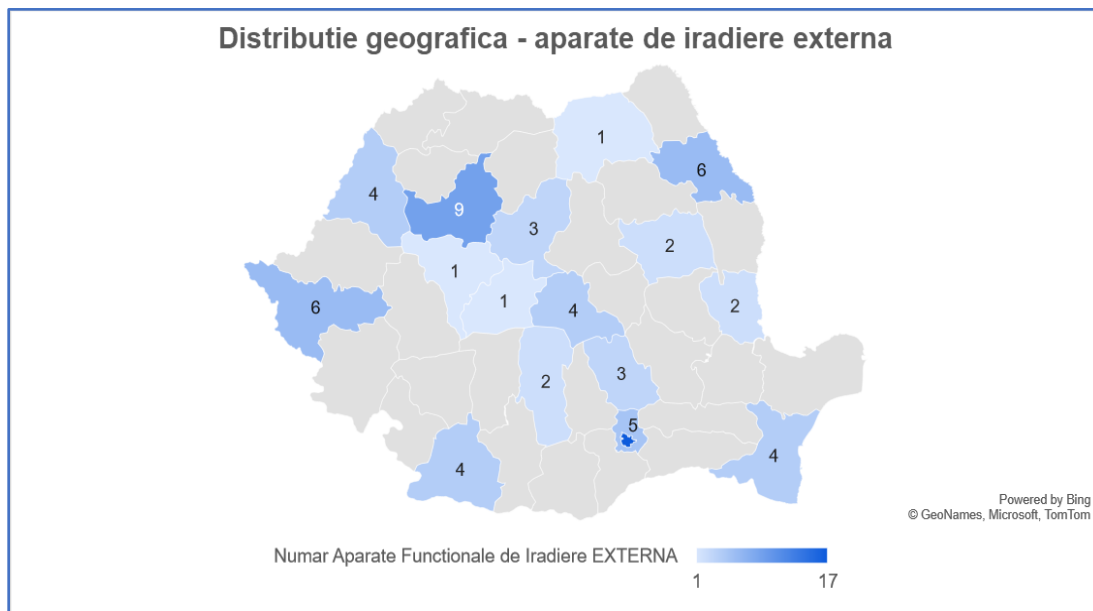
Sursa: baza de date EUROSTAT

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.

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 (figura 32).

Figura 32. 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 județe 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, finanțată 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;

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 cancerle 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 in 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.

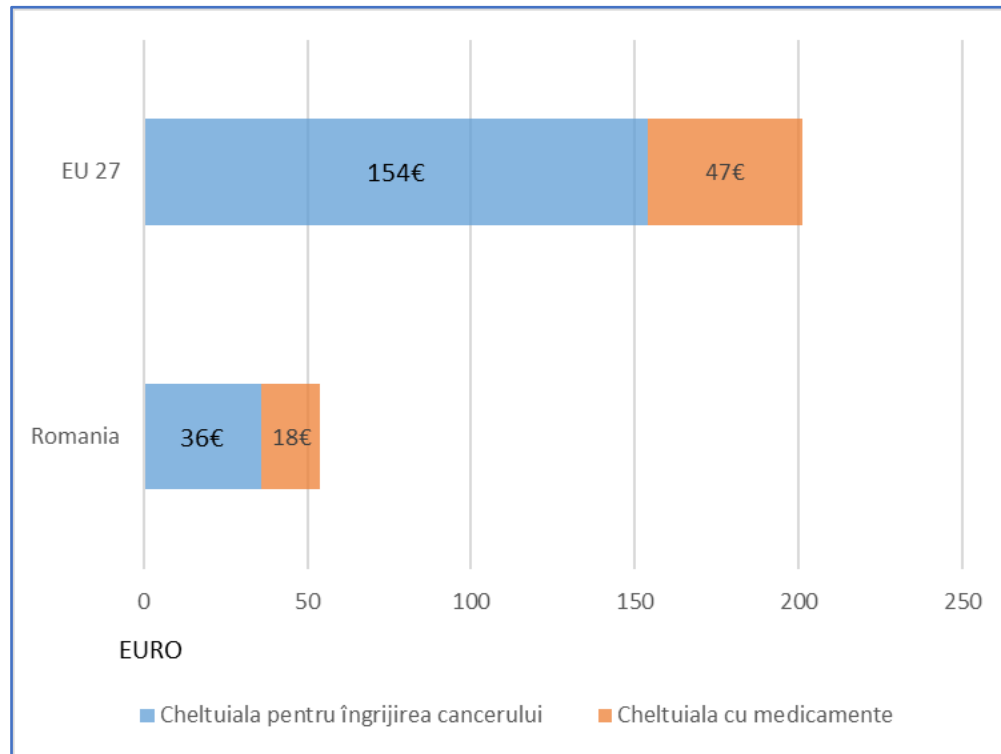
Tehnicienii de RT sunt recrutați din rândul asistenților medicali generaliști, cărora li se asigură cursuri de formare și practică în laboratoarele de RT. Este nevoie de un program de pregătire dedicate și de programe de pregătire continuă.

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 pronunțate ceea ce ridică oncologului probleme suplimentare referitoare la decizia terapeutică ulterioară și care se reflectă direct în supraviețuire și calitatea vieții pacientului oncologic.

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.

Cheltuiala cu medicația reprezintă 30% din totalul cheltuielilor cu îngrijirea pacienților oncologici, însă este de aproape 4 ori mai mică decât media U.E. (figura 33) Cheltuiala directă cu îngrijirea bolnavilor oncologici reprezintă 7,1% din totalul cheltielilor cu îngrijirile de sănătate.

Figura 33. Cheltuiala directă per capita pentru îngrijirea bolnavilor de cancer, 2018



Sursa: Hofmarcher T.,&al. ; *The cost of Cancer în Europe, 2018;* EJC, 2020

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 se regăsesc în recomandări naționale, însă, în afara centrelor oncologice din marile centre universitare, aderența la acestea este destul de eterogenă.

Din cauza resurselor umane reduse și o politică de investiții discontinuă pentru achiziționarea de tehnologie și întreținerea celei existente, 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.

Îngrijirile paliative la domiciliu nu răspund nevoilor reale de îngrijire.

Capacitatea de îngrijiri paliative 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 paliatie;
- 9 servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;
- 7 ambulatorii de paliatie;
- 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 decât 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, în Regiunea Nord-Est concentrează o treime din paturile de îngrijiri paliative din țară în timp ce în 11 județe aceste servicii nu sunt disponibile (figura 26).

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 spital reprezintă 2% din necesarul la nivel național.

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

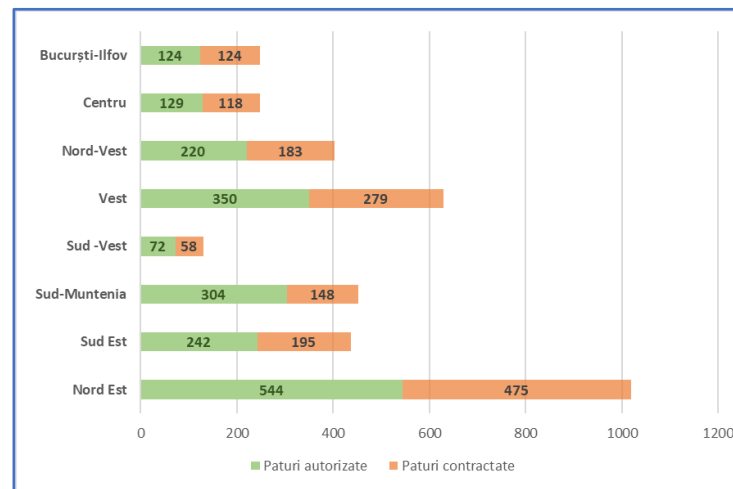
Mecanismele de finanțare ale serviciilor de îngrijire paliativă de bază și pentru echipele mobile de spital sunt insuficient clarificate, iar pregătirea resurselor umane în domeniu este redusă.

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 Cooperarea 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 (curriculum, 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.

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).

Figura 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;

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 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 timpii 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 sub utilizarea 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 forma 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 Combatere 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 ;
- 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 alocațiilor financiare;
- presiuni din afara sistemului de sănătate pentru implementarea unor măsuri nefundamentate de evidențe științifice și neadaptate capacităților naționale;
- emigrația personalului medical;

II. Viziune, misiune, scop, cadrul conceptual, principiile de guvernare și legislație

Viziune

Un sistem integrat de prevenție și îngrijire a persoanelor cu cancer care oferă tuturor cetățenilor afectați servicii echitabile, personalizate și centrate pe individ, de egală calitate și siguranță.

