

CANCERUL DE SÂN ÎN ROMANIA

MAPAREA RESURSELOR ȘI UTILIZAREA ACESTORA

Cuprins

1. Introducere	2
2. Note metodologice	2
3. Rezultate	5
Domeniul 1: Date demografice și epidemiologice privind cancerul de sân	5
Domeniul 2: Date de utilizare a serviciilor de sănătate (agregate la nivel NUTS2, județ) public și privat ...	25
Domeniul 3: Date de resurse umane (la nivel de județ/ localitate)	38
Domeniul 4: Accesul la servicii/ la infrastructura de echipamente necesare screening-ului pentru cancerul de sân – public și privat	43
Domeniul 5 : Capacitatea infrastructurii instituționale: registre populaționale de cancer, registre de screening, politici, finanțare, etc:	44

1. Introducere

Obiectiv general al studiului al proiectului:

Obiectivul general al proiectului se referă la creșterea numărului de persoane care beneficiază de programe de sănătate și de servicii orientate către prevenire, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament pentru principalele patologii.

Obiectivele specifice ale evaluării resurselor existente (mapping):

Obiectivul specific al mapping-ului constă în evaluarea nevoii și accesului la servicii de sănătate și a disponibilității resurselor (resurse umane și materiale/echipamente) la nivel național pentru implementarea programului de screening al cancerului de sân.

2. Note metodologice

a) Sursa și descrierea datelor:

Pentru populația la nivel de localitate și județ, am folosit populația după domiciliu, la 1 iulie a fiecărui an pe grupe cincinale și sex. Indicatorii sunt preluați din baza de date TEMPO a INS, indicatorul POP108D¹.

Indicatorii de morbiditate, număr de decedați, număr de episoade de spitalizare, cazuri noi, etc. au fost obținuți, pe fiecare an, pe grupe de vârstă și sex de la Institutul Național de Sănătate Publică (INSP)². Numărul de cazuri noi nu este disponibil la nivel de localitate.

Indicatorii standard au fost calculați conform recomandărilor europene. Populația standard propusă se poate găsi la EUROSTAT³.

O parte din indicatorii de resurse acces la servicii și infrastructură au fost colectați utilizând un chestionar on-line. Prin acest chestionar s-au raportat date privind: numărul de echipamente mamograf, ecograf, RMN, aparat de radioterapie, vechimea și utilizarea acestora, personal pe specialități și încărcarea acestora. De asemenea au fost culese date privind posibilitatea de screening și diagnostic a cancerului de sân. În final s-au colectat date despre raportarea cancerului de sân în registrele instituționale și naționale, precum și despre existența protocoalelor de diagnostic și tratament.



b) Metodologia de calcul a indicatorilor

Incidența brută, rata de spitalizare brută și rata brută de mortalitate au fost calculate împărțind numărul de cazuri noi, episoade și respectiv număr de decese la populația corespunzătoare. Toate valorile sunt apoi exprimate la 100 de mii locuitori. Pentru calculul incidenței au fost considerate cazurile raportate la medicina de familie, cod 124, tumora malignă a sânelui.

Pentru stabilitatea indicatorilor, am utilizat valorile medii corespunzătoare ultimilor trei ani disponibili, de regulă 2016-2018. Acolo unde nu au fost disponibile date pentru această perioadă, mențiunile sunt făcute în text.

Pentru calculul ratelor standardizate pe grupe de vârstă, am folosit Populația Europeană Standard (PES) care are următoarea structură. Dat fiind faptul că la nivel de localitate, numărul de femei în multe localități este mic, rezultând astfel valori foarte mici pe grupe cincinale de vârstă, am optat pentru standardizarea pe grupe decenale de vârstă.

În cazul spitalizărilor și deceselor, s-a utilizat metoda de standardizare directă. În cazul incidenței, deoarece numărul de cazuri noi nu este disponibil la nivel de localitate, pentru calculul ratelor de incidență standardizate pe grupe de vârstă s-a folosit metoda indirectă. Pentru calculul indicatorilor legați de spitalizare au fost considerate toate episoadele externe într-un an calendaristic, cu diagnostic principal la externare C50.x. În cazul deceselor au fost considerate toate decesele, pe fiecare, având cauza principală la decese C500-C509.