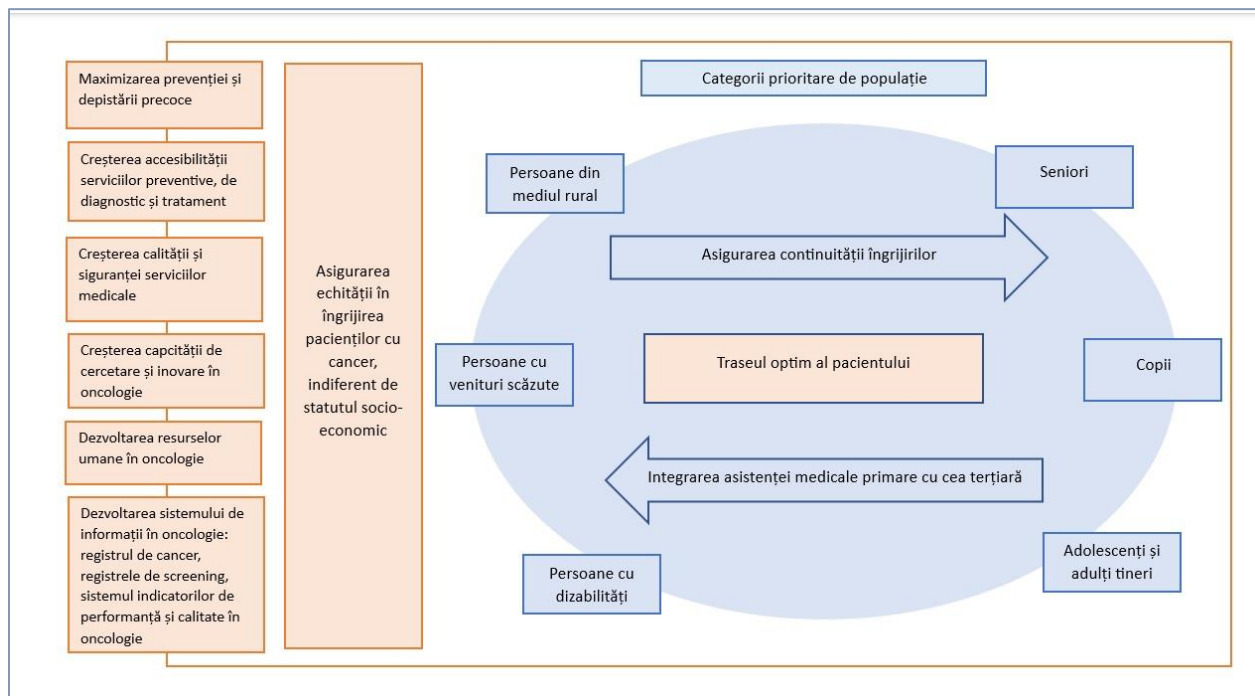
Misiune

Asigurarea accesului tuturor cetățenilor la informații, cunoștințe, și servicii de sănătate care să permită adoptarea comportamentelor lipsite de riscuri, diagnosticarea precoce combaterea suferinței fizice, psiho-emoționale și spirituale generate de boală și o supraviețuire îndelungată, în condiții de calitate bună a vieții și integrați din punct de vedere social.

Scop

Creșterea calității serviciilor de sănătate, creșterea supraviețuirii pacienților cu cancer, în special a categoriilor vulnerabile, prin utilizarea rațională a resurselor umane, de tehnologie, cercetare și inovare.

Cadrul conceptual al Planului Național de Combatere și Control al cancerului (PNCC)



Principii care guvernează Planul Național de Combatere și Control al Cancerului (PNCC):

- ✓ Bazat pe evidențe științifice și de cost-eficacitate: utilizarea datelor, informațiilor și a evidențelor științifice existente pentru prioritizarea deciziilor și maximizarea utilizării resurselor;
- ✓ Abordarea integrată a prevenției, diagnosticului, tratamentului cancerului, îngrijirilor paliative pe tot parcursul în sistemul de sănătate;
- ✓ Abordarea multisectorială și implicarea tuturor factorilor relevanți pentru ca intervenția de sănătate să răspundă nevoilor colective și individuale ale populației;
- ✓ Egalitate de șanse: dezvoltarea unui sistem de sănătate mai inclusiv care să asigure acces egal și echitabil la servicii de egală calitate tuturor cetățenilor;
- ✓ Solidaritate: asigurarea acoperirii universale cu serviciile esențiale de prevenție, diagnostic, tratament pentru toți cetățenii;
- ✓ Responsabilitate și guvernare.

Documente de politică publică și strategice de la nivel național și European:

- ✓ Programul de Guvernare 2021 - 2024;⁵
- ✓ Strategia Națională pentru Dezvoltarea Durabilă a României 2030;⁶
- ✓ Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2022 – 2027;⁷
- ✓ Strategia Națională de Cercetare, Inovare și Specializare Inteligentă 2022 – 2027;⁸
- ✓ Strategia Națională de Sănătate 2023-2030;⁹
- ✓ Planul strategic ale Directoratului General Sănătate și Siguranță Alimentară 2020 -2024;¹⁰
- ✓ Strategia Farmaceutică pentru Europa;¹¹
- ✓ Regulamentul privind Evaluarea Tehnologiilor Medicale;¹²
- ✓ Programul EU4Health 2021-2027 și planul de acțiuni pentru 2022;¹³
- ✓ Inițiativa UE privind reducerea poverii bolilor netransmisibile *“Împreună mai sănătoși”*;¹⁴
- ✓ Spațiul European al Datelor privind Sănătatea¹⁵ ;
- ✓ Planul Strategic al Directoratului General Cercetare și Inovație 2020 -2024;¹⁶
- ✓ Planul European de Combatere a Cancerului;¹⁷

⁵ <https://gov.ro/ro/obiective/programul-de-guvernare-2021-2024>;

⁶ <http://romania-durabila.gov.ro/>

⁷ <https://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/minister-2019/strategii-politici-programe/6562-sn-incluziune-sociala-2022-2027>

⁸ <https://mciid.gov.ro/transparenta-decisionala/strategia-nationala-de-cercetare-inovare-si-specializare-inteligenta-2022-2027/>

⁹ https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf

¹⁰ https://commission.europa.eu/document/download/ae35aa3a-a41a-4c36-b33e-5f90a2e9d816_en?filename=sante_sp_2020_2024_en.pdf

¹¹ https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe_en

¹² https://health.ec.europa.eu/health-technology-assessment/regulation-health-technology-assessment_en

¹³ https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en

¹⁴ https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en

¹⁵ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en

¹⁶ https://commission.europa.eu/publications/strategic-plan-2020-2024-research-and-innovation_en

¹⁷ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_342

III. Obiective generale și specifice

O.G 1. Dezvoltarea unui sistem integrat de informații de sănătate în oncologie, pentru prevenirea și îngrijirea cancerului

O.S. 1.1. Dezvoltarea registrului național populațional de cancer

M.1.1.1 Actualizarea legislației privind înregistrarea pe baze nominale a bolnavilor de cancer;

M.1.1.2 Implementarea sistemului de codificare CIM-O 3 și a recomandărilor de înregistrare nominală a bolnavilor de cancer ale O.M.S.¹⁸ și conform recomandărilor Rețelei Europene a Registrelor de Cancer;

M.1.1.3 Îmbunătățirea registrului de cancer la copii prin creșterea acoperirii și calității datelor conform recomandărilor Comisiei Europene¹⁹ cu utilizarea C.I.C²⁰;

M.1.1.4 Dezvoltarea rețelei de furnizori de servicii de diagnostic și tratament al cancerului cu atribuții în raportarea cazurilor noi de cancer și dezvoltarea platformei informatice de raportare.

Indicatori	1. O.M.S. privind înființarea și organizarea registrului național de cancer aprobat; 2. Metodologii de raportare și înregistrare a cazurilor de cancer elaborate, inclusiv mecanismele de control și asigurare a calității datelor și indicatorii de calitate ai registrului de cancer; 3. Cursuri de instruire a personalului privind raportarea, înregistrarea, prelucrarea și analiza datelor; 4. Aplicația informatică dezvoltată și operațională; 5. Rapoarte anuale privind incidența cancerului;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, PNRR, P. Sănătate 2021-2027
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
			Continuu				

¹⁸ European Network of Cancer Registries: <https://encr.eu/>

¹⁹ Joint Research Centre, The Knowledge Centre on Cancer: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/news/new-tool-monitor-childhood-cancers-europe_en

²⁰ International Childhood Cancer Incidence: <https://iicc.iarc.fr/about-iicc-3/highlights/>

O.S. 1.2. Digitalizarea în oncologie și transformarea datelor în informații relevante pentru prevenția cancerului și îngrijirea pacienților

M.1.2.1 Dezvoltarea componentei specifice perioadei de evidență oncologică în dosarul electronic al pacientului și asigurarea transferului de date și informații între specialiștii implicați în diagnosticul, tratamentul și monitorizarea pacientului, în acord cu regulamentul Spațiului European de Date;

M.1.2.2 Dezvoltarea registrelor instituționale de cancer multi-centre pentru asigurarea accesului rapid la informații și susținerea cercetării;

M.1.2.3 Dezvoltarea registrelor de screening pentru cancere specifice și asigurarea interoperabilității cu registrul de cancer precum și asigurarea furnizării datelor relevante de la Direcția pentru Evidența Persoanelor și Administrarea Bazelor de Date;

M.1.2.4 Dezvoltarea de platforme tehnologice suport pentru monitorizarea traseului pacientului cu cancer, implementarea managementului de caz, inclusiv a îngrijirilor paliative specific tipului de cancer, pentru maximizarea calității vieții, posibilitatea relaționării active medic-pacient și a participării active a pacientului în decizia terapeutică;

M.1.2.5 Dezvoltarea și utilizarea programelor de Inteligența Artificială în managementul pacienților cu cancer și în programele de cercetare pentru analiza datelor existente;

M.1.2.6 Utilizarea sistemelor de telemedicină atât pentru participarea specialiștilor la comisiile multidisciplinare, cât și pentru evaluarea stării de sănătate a pacienților de la distanță, de medicul oncolog curant, cât și pentru oferirea îngrijirilor paliative.

Indicatori	1. Componentele specifice, de evidență oncologică, dezvoltate în DES 2. Registre instituționale de cancer, înființate și operaționale, conform metodologiilor naționale elaborate; 3. Trei (3) registre de screening, pentru cancerul colului uterin, cancerul glandei mamare și cancerul colo-rectal, îmbunătățite și operaționale; 4. Platforme dezvoltate pentru monitorizarea traseului pacientului; 5. Aplicația informatică dezvoltată și operațională; 6. OMS privind utilizarea sistemelor de telemedicină pentru comisii multidisciplinare, pentru evaluarea de la distanță a stării de sănătate a pacienților și pentru îngrijiri paliative elaborat și operațional;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, PNRR, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate, PCDIF 2021-2027
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNAS

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 1.3. Dezvoltarea cadrului de monitorizare a prevalenței factorilor de risc ai cancerului

M.1.3.1 Dezvoltarea metodologiilor anchetelor periodice privind stilul de viață și prevalența factorilor de risc ai cancerului;

M.1.3.2 Implementarea anchetelor de prevalență despre stil de viață și prevalența factorilor de risc;

M.1.3.3 Dezvoltarea și implementarea periodică a studiilor de cunoștințe și atitudini ale populației privind prevenția cancerului.

Indicatori	1. Metodologii elaborate și publicate, pentru anchetele periodice privitoare la starea de sănătate, corelate cu metodologiile anchetelor europene de sănătate (European Health Survey); 2. Rapoarte publicate privind prevalența factorilor de risc în populația generală; 3. Rapoarte publicate periodic în urma derulării studiilor de cunoștințe și atitudini ale populației, privind prevenția cancerului;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, PNRR, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate,
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 1.4. Îmbunătățirea și dezvoltarea resurselor de cercetare populațională în domeniul epidemiologiei cancerului; dezvoltarea cadrului unitar de prezentare a informațiilor privind cancerul și distribuția factorilor de risc la nivel național

M.1.4.1 Dezvoltarea platformei comune de informații în domeniul cancerului care să reunească toate informațiile privind:

- politicile și inițiativele naționale și internaționale în domeniul cancerului;
- criteriile de certificare a centrelor de cancer;
- ghidurile și protocoale de practică specifice;
- date privind prevalența factorilor de risc ai cancerului rezultate din dosarele electronice ale pacienților oncologici, anchetele stării de sănătate și din alte surse care colectează date privind factorii de risc.

- rapoartele anuale ale registrelor de cancer;
- rapoartele anuale ale programelor de screening pentru cancer;
- rapoarte privind morbiditatea, morbiditatea spitalizată și variabilitatea furnizării serviciilor specifice pentru fiecare tip de cancer;
- rapoarte privind inechitățile de acces la diagnostic și îngrijiri specifice cancerului;
- intervenții de sănătate publică și campanii de informare, educare, conștientizare;

Indicatori	1. Platformă de informare în domeniul cancerului, dezvoltată și operațională
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, PNRR, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.G. 2. Asigurarea cadrului consolidat pentru un sistem de prevenție primară consecvent și durabil**O.S. 2.1. Îmbunătățirea cunoștințelor și a gradului de conștientizare al populației**

M.2.1.1 Dezvoltarea metodologiilor de studii despre cunoștințe și atitudini ale populației privitoare la cancer și implementarea lor periodică pentru monitorizarea eficacității intervențiilor de informare, educare, comunicare ale populației;

M.2.1.2 Creșterea gradului de informare privind factorii de risc ai cancerului și măsurile individuale de reducere a riscului de cancer în populația generală, prin promovarea Codului European împotriva Cancerului (CEC) prin dezvoltarea campaniilor și intervențiilor sistematice de promovare a sănătății;

M.2.1.3 Promovarea CEC în rândul profesioniștilor din sistemul de sănătate și diseminarea evidențelor științifice care au stat la baza elaborării CEC;

M.2.1.4 Dezvoltarea programelor de educație pentru sănătate pe grupe populaționale;

M.2.1.5 Dezvoltarea de instrumente digitale de informare privind factorii de risc ai cancerului și metodele de reducere a riscului individual de cancer.

Indicatori	1. Metodologii ale studiilor de cunoștințe și atitudini elaborate și implementate 2. Cel puțin 4 studii de cunoștințe și atitudini implementate; 3. Cel puțin 4 rapoarte privind cunoștințe și atitudini ale populației publicate.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, PNRR, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 2.2. Combaterea și controlul consumului de tutun și produse asociate

M.2.2.1 Dezvoltarea și implementarea programelor de a educație pentru sănătate privind descurajarea inițierii fumatului la copii și adolescenți;

M.2.2.2 Dezvoltarea de programe consolidate și sistematice de sprijinire a renunțării la fumat;

M.2.2.3 Crearea mecanismelor de aplicare sistematică a legislației curente privind vânzarea, consumul, comercializarea produselor din tutun și dezvoltarea de noi instrumente pentru limitarea fumatului în spații publice închise și deschise;

M.2.2.4 Elaborarea legislației privind reducerea consumului produselor alternative de fumat și a dispozitivelor de încălzire a tutunului;

Indicatori	1. Programe de educație pentru sănătate, dezvoltate și implementate 2. Număr de intervenții de educație pentru sănătate derulate 3. Harta acoperirii geografice a campaniilor de educație pentru sănătate 4. Program Național de combatere a fumatului și consumului de produse din tutun, reorganizat 5. Crearea parteneriatelor interministeriale și intersectoriale pentru elaborarea mecanismelor de aplicare a legislației privind fumatul, consumul produselor din tutun și utilizarea dispozitivelor de încălzit ale tutunului; 6. Raport de evaluare a impactului politicilor de combatere a consumului de tutun, conform metodologiei internaționale.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate.
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, I.N.S.P.

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 2.3. Reducerea consumului de alcool

M.2.3.1 Aplicarea consecventă și responsabilă a legislației curente privind vânzarea, consumul, comercializarea produselor ce conțin alcool și a legislației privind conducerea vehiculelor;

M.2.3.2 Dezvoltarea de noi instrumente de limitare a consumului de alcool;

M.2.3.3 Dezvoltarea și implementarea ghidurilor de diagnostic al consumului periculos de alcool și a metodologiilor de sprijin pentru tratamentul dependenței de alcool;

M.2.3.4 Operaționalizarea Comitetului Național pentru Politicile din domeniul alcoolului și elaborarea planului de acțiune pentru combaterea consumului dăunător de alcool.

Indicatori	1. Programe de educație pentru sănătate, dezvoltate și implementate 2. Număr de campanii de educație pentru sănătate, implementate 3. Număr de intervenții de educație pentru sănătate, derulate 4. Harta acoperirii geografice a campaniilor de educație pentru sănătate 5. Număr întâlniri/rapoarte ale Comitetului Național pentru politici în domeniul alcoolului; 6. Plan de acțiune pentru combaterea alcoolului, elaborat și aprobat.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate.
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 2.4. Promovarea dietei sănătoase și combaterea sedentarismului

M.2.4.1 Dezvoltarea și implementarea programelor de educație pentru sănătate privind alimentația sănătoasă și activitatea fizică pe grupuri populaționale specifice;

M.2.4.2 Dezvoltarea instrumentelor de sprijin pentru menținerea unei greutate optime;

M.2.4.3 Elaborarea și implementarea legislației privind etichetarea nutrițională a alimentelor;

M.2.4.4 Dezvoltarea protocoalelor de practică integrate pentru prevenirea, depistarea precoce, diagnosticul și tratamentul obezității.