Pentru a crește relevanța densității personalului, pentru medicii anato-patologi, chirurghi, obstetricieni, am optat pentru calculul unei rate la 100 de mii de femei cu vârsta de 30 de ani sau peste. Această decizie a fost luată ținând cont de faptul că incidența, spitalizarea și decesul au valori semnificative începând cu acest prag.

c) Alte precizări

Pentru reprezentările grafice s-a folosit nomenclatorul localităților din România corespunzător anului, 2018, format din 3186 de localități (LAU2) incluzând toate comunele, orașele, municipiile, inclusiv Municipiul București.



Pentru Municipiul București, în reprezentările grafice, unde apare divizarea pe sector, valorile reprezintă nivelul pentru întregul oraș, deoarece la nivel de sector nu avem disponibilă decât populația.

Împărțirea pe categorii este efectuată în funcție de indicatorii de poziție, quartile, cvintile sau decile.

Reprezentările grafice au fost efectuate folosind softurile Microsoft EXCEL și Quantum GIS(QGIS)⁴¹

Distanțele au fost calculate în kilometri (km) folosind Google-Map și sau distanța.ro. Pentru calcul distanțelor medii necesare tratării unui caz de cancer de sân au fost luate în calcul aprox. 85% din episoadele de spitalizare externate din spitalizare continuă sau de zi în perioada 2017-2018, de pe secțiunile de oncologie medicală.

⁴¹Pentru toate categoriile de personal, rata este calculată ca număr de medici la 100 de mii de femei 30 de ani +, în 2019. Numărul de medici corespunde anului 2017.



Ponderea femeilor este majoritară în aprox. 75% din județele României, ținând cont de populația în funcție de domiciliu. Două aspecte pot fi subliniate: în zona Moldovei, ponderea femeilor este foarte apropiată de 50%, cel mai probabil datorită unei structuri pe grupe de vârstă ce avantajează grupele tinere prin comparație cu restul țării. O pondere ușor mai ridicată a femeilor este vizibilă în principal în județele dezvoltate, cu speranță de viață mai ridicată, Timiș, Cluj, București, Dolj, Constanța, etc.





Ponderea grupului țintă, format din femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani este mai ridicată în zona de Centru, Vest și Sud-Est. Aici, această pondere depășește ușor un sfert din totalul femeilor. Zona Moldovei, zona din Nord-vestul Transilvaniei și județele limitrofe Bucureștiului formează intervalul de județe situate în prima cuartilă. Aici ponderea grupului țintă este situată în zona 21-23.8%. În această categorie se încadrează aproximativ un sfert din totalul județelor României.

Un număr mai mare de persoane de sex feminin se găsește în zona Bucureștiului, în zona Moldovei și în zonele marilor centre urbane (Timiș, Constanța, Cluj, Brașov, Craiova, etc.) De menționat este că în 10% din localitățile din România (aprox. 320) sunt mai puțin de 717 persoane de sex feminin/localitate.