Indicatori	1. Programe de educație pentru sănătate, dezvoltate și implementate 2. Număr campanii de educație pentru sănătate, implementate 3. Număr intervenții de educație pentru sănătate, derulate 4. Harta acoperirii geografice a campaniilor de educație pentru sănătate 5. Legislație privind etichetarea nutrițională a alimentelor, elaborată; 6. Protocoale de practică privind managementul obezității, elaborate.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate.
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, Comisiile de specialitate, Asociații profesionale, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 2.5. Reducerea poluării mediului

M.2.5.1 Actualizarea listelor cu unitățile administrativ-teritoriale întocmite în urma încadrării în regimuri de gestionare a ariilor din zonele și aglomerările prevăzute în anexa nr. 2 la Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător;

M.2.5.2 Implementarea planurilor de calitate a aerului la nivelul unităților administrativ-teritoriale;

M.2.5.3 Monitorizarea distrugerii deșeurilor toxice (periculoase).

Indicatori	1. Listă UAT conform Legii 104/2011 actualizată; 2. Planuri de calitate a aerului implementate la nivel de UAT 3. Sistem de monitorizare a distrugerii deșeurilor periculoase, operațional 4. Număr de rapoarte de monitorizare, publicate
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, Bugete locale, Programul UE pentru Sănătate.
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 2.6. Reducerea expunerii la substanțe periculoase și radiații

M.2.6.1 Monitorizarea expunerii lucrătorilor la agenți cancerigeni conform legislației naționale de sănătate și securitate în muncă (Legea nr. 213/2019 pentru îmbunătățirea cadrului organizatoric și funcțional în vederea depistării precoce a cancerului profesional și a pneumoconiozelor);

M.2.6.2 Creșterea capacității sectorului de medicina muncii pentru prevenția și depistarea precoce a cancerelor profesionale.

Indicatori	1. Metodologie de monitorizare a expunerii lucrătorilor la agenți cancerigeni, elaborată; 2. Număr de rapoarte privind cancerele profesionale, publicate; 3. Recomandări și ghiduri privind prevenția și depistarea precoce a cancerelor profesionale, elaborate și diseminate;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate.
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 2.7. Prevenirea cancerelor produse de infecții

M.2.7.1 Extinderea accesului la testare și vaccinare anti-HPV pentru categoriile de persoane eligibile;

M.2.7.2 Consolidarea programului de vaccinare și acoperirea optimă a vaccinării anti-hepatită B;

M.2.7.3 Elaborarea și implementarea ghidurilor post-expunere pentru Hepatita B și C;

M.2.7.4 Asigurarea accesului rapid la diagnostic și tratament pentru HVB și HCV;

M.2.7.5 Depistarea și tratamentul infecțiilor cu *Helicobacter pylori* localizate la nivelul stomacului.

Indicatori	1. Acoperirea vaccinală anti-HPV în grupurile populaționale eligibile; 2. Acoperirea vaccinală anti-hepatită B în grupurile populaționale eligibile; 3. Ghiduri post-expunere, elaborate și diseminate; 4. Prevalența infecției HVB și HVC; 5. Număr persoane depistate și tratate pentru infecție cu Helicobacter pylori;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, FNUASS
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNAS, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S 2. 8. Crearea cadrului pentru combaterea factorilor de risc pentru cancer și încurajarea adoptării comportamentelor sănătoase

M.2.1.1 Crearea de parteneriate intersectoriale relevante pentru combaterea factorilor de risc și crearea de medii favorabile adoptării de comportamente sănătoase;

M.2.1.2 Dezvoltarea mecanismelor de evaluare a impactului politicilor publice naționale și locale asupra sănătății;

M.2.1.3 Dezvoltarea de intervenții și campanii de promovare a sănătății bazate pe evidențe științifice de eficacitate și cost-eficiență.

Indicatori	1. Număr parteneriate intersectoriale, încheiate; 2. Metodologie de evaluarea a impactului politicilor publice asupra sănătății, dezvoltată; 3. Număr de intervenții sau campanii de promovare a sănătății pentru combaterea factorilor de risc ai cancerului, dezvoltate și implementate.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.G. 3. Dezvoltarea cadrului de depistare precoce a cancerului**O.S. 3.1. Întărirea capacității sistemului de sănătate de a depista cancerul în stadii incipiente, potențial curabile**

M.3.1.1 Dezvoltarea conținutului de, informare, conștientizare și educare a populației privind recunoașterea semnelor precoce (de alarma) ale cancerului;

M.3.1.2 Implementarea seturilor de recomandări unitare în asistența medicală primară la pacientii cu suspiciunea diagnosticului de cancer, în scopul depistării precoce; dezvoltarea de curricule de instruire și formare medicală continuă;

M.3.1.3 Definirea traseului pacientului, elaborarea pachetelor standard de proceduri /intervenții de diagnostic specifice tipului de cancer) până la stabilirea diagnosticului cert al bolii oncologice, pentru fiecare localizare malignă;

M.3.1.4 Dezvoltarea infrastructurii de diagnostic și asigurarea distribuției uniforme la nivelul tuturor județelor și regiunilor;

M.3.1.5 Optimizarea sistemului de trimitere către centrele de diagnostic specializate;

M.3.1.6 Elaborarea și implementare criteriilor de stratificare pentru categorii de populație cu risc crescut de a dezvolta cancer și dezvoltarea programelor de monitorizare, personalizat pe categorii de riscuri.

Indicatori	1. Număr materiale de informare a populației, dezvoltate și diseminate; 2. Recomandări/ghiduri de diagnostic al cancerului pentru asistența medicală primară, elaborate; 3. Curricula de instruire, elaborată și implementată; 4. Număr cursuri de instruire; 5. Acoperirea locală sau regională cu servicii de diagnostic; 6. Timp de așteptare la serviciile de diagnostic conform traseului pacientului pe tipuri de localizări; 7. Distribuție pe stadii la diagnostic.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNASS, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 3.2. Implementarea consolidată a programelor de screening pe baze populaționale pentru cancer

M.3.2.1 Elaborarea și adoptarea actelor normative care implementează Recomandarea Consiliului Uniunii Europene privind screening-ul pentru cancer;

M.3.2.2 Elaborarea și implementarea planurilor de screening populațional pentru cancer;

M.3.2.3 Elaborarea și adoptarea ghidurilor de asigurare a calității și a criteriilor de certificare a furnizorilor de servicii în programele de screening;

M.3.2.4 Implementarea etapizată a programelor de screening populațional pentru cancer;

Indicatori	1. Trei (3) planuri de screening populațional pentru cancerul colului uterin, cancerul glandei mamare și cancerul colo-rectal, elaborate și implementate; 2. Recomandări/ghiduri de asigurare a calității programelor de screening, conform ghidurilor europene de asigurare a calității în programele de screening, elaborate și implementate; 3. Programe pilot pentru depistarea precoce a cancerului pulmonar și de prostată dezvoltate/rapoarte de fezabilitate, elaborate și publicate; 4. Acoperirea grupelor populaționale eligibile cu servicii de testare;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. de Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNASS, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.G. 4. Asigurarea accesului egal și echitabil la diagnostic și îngrijire de calitate înaltă

O.S 4.1. Creșterea accesului rapid la servicii de diagnostic și asigurarea distribuției uniforme a serviciilor la nivel teritorial

M.4.1.1 Dezvoltarea programului de diagnostic al cancerului finanțat din FNUASS, complementar programului național de tratament al cancerului;

M.4.1.2 Definirea standardelor de certificare a serviciilor de diagnostic /laboratoare specializate;

- M.4.1.3** Elaborarea standardelor de raportare unitară a rezultatelor la investigații diagnostice;
- M.4.1.4** Ierarhizarea centrelor de diagnostic în funcție de standardele de certificare îndeplinite;
- M.4.1.5** Investiții în infrastructura construită și de tehnologie pentru diagnostic și asigurarea distribuției lor geografice echitabile și concordantă cu nevoile de sănătate ale populației;
- M.4.1.6** Dezvoltarea capacității de diagnostic personalizat: dezvoltarea criteriilor de certificare a centrelor specializate, crearea rețelei centrelor de diagnostic pentru afecțiunile neoplazice maligne;
- M.4.1.7** Dezvoltarea și implementarea curriculumelor de formare medicală continuă și implementarea lor ca standard de certificare;
- M.4.1.8** Dezvoltarea pachetelor de recomandări pentru diagnosticul afecțiunilor neoplazice maligne;
- M.4.1.9** Dezvoltarea rețelei naționale a centrelor de referință în diagnosticul de certitudine al cancerului;
- M.4.1.10** Dezvoltarea, implementarea și monitorizarea criteriilor de certificare a centrelor regionale de diagnostic și tratament comprehensiv a cancerului;
- M.4.1.11** Dezvoltarea centrelor regionale de diagnostic și tratament comprehensiv a cancerului.