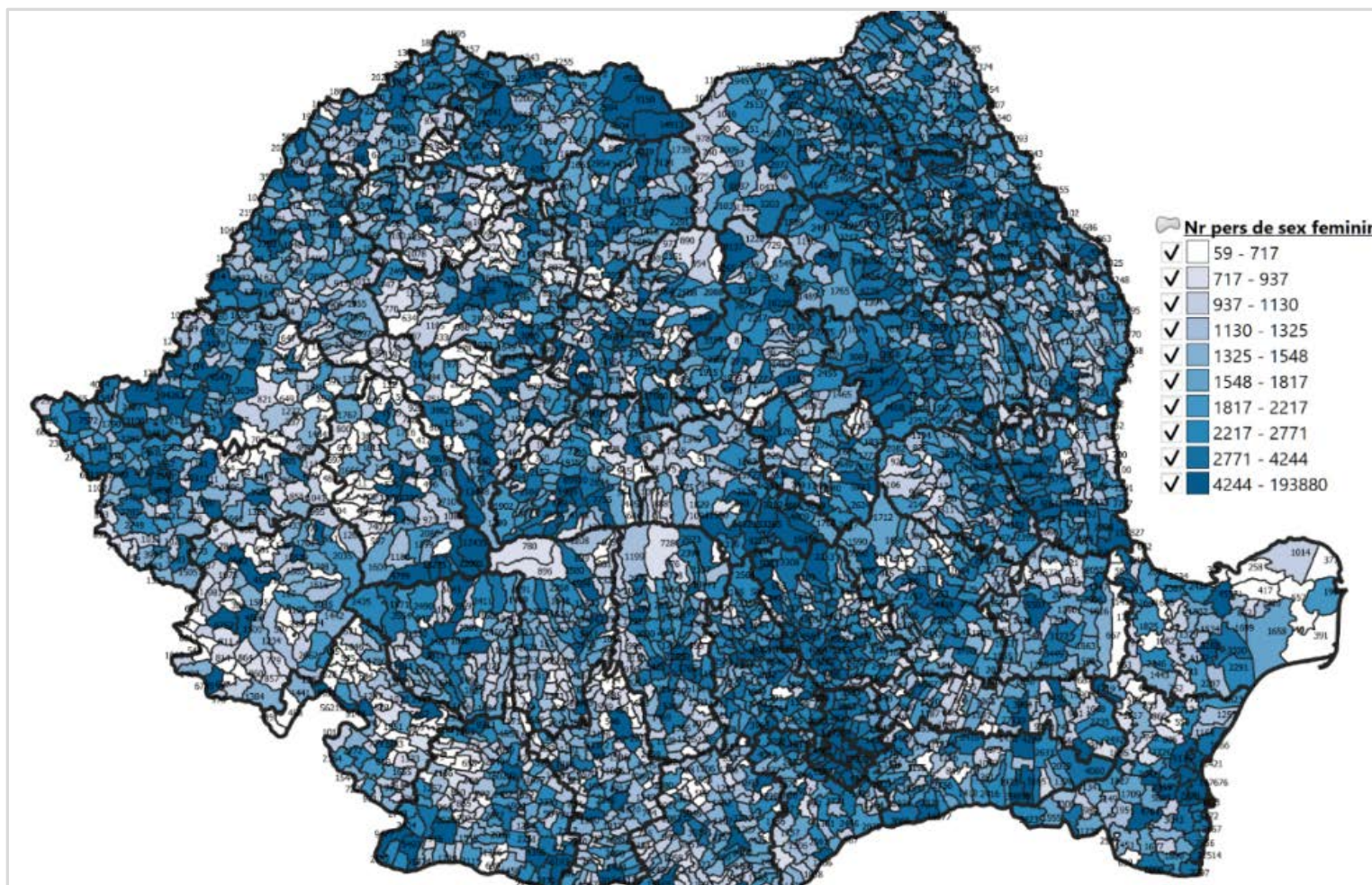


Fig. 1.3 Repartiția teritorială a persoanelor de sex feminin în perioada 2016-2018