Indicatori	1. Program de diagnostic, elaborat și implementat; 2. Standarde de certificare a serviciilor de diagnostic, elaborate și aplicate; 3. Număr de unități sanitare beneficiare de investiții în infrastructură; 4. Distribuția geografică a serviciilor de diagnostic; 5. Curricula de formare, elaborată și implementată/număr cursuri de instruire; 6. Număr pachete de recomandări pentru diagnostic, elaborate; 7. Număr centre comprehensive de diagnostic și tratament, evaluate și certificate; 8. Rețea de referință pentru diagnosticul în oncologie, creată și funcțională
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNASS, Comisii de specialitate, ANMCS

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 4.2. Îmbunătățirea capacității de tratament în condiții de control și asigurare a calității

- M.4.2.1** Dezvoltarea pachetelor de recomandări pentru managementul multidisciplinar al pacientului oncologic;
- M.4.2.2** Asigurarea echipelor multidisciplinare de îngrijire a pacientului oncologic ca standard de certificare a serviciilor de tratament al cancerului;
- M.4.2.3** Dezvoltarea instrumentelor de management de caz individual în timpul fazei active a tratamentului;
- M.4.2.4** Elaborarea listei de medicație esențială în oncologie pe baza listei OMS a medicamentelor esențiale în oncologie și a mecanismelor de prevenire a discontinuității în aprovizionare;
- M.4.2.5** Elaborarea și actualizarea periodică a listei de terapii inovatoare și a cadrului de introducere a noilor molecule, procedurilor terapeutice și a tehnologiilor de sănătate în programul național de tratament al cancerului;
- M.4.2.6** Asigurarea unui sistem de finanțare predictibil pentru actualizarea regulată a listei de medicamente compensate și gratuite;
- M.4.2.7** Asigurarea unui sistem de finanțare predictibil pentru programul de radioterapie și actualizarea lui periodică, în funcție de tehnologiile nou apărute;
- M.4.2.8** Elaborarea reglementărilor pentru eficientizarea proceselor de încheiere a contractelor cost-volum;
- M.4.2.9** Asigurarea distribuției geografice echitabile a centrelor de tratament al cancerului și facilitarea accesului la tratament pentru pacienții domiciliați departe de infrastructura de tratament;
- M.4.2.10** Crearea rețelelor de expertiză pentru tratamentul cancerelor rare și asigurarea resurselor de investiție pentru menținerea acreditărilor naționale și facilitarea aderării la rețelele internaționale;
- M.4.2.11** Dezvoltarea platformei de informare a pacienților și familiilor și îngrijitorilor pentru furnizarea informațiilor medicale, sociale, legale relevante pentru pacienții diagnosticați cu o afecțiune malignă;

M.4.2.12 Elaborarea reglementarilor în privința prescrierii și utilizării tratamentelor fără indicație autorizată ("off label").

Indicatori	1. Număr pachete de recomandări pentru managementul multidisciplinar al pacientului oncologic, elaborate; 2. OMS privind definirea echipelor multidisciplinare și implementarea standardelor de certificare; 3. OMS/CNAS privind procesele de încheiere a contractelor cost-volum; 4. Număr centre de expertiză pentru tratamentul cancerelor rare acreditate și participante în rețelele internaționale; 5. Platformă de informare a pacienților dezvoltată și operațională; 6. O.M.S privind prescrierea și utilizarea tratamentelor fără indicație autorizată.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNASS, Comisii de specialitate

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

OS 4.3. Creșterea accesului la terapii inovatoare și terapii personalizate

M.4.3.1 Ameliorarea reglementărilor în domeniul evaluării tehnologiilor medicale și reducerea procesului birocratic;

M.4.3.2 Implementarea reglementărilor pentru respectarea termenelor legale de evaluare a tehnologiilor medicale;

M.4.3.3 Elaborarea reglementărilor care asigură accesul la tratamente și medicamentele inovatoare, ulterior aprobării la nivel european de către Agenția Europeană a Medicamentelor (crearea fondului de inovație și elaborarea metodologiei de acces la fond);

M.4.3.4 Continuarea investițiilor în infrastructura construită și de tehnologie de tratament personalizat al cancerului;

M.4.3.5 Dezvoltarea infrastructurii pentru producerea și utilizarea terapiilor avansate care necesită pregătire specifică înaintea administrării și dezvoltarea sistemelor de monitorizare ale acestora.

Indicatori	1. OMS privind evaluarea tehnologiilor medicale elaborat și aprobat; 2. H.G./OMS privind înființarea fondului de inovație și metodologie de acces la fond, elaborate și aprobate ; 3. Număr unități sanitare beneficiare de proiecte de investiții în infrastructura construită și de tehnologie/număr de proiecte implementate; 4. Număr proiecte pentru producerea și utilizarea terapiilor avansate implementate.
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, ANMDMR;

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

OS 4.4. Dezvoltarea traseului pacientului

M.4.4.1 Elaborarea planului de organizare a rețelelor de tratament al cancerului;

M.4.4.2 Clasificarea și definirea furnizorilor de servicii medicale în oncologie pe nivele de ierarhizare și crearea rețelelor de diagnostic, tratament și îngrijiri paliative;

M.4.4.3 Investiții în infrastructura institutelor de interes regional și național pentru crearea centrelor de competență în oncologie și a centrelor comprehensive de cancer;

M.4.4.4 Investiții în infrastructura unităților sanitare pentru crearea centrelor integrate de tratament al -neoplaziilor maligne;

M.4.4.5 Reglementarea stabilirii strategiei de diagnostic și/sau tratament programabil destinat pacientului oncologic (sau cu suspiciune de cancer) în baza deciziei unei comisii multidisciplinare.

M.4.4.6 Definirea parcursului de diagnostic, tratament și îngrijiri paliative al pacientului în funcție de localizare, tip histologic molecular și stadiul evolutiv al cancerului în baza seturilor de recomandări și a criteriilor de certificare a furnizorilor de servicii medicale;

M.4.4.7 Elaborarea parametrilor de monitorizare a calității serviciilor de diagnostic și tratament specifice fiecărui parcurs al pacientului oncologic.

Indicatori	<ol style="list-style-type: none">1. Plan de organizare a rețelelor de tratament al cancerului, elaborat și aprobat;2. OMS privind definirea categoriilor de furnizori de servicii de tratament al cancerului și clasificarea acestora pe nivele de competență;3. Număr unități sanitare publice beneficiare de proiecte de investiție pentru crearea centrelor integrate de tratament al cancerului;4. OMS/CNAS privind obligativitatea deciziei comisiei multidisciplinare pentru inițierea investigațiilor diagnostice și a tratamentului cancerului;5. Număr de ghiduri de parcurs diagnostic, de tratament și îngrijiri paliative al cancerului;6. Indicatori de monitorizare a calității serviciilor de diagnostic, tratament și îngrijiri paliative specifici fiecărui parcurs al pacientului oncologic, elaborați și implementați;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNASS, Comisii de specialitate

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.G. 5. Îmbunătățirea calității vieții pentru pacienții diagnosticați cu cancer, a supraviețuitorilor de cancer și a familiilor și persoanelor care îngrijesc bolnavi de cancer

O.S. 5.1. Dezvoltarea mecanismelor de suport psihologic pentru pacienții oncologici

M.5.1.1 Definirea serviciilor specifice și elaborarea pachetelor de recomandări pentru intervențiile psihologice în oncologie;

M.5.1.2 Asigurarea serviciilor de consiliere psihologică pentru pacienți și familiile acestora în toate centrele de tratament al cancerului;

M.5.1.3 Elaborarea criteriilor de certificare și asigurare a calității serviciilor de consiliere psihologică.

Indicatori	1. Pachete de servicii specifice și de recomandări pentru intervențiile psihologice în oncologie, elaborate și implementate; 2. OMS privind funcționarea serviciilor de consiliere psihologică în unitățile sanitare de tratament al cancerului; 3. Criterii de certificare a serviciilor de consiliere psihologică elaborate și implementate
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, FNUASS, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNASS, Comisii de specialitate, Colegiul Psihologilor din România

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 5.2. Dezvoltarea nutriției adecvate a pacienților diagnosticați cu cancer

M.5.2.1 Definirea serviciilor specifice și elaborarea pachetelor de recomandări pentru susținerea stării de nutriție a pacientului oncologic

M.5.2.2 Dezvoltarea mecanismelor de integrare a planurilor de nutriție în planul general de îngrijire al pacienților;

M.5.2.3 Programe de educație nutrițională a pacienților oncologici și a familiilor acestora;

M.5.2.4 Asigurarea accesului pacienților oncologici la montarea unor dispozitive care facilitează alimentarea;

M.5.2.5 Definirea competențelor și a modalităților de formare profesională a specialiștilor în onco-nutriție.

Indicatori	1. Pachete de servicii specifice și de recomandări pentru susținere nutrițională în oncologie, elaborate și implementate; 2. Programe de educație nutrițională a pacienților oncologice, dezvoltate; 3. Programe de formare și educație profesională continuă în onco-nutriție, elaborate și implementate;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, FNUASS, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNASS, Comisii de specialitate, Colegiul Dieteticienilor din România

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 5.3. Dezvoltarea mecanismelor de suport social al pacienților și supraviețuitorilor cu cancer – destigmatizare, reinsertie socială, reîntoarcerea la locul de muncă

M.5.3.1 Integrarea asistenței sociale în planul de management al pacienților diagnosticați și al supraviețuitorilor;

M.5.3.2 Dezvoltarea metodologiilor de identificare a nevoilor de asistență socială a pacienților, supraviețuitorilor bolii; ;

M.5.3.3 Dezvoltarea și aplicarea pachetelor de suport social pentru părinții copiilor diagnosticați cu cancer;

M.5.3.4 Dezvoltarea mecanismelor de suport social pentru copii și adolescenții bolnavi de cancer și supraviețuitori;

M.5.3.5 Dezvoltarea programelor de formare a asistenților sociali specifice pentru oncologie, inclusiv la nivel comunitar;

M.5.3.6 Dezvoltarea parteneriatelor interinstituționale și intersectoriale pentru elaborarea pachetelor de suport social ale bolnavilor oncologici și pentru familiile acestora.

Indicatori	1. Pachete de servicii specifice și de recomandări pentru suport social al pacienților oncologici, elaborate; 2. Parteneriate interministeriale create pentru elaborarea pachetelor de suport social al pacienților oncologici; 3. Programe de formare pentru asistenții sociali, elaborate și implementate;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, Programul de Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Justiției Sociale; Ministerul Familiei și Tineretului;

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S. 5.4. Dezvoltarea capacității sistemului de îngrijiri pe termen lung, recuperare și paliative pentru pacienții oncologici.

M.5.4.1 Dezvoltarea capacităților de recuperare a pacienților oncologici;

M.5.4.2 Dezvoltarea capacităților de îngrijiri paliative în unități sanitare cu paturi și în ambulatoriu, în special în județele deficitare, inclusiv prin conversia unor unități sanitare de îngrijiri cronice;

M.5.4.3 Dezvoltarea și reglementarea echipelor mobile de îngrijiri paliative pe termen lung înființarea centrelor metodologice regionale pentru serviciile de îngrijiri paliative și a instrumentelor de instruire, supervizare;

M.5.4.4 Dezvoltarea de rețele de îngrijiri paliative la domiciliu la nivel județean cu creșterea graduală a acoperirii nevoilor de paliative în comunitate pentru pacienții oncologici

M.5.4.5 Elaborarea și actualizarea periodică a listei de medicație esențială în îngrijiri paliative și asigurarea continuității în aprovizionare cu aceste medicamente atât pentru pacienții oncologici spitalizați cat si pentru cei din comunitate;

M.5.4.6 Asigurarea unui sistem de finanțare predictibil pentru îngrijiri paliative în funcție de dezvoltarea graduală a serviciilor de îngrijiri paliative;

M.5.4.7 Asigurarea distribuției geografice echitabile a serviciilor de îngrijiri paliative la nivel național și facilitarea accesului pentru pacienții domiciliați departe de infrastructura de tratament prin dezvoltarea serviciilor de consultanță telefonică pentru profesioniști și serviciilor tip helpline pentru pacienți ;

M.5.4.8 Instruirea personalului din oncologie (medici, asistenți) in îngrijire paliativă de bază;

Indicatori	<ol style="list-style-type: none">1. Acoperirea cu servicii de îngrijire paliativă;2. Număr resurse umane specializate în îngrijiri paliative;3. Curriculum de formare in îngrijirii paliative de baza, elaborată și implementată/număr cursuri de instruire4. Rețea județeană de servicii de îngrijirii paliative la domiciliu creată și funcțională;5. Documentație specifică îngrijirii paliative elaborată și implementată/Instrument de screening nevoi paliative implementat de rutina în serviciile de oncologie/ Recomandări/protocoale/ghiduri de îngrijirii paliative pentru oncologie elaborate;6. Număr centre de consultanță de îngrijiri paliative pentru profesioniști / centre tip help-line funcționale7. Standarde de certificare a centrelor metodologice județe8. , elaborate și aplicate;9. Număr de proiecte pentru dezvoltarea serviciilor de paliative implementate;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027; Programul UE pentru Sănătate
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNAS, Comisiile de specialitate

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S 5.5. Îmbunătățirea cadrului de management al urgențelor oncologice și al urgențelor medico-chirurgicale non-oncologice la bolnavii cu cancer în evidență

M.5.5.1 Elaborarea criteriilor de diagnostic al urgențelor oncologice și elaborarea ghidurilor de management al urgențelor;

M.5.5.2 Asigurarea accesului la îngrijire în regim de urgență a pacienților cu complicații ale evoluției bolii sau ale tratamentului specific, în orice spital care are în structura organizatorică atât serviciu de urgență cât și serviciu de oncologie medicală.

M.5.5.3 Ameliorarea managementului urgențelor medico-chirurgicale non-oncologice la pacienții în evidență cu diagnostic oncologic;

M.5.5.4 Îmbunătățirea managementului urgențelor oncologice, prin posibilitatea înființării unor compartimente de terapie intensivă de scurtă durată, în cadrul secțiilor de oncologie medicală a centrelor cu volum mare de pacienți.

Indicatori	1. Criterii de diagnostic al urgențelor oncologice și ghiduri de management al urgențelor oncologice, elaborate și implementate; 2. Număr departamente de scurtă Terapie Intensivă înființate
Sursă de finanțare	Bugetul de stat
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, Comisii de specialitate

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O. G. 6. Dezvoltarea cercetării în oncologie**O.S 6.1. Dezvoltarea infrastructurii și resurselor de cercetare**

- M.6.1.1** Elaborarea strategiei naționale de cercetare în cancer;
- M.6.1.2** Dezvoltarea rețelei naționale de cercetare în cancer;
- M.6.1.3** Creșterea calității și a numărului proiectelor de cercetare translațională;
- M.6.1.4** Elaborarea sistemului de certificare a centrelor de cercetare din oncologie;
- M.6.1.5** Stimularea participării centrelor de cercetare în rețele europene și internaționale.

Indicatori	1. Strategia națională de cercetare în cancer, elaborată și aprobată; 2. Sistem de certificare a centrelor de cercetare în oncologie, elaborat și aprobat; 3. Număr de participări în proiecte de cercetare internaționale;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate; P. Creștere Inteligentă, Digitalizare și Instrumente Financiare 2021-2027
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, Ministerul Cercetării, Inovării și Digitalizării, Ministerul Educației

Periodă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S.6.2. Dezvoltarea metodologiilor de cercetare în domeniul inegalităților în cancer

- M.6.2.1** Dezvoltarea proiectelor de cercetare multidisciplinară care să integreze factorii biologici (genetică, imunologie), factorii de mediu, epidemiologia, sănătatea publică și factorii economici, sociali, culturali și psihologici;
- M.6.2.2** Dezvoltarea proiectelor de analiză a impactului politicilor de sănătate în reducerea inegalităților și a barierelor de acces la servicii de sănătate;
- M.6.2.3** Dezvoltarea studiilor de analiză a impactului campaniilor și intervențiilor de sănătate publică.

Indicatori	1. Număr de studii privind inegalitățile în cancer derulate/număr de rapoarte privind inegalitățile în cancer, publicate; 2. Metodologii de evaluare a impactului campaniilor și intervențiilor de sănătate publică, elaborate și implementate;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S.6.3. Dezvoltarea studiilor privind caracterizarea factorilor de risc comportamentali și de mediu

M.6.3.1 Dezvoltarea studiilor de identificare a riscurilor din mediul de viață și de muncă și riscurilor comportamentale și a grupurilor populaționale expuse acestor riscuri;

M.6.3.2 Promovarea cercetării intervenționale pentru testarea efectelor/impactului produse prin modificarea riscurilor comportamentale și din mediul de viață și de muncă;

M.6.3.3 Promovarea și dezvoltarea studiilor prospective pentru cercetarea agenților carcinogenetici;

M.6.3.4 Dezvoltarea informaticii și a biologiei sistemelor și creșterea specializării în aceste discipline.