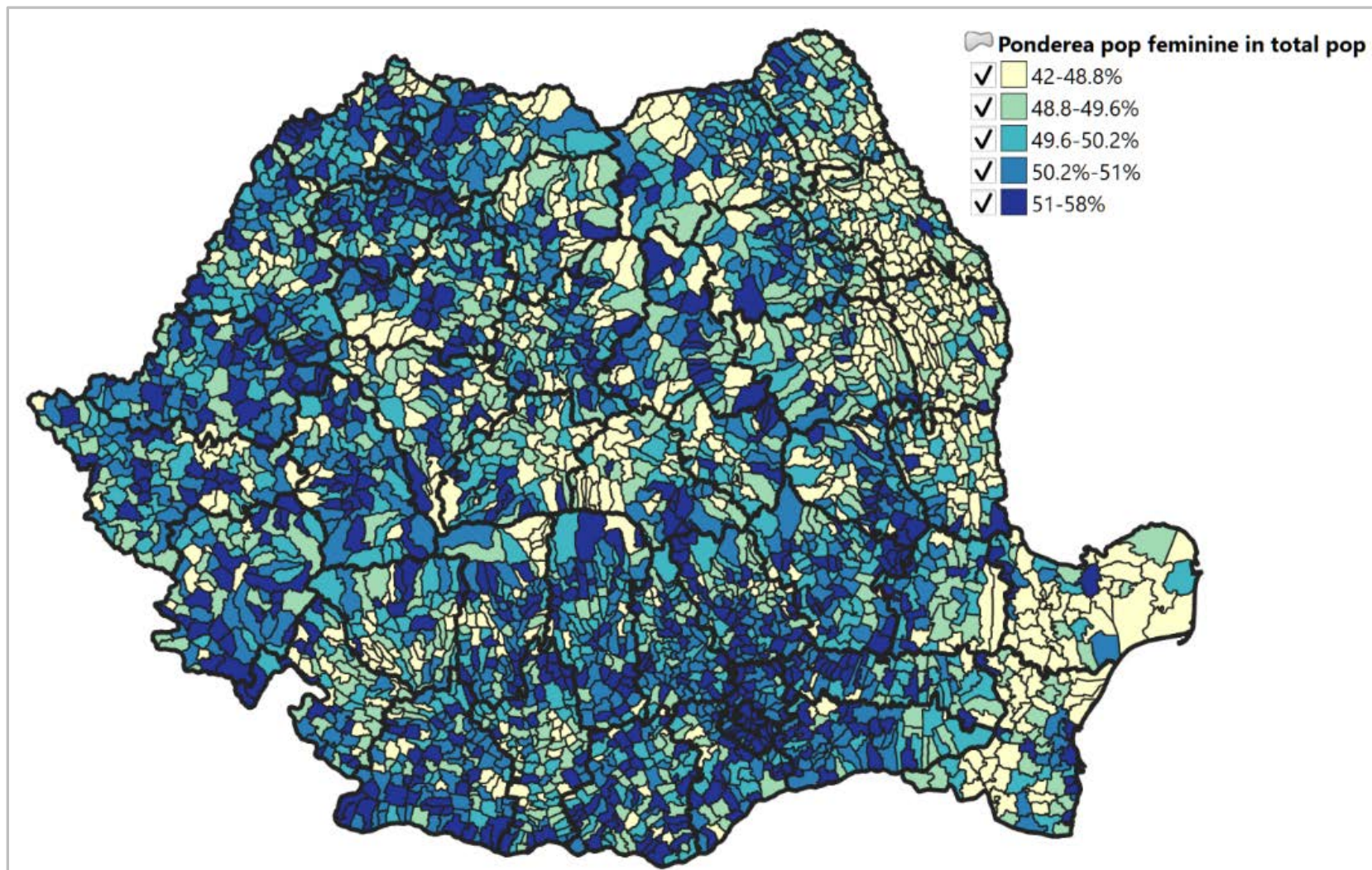


Fig. 1.4 Pondere populației feminine în total populație la nivel de localitate



În jurul Bucureștiului precum și în zone locale din Caraș-Severin, Dolj, Satu-Mare, Arad, ponderea populației de sex feminin depășește 51%. Ținând cont de faptul ca am împărțit localitățile pe cvintile, rezultă imediat că în 20% din localitățile din România, ponderea populației feminine este de peste 51%. Prima cvintilă este 48.8, rezultând astfel că în 20% din localitățipopulațiafeminină nu depășește 48.8% din totalul numărului mediu de locuitori corespunzător perioadei 2016-2018.