Indicatori	1. Număr de studii privind riscurile din mediul de viață și de muncă derulate/număr rapoarte publicate; 2. Număr de participări la studii naționale și internaționale privind agenți carcinogenetici; 3. Metodologii de evaluare a impactului campaniilor și intervențiilor de sănătate publică, elaborate și implementate;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S.6.4. Creșterea capacității de cercetare clinică

M.6.4.1 Încurajarea participării în studii clinice și stimularea parteneriatelor naționale și internaționale;

M.6.4.2 Crearea sistemului de informare periodică a specialiștilor privind studiile clinice existente;

M.6.4.3 Crearea mecanismelor de informare a pacienților și încurajarea participării la studii clinice;

M.6.4.4 Încurajarea derulării programelor de analiza datelor din activitatea medicală curentă (ADAMC);

M.6.4.5 Organizarea de programe educaționale pentru specialiștii din domeniul oncologiei, pentru dobândirea de capacități necesare participării la proiecte de cercetare clinică (studii clinice);

M.6.4.6 Stimularea industriei farmaceutice pentru implicarea țării noastre în cât mai multe studii clinice internaționale cu produse farmaceutice inovatoare;

M.6.4.7 Definirea unor standarde minimale necesare pentru dotarea unui centru medical cu profil oncologic (sau a unui spital multidisciplinar cu servicii de oncologie în structura organizatorică), în vederea participării la proiecte internaționale de cercetare clinică;

M.6.4.8 Creșterea numărului de proiecte de cercetare clinică propuse de către medici-investigatori din țara noastră – Trialuri Clinice Inițiate de către Investigatori (TCII);

M.6.4.9 Investiții pentru creșterea capacității de cercetare clinică a centrelor medicale din România.

M.6.4.10 Definirea cadrului de organizare și dezvoltare a Unităților de Studii Clinice de fază I în domeniul Oncologie;

M.6.4.11 Organizarea de programe educaționale pentru specialiștii din domeniul oncologiei, pentru dobândirea de capacități necesare participării la studii clinice de fază I;

M.6.4.12 Definirea standardelor de calitate necesare pentru desfășurarea studiilor clinice de fază I;

M.6.4.13 Stimularea industriei farmaceutice pentru implicarea specialiștilor din România în studii clinice internaționale de fază I;

M.6.4.14 Investiții pentru creșterea numărului de Unități de Studii Clinice de Fază I în România.

Indicatori	1. Număr de studii clinice accesibile la nivel național; 2. Număr centre de tratament implicate în studii clinice; 3. Număr de studii rezultate din analiza datelor provenite din activitatea medicală curentă; 4. Număr unități sanitare beneficiare de proiecte de investiții pentru cercetare; 5. Cadru de organizare și certificare a unităților de studii clinice de fază I în domeniul oncologie, elaborat și implementat;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate; P. Creștere Inteligentă, Digitalizare și Instrumente Financiare 2021-2027
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, ANMDMR, Ministerul Cercetării, Inovării și Digitalizării

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.G 7. Asigurarea și dezvoltarea resurselor umane în oncologie**O.S 7.1 Dezvoltarea planurilor sectoriale specifice de resurse umane în oncologie în conformitate cu Planurile de acțiune sectoriale pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2023 – 2030 aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 661/2023**

M.7.1.1 Evaluarea și cartografierea resurselor umane existente în oncologie, cu evidențierea distribuției geografice;

M.7.1.2 Promovarea colaborării regionale, naționale și internaționale în dezvoltarea și implementarea celor mai bune politici pentru dezvoltarea resurselor umane în domeniul prevenției, diagnosticului și îngrijirii cancerului;

M.7.1.3 Elaborarea necesarului de resurse umane pe specialități și adaptarea posturilor alocate pentru rezidențiat.

Indicatori	1. Rapoarte privind resursele umane în oncologie, pe specialități și categorii de profesioniști elaborate și utilizate pentru fundamentarea necesarului de formare;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027,
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, Ministerul Educației

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S 7.2 Îmbunătățirea cadrului pentru educația de bază inițială/universitară, formarea vocațională (rezidentiat), EMC-DPC și educația bazată pe cercetare în oncologie.

M.7.2.1 Stabilirea colaborărilor și cooperărilor între instituțiile de învățământ superior și postliceal în vederea actualizării educației universitare a cadrelor medicale și a profesioniștilor din domeniul oncologiei la cerințele europene prin formare bazată pe competențe.

M.7.2.2 Dezvoltarea programelor de formare medicală continuă specifice domeniului diagnostic și tratament în oncologie bazate pe ghidurile de diagnostic și tratament și includerea acestora în criteriile de certificare și ierarhizare ale serviciilor medicale de diagnostic și tratament al cancerului.

M.7.2.3 Dezvoltarea de programe de formare medicală complementare în domeniul serviciilor de suport (navigator de pacienți, asistență psihologică, terapia durerii, îngrijiri la domiciliu);

M.7.2.4 Dezvoltarea programelor de formare specifică obligatorii în asistența medicală comunitară și stabilirea competențelor de exercitare a profesiei în domeniul oncologiei în asistența medicală comunitară;

M.7.2.5 Asigurarea resurselor umane necesare echipelor interdisciplinare de îngrijire paliativă specializată destinată asistării pacienților oncologici;

M.7.2.6 Dezvoltarea programelor de formare medicală specifică în asistența medicală primară.

Indicatori	1. Număr de parteneriate și acorduri de colaborare între instituții de învățământ; 2. Programe de formare medicală continuă specifice, dezvoltate și implementate; 3. Număr personal din asistența medicală primară care au urmat cursuri de formare în oncologie pe domenii și categorii de specialiști ; 4. Curriculum pentru rezidenții de oncologie adaptat cu modul și stagiul de îngrijiri paliative de 4 luni în servicii de paliativ; 5. Curriculum de formare în îngrijiri paliative de baza, elaborată și implementată/număr cursuri de instruire;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, P. Sănătate 2021-2027, Programul UE pentru Sănătate;
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, Ministerul Educației

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S 7.3 Creșterea capacității de atragere și de retenție a personalului medical în serviciile medicale oncologice.

M.7.3.1 Dezvoltarea cooperării între Ministerul Sănătății și Autoritățile Publice Locale pentru dezvoltarea de politici comune privind serviciile de oncologie, în special în zonele cu deficit de personal și în specialitățile deficitare;

M.7.3.2 Reexaminarea procedurilor de recrutare a personalului medical în serviciile de oncologie, în special în zonele și domeniile deficitare;

M.7.3.3 Sprijinirea și extinderea rezidențiatului cu post;

M.7.3.4 Îmbunătățirea climatului de lucru în domeniul oncologiei, inclusiv prin revizuirea normativelor specifice pe specialități și din punct de vedere al culturii organizaționale și al siguranței la locul de muncă.

Indicatori	1. Proceduri de recrutare în serviciile de oncologie, revizuite și implementate; 2. Număr exemple de bună practică privind asigurarea unui climat de lucru favorabil și siguranță la locul de muncă identificate și diseminate;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, Ministerul Educației , INSP

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

O.S 7.4 Întărirea capacității în asistența medicală primară pentru diagnosticarea, monitorizarea și suportul bolnavilor de cancer

M.7.4.1 Ajustarea/diversificarea numărului de servicii specifice domeniului prevenției, diagnosticului și suportului bolnavilor de cancer și a modelului de furnizare a serviciilor de asistență medicală primară și comunitară;

M.7.4.2 Integrarea asistenților medicali comunitari în furnizarea de servicii medicale preventive, monitorizare și îngrijire în domeniul oncologiei;

M.7.4.3 Implicarea medicilor de familie in programele de screening, în cele de depistare precoce precum și în etapele specifice diagnosticului oncologic sau în îngrijirea pacienților aflați în curs de tratament sau în urmărirea post-terapeutică.

Indicatori	1. Număr consultații preventive/intervenție asupra factorilor de risc modificabili acordate în asistența medicală primară; 2. Număr de asistenți medicali comunitari integrați cabinetelor de medicină de familie implicați în furnizarea de servicii medicale de prevenție a cancerului și de monitorizare și suport al pacienților oncologici;
Sursă de finanțare	Bugetul de stat, FNUASS, P. Sănătate 2021-2027
Instituții responsabile	Ministerul Sănătății, CNAS

Perioadă de implementare

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

IV. Finanțarea Planul Național de prevenție și control a cancerului

Planul Național de Prevenție și control al cancerului dispune de surse de finanțare multiple.

1. **Bugetul de Stat prin bugetul Ministerului Sănătății:**

- programe de promovarea sănătății și educație pentru sănătate;
- programe de prevenție personalizată;
- investiții în infrastructură și echipamente
- programe de investiții specific pentru oncologie finanțate din PNRR și Proiectul de reformă a sistemului de sănătate al Băncii Mondiale.

2. **Fondul Național Unic pentru Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS):**

- servicii medicale preventive în asistența medicală primară;
- servicii de diagnostic și tratament;
- servicii de îngrijiri la domiciliu și paliative.

3. **Investiții din Fondul European pentru Dezvoltare Regională (FEDR) prin Programul Sănătate 2021-2027 pentru:**

- dezvoltarea ambulatoriilor de specialitate care oferă servicii de screening și diagnostic precoce al cancerului;
- dezvoltarea laboratoarelor de anatomie-patologică și biologie moleculară ale centrelor de oncologie;
- reabilitare și dotare a institutelor de oncologie;
- dezvoltare de servicii de îngrijire paliativă la nivelul spitalelor;
- cercetare;
- dezvoltarea centrului de protonoterapie;
- digitalizare.