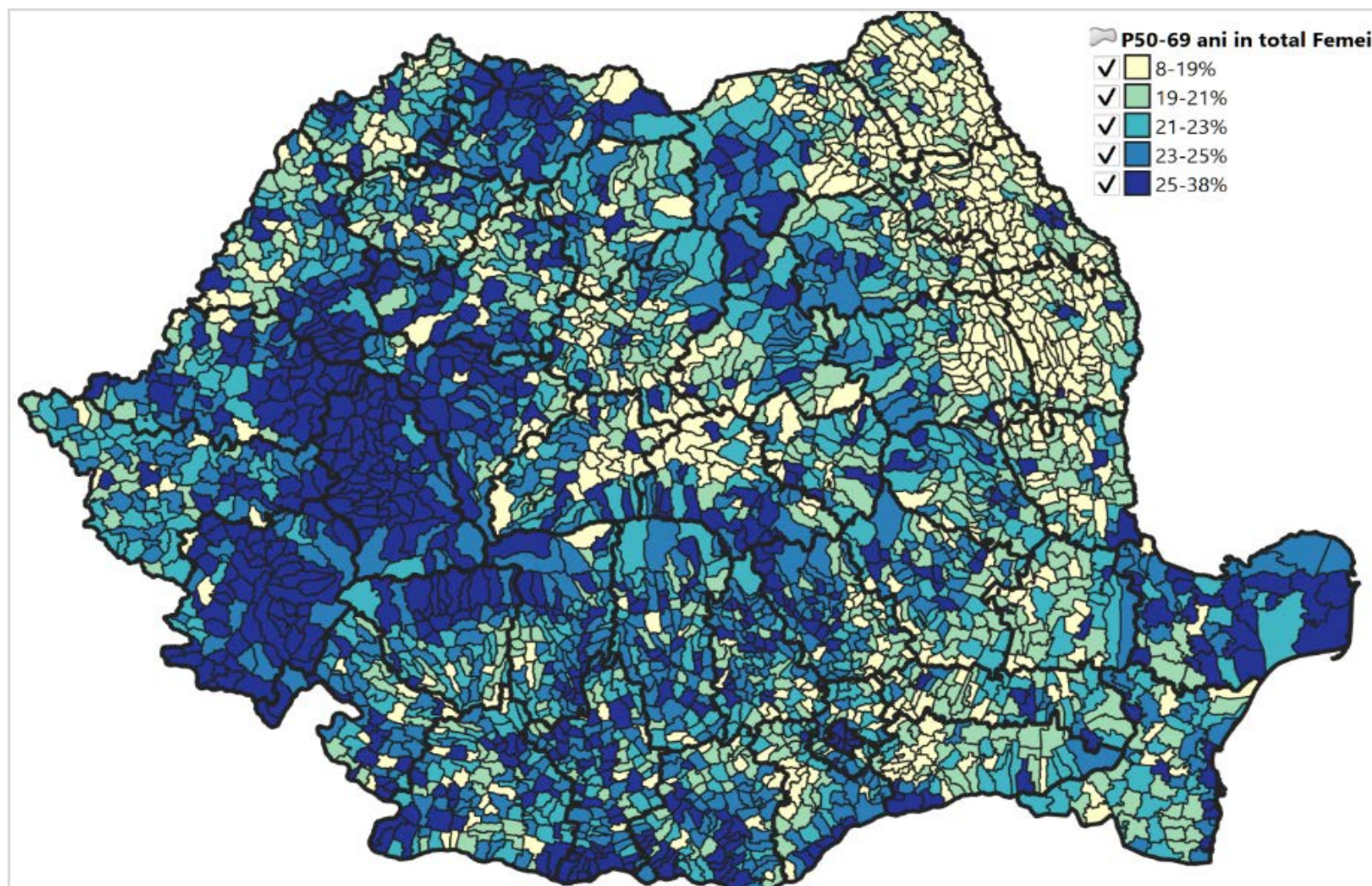


Fig. 1.5 Ponderea femeilor 50-69 în total populație feminină



Populația feminină, cu risc ridicat de cancer de sân, depășește un sfert din total populație feminină, în special în localitățile din județele Caraș-Severin, Hunedoara, Alba, Arad, Maramureș, zonele montane. În zona Moldovei, această pondere este de sub 20%.