4. **Investiții din Fondul Social European+ (FSE+) prin Programul Sănătate 2021-2027 pentru:**

- dezvoltare de ghiduri, recomandări de diagnostic și tratament;
- dezvoltarea standardelor de calitate ale serviciilor de diagnostic și tratament;
- dezvoltare de curriculum și programe de formare pentru personalul medical;
- servicii de screening pentru cancer pentru categorii socio-economice vulnerabile;
- campanii de informare, educare și comunicare și studii de cunoștințe și atitudini.

V. Definiții, acronime, bibliografie

Definiții

Depistare precoce: diagnosticarea pacienților cu semne și simptome de boală în stadii incipiente, presupune examen clinic individual;

Screening – examen de masă, organizat pe baze populaționale pentru depistarea leziunilor precanceroase sau maligne în populații aparent sănătoase, fără semne și simptome de boală. Presupune testare sistematică, la intervale regulate de timp a unor grupuri populaționale aflate la risc înalt pentru anumite cancere, în condiții de acces egal și echitabil la servicii și de asigurare și control al întregului continuum de servicii. Este aplicabil doar anumitor tipuri de cancer unde acest tip de intervenție preventivă și-a dovedit eficacitatea și cost-eficiența.

Screening oportunist – testare pentru anumite cancere, ocazional, în cadrul unei consultații pentru alte acuze de sănătate. Este dovedit ca având efecte limitate în ameliorarea indicatorilor de incidență și mortalitate, fără cost-eficacitate, cu supra-investigare și supra-diagnosticare și fără asigurarea întregului continuum de servicii.

Registru populațional de cancer: colectarea de informații privind toate cazurilor noi de cancer care apar într-o populație bine definită, corespunzătoare unei arii geografice. Colectarea de date se realizează în mod sistematic și continuu, din surse multiple (unități sanitare, laboratoare și certificate de deces²¹.

Registru instituțional de cancer: colectează și gestionează date privind bolnavii diagnosticați și/sau tratați la nivelul unei unități sanitare²².

²¹ https://ecis.jrc.ec.europa.eu/info/cancer_registries.html#:~:text=Population%2Dbased%20cancer%20registries%20collect,death%20certificates%20and%20laboratory%20services

²² <https://training.seer.cancer.gov/registration/types/hospital.html>

Traseul pacientului: intervenția complexă pentru organizarea procesului de diagnostic și tratament bazat pe decizie comună, pentru un grup bine definit de pacienți, pentru o perioadă strict definită de timp. Caracteristicile traseului pacientului sunt:

- Formularea explicită a obiectivelor și a componentelor esențiale de diagnostic și tratament bazate pe evidențe, exemple de bune practici și care țin cont de așteptările pacientului și particularitățile sale;
- Facilitarea comunicării între membri echipei de îngrijire și cu pacienții și familiile acestora;
- Coordonarea procesului de îngrijire prin coordonarea rolurilor și a secvenței de servicii în cadrul echipei de îngrijire multidisciplinară, pacienți și familiile acestora;
- Documentarea, monitorizarea și evaluarea rezultatelor;
- Identificarea resurselor adecvate.

Scopul dezvoltării traseului pacientului este acela de a crește calitatea îngrijirilor de-a lungul continuumului de servicii prin îmbunătățirea rezultatelor, creșterea satisfacției pacienților și optimizarea utilizării resurselor^{23,24}.

²³ European pathway association, <https://e-p-a.org/care-pathways/>

²⁴ Innovative partnership Against Cancer; Patient Pathways for Comprehensive Care Networks – A Development; Method and Lessons from its Application in Oncology Care; 2021 <https://www.ipaac.eu/res/file/outputs/wp10/patient-pathway-guide.pdf>

Acronime	
ANMDMR	Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor medicale din România
ANMCS	Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate
CNASS	Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate
CCC (JRC)	Centrul Comun pentru Cercetare
CEC	Codul European Împotriva Cancerului
C.E	Comisa Europeană
DEPABD	Direcția de Evidență a Populației și de Administrare a Bazelor de Date
FNUASS	Fondul Național de Asigurări Sociale de Sănătate
FSE+	Fondul Social European +
FEDR	Fondul European pentru Dezvoltare Regională
IARC	Agenția Internațională de Cercetare a Cancerului
IAEA	Agenția Internațională pentru Energie Atomică
M	Măsuri
MS	Ministerul Sănătății
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
PCDIF	Programul Cercetare Creștere Inteligentă, Digitalizare și Instrumente Financiare 2021-2027
O.G	Obiective generale
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
OS	Obiective specifice
PS	Program Sănătate 2021-2027
EU4Health	Programul Uniunii Europene pentru Sănătate
UE	Uniunea Europeană

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 Tututul 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. Rungay, 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,
9. 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]
10. IHME (2019), „Global Burden of Disease (GBD)”, <https://www.healthdata.org/gbd/2019> [accesat martie 2022]
11. Eurofound-European Working Conditions Survey, 2020 <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs> [accesat aprilie-mai 2022]
12. “World Air Quality Report Region & City PM2.5”, <https://www.igair.com/world-most-polluted-cities?continent=59af92ac3e70001c1bd78e52&country=zK4LhMNzkk6ky46az&state=&page=1&perPage=50&cities=> [accesat aprilie-mai 2022]
13. INSP (2021) Raport pentru Sănătate și Mediu, <https://insp.gov.ro/cnmrmc/rapoarte> [accesat martie, 2022]
14. 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>

15. 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]
16. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
17. <https://anmcs.gov.ro/web/wp-content/uploads/2017/04/OrdinMS-446-2017-StandardEd.II .pdf>
18. 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>
19. „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>
20. The Union for International Cancer Control (UICC); Cancer Control Planning: <https://www.uicc.org/what-we-do/driving-global-impact/cancer-control-planning>;
21. Cancon Guide - Improving cancer control: <https://cancercontrol.eu/archived/guide-landing-page.html>;
22. Innovative Partnership for Action Against Cancer: <https://www.ipaac.eu/> ;
23. Council Recommendation (CR) on Strengthening prevention through early detection: A new approach on cancer screening replacing CR 2003/878/EC https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-council-recommendation-cr-strengthening-prevention-through-early-detection-new-approach_en ;
24. European Commission, Europe's Beating Cancer Plan, Communication from the commission to the European Parliament and the Council, 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf ;
25. World Health Organization; International Classification of Diseases for Oncology, 3rd Edition (ICD-O-3): <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-diseases-for-oncology> ;
26. International Agency for Research in Cancer; International Incidence of Childhood Cancer: <https://iicc.iarc.fr/about-iicc-3/highlights/> ;
27. Joint Research Centre; European Cancer Information System: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-4\\$1-RO\\$2-All\\$4-1,2\\$3-All\\$6-0,85\\$5-2020,2040\\$7-7\\$21-0\\$CLongtermChart2_4\\$X0_14-](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-4$1-RO$2-All$4-1,2$3-All$6-0,85$5-2020,2040$7-7$21-0$CLongtermChart2_4$X0_14-) ;
28. European Commission; Knowledge Centre on Cancer: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/cancer_en ;
29. European pathway association, <https://e-p-a.org/care-pathways/>
30. National Cancer Institute; Cancer Registration: <https://training.seer.cancer.gov/registration/> ;

Autori**Comisia de oncologie a Ministerului Sanatatii**

Conf. Univ. Dr. Michael Schenker	Oncologie Medicală, Presedinte
Conf. Univ. Dr. Dana Stănculeanu	Oncologie Medicală – Vicepreședinte
Dr. Daniela Zob	Secretar, Oncologie Medicală
Prof. Univ. Dr. Laura Mazilu	Oncologie Medicală
Prof. Univ. Dr. Șerban Negru	Oncologie Medicală
Prof. Univ. Dr. Alina Daniela Tănase	Hematologie
Șef Lucrări Dr. Mihaela Andreescu	Hematologie
Prof. Univ. Dr, Anca Coliță	Oncologie și Hematologie Pediatrică
Prof. Univ. Dr. Viorel Scripcariu	Chirurgie Oncologică
Prof. Univ. Dr. Cecil Mirea	Chirurgie Oncologică
Prof. Univ. Dr. Gabriel Kacso,	Radioterapie
Dr. Radu Valeriu Toma	Radioterapie
Dr. Lucian Bratu	Radioterapie
Prof. Univ. Dr. Ioana Andreea Gheonea	Imagistică Medicală
Prof. Univ. Dr. Daniela Viorica Moșoiu	Oncologie Medicală, Îngrijiri Paliative
Conf. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Stănescu	Medicină de Familie
Prof. Univ. Dr. Ioana Neagoe	Biologie moleculară și genetică
Prof. Univ. Dr. Ovidiu Pop	Anatomie patologică
Șef Lucrări Farm. Răzvan Prisada	Președinte ANMDMR
Dr, Carmen Ungurean	Sănătate publică și management