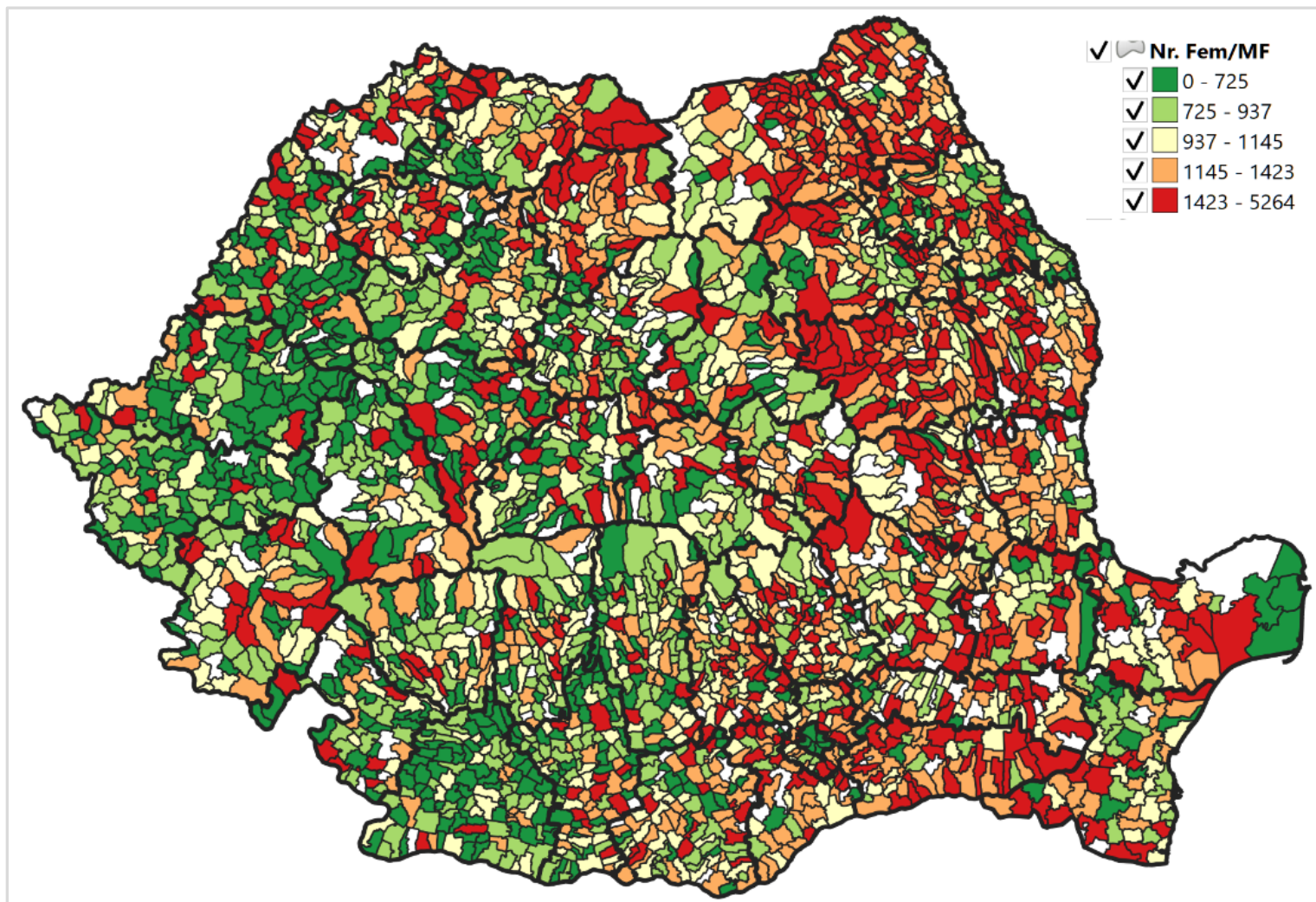


Fig. 1.6 Repartiția teritorială a nr de femei care revin la un medic de familie, 2018



Acoperirea teritorială cu medici de familie(MF) are o variație în teritoriu extrem de mare, așa cum se poate observa din repartițiile prezentate în Fig. 1.6 și 1.7. Atunci când se calculează numărul de femei care revin în medie la un medic de familie, se observă concentrații diferite la nivel de localitate și județ. De exemplu, în județele Moldovei Centrale și de Sud, Bacău, Vaslui, Galați, în medie revin peste 1400 de femei la un medic de familie. Aceeași situație se întâlnește și în multe localități din Maramureș, Călărași, etc.. În județele din Vestul, NV țării precum și în județul Dolj, numărul de femei care revin la un MF în general nu depășește 750. Trebuie menționat de asemenea că aproximativ 8% din localități nu aveau un medic de familie în anul 2018. Acestea se pot vedea pe cele două hărți marcate cu alb.

Repartiția teritorială a nr. de femei 50-69 ce revin la un MF urmează, în mare, distribuția numărului total de femei. Spre deosebire de distribuția anterioară, aici apar în plus câteva localități montane din zona Caraș-Severin, Hunedoara și Alba unde numărul de femei cu vârsta cuprinsă în intervalul 50-69 ani depășește 300. De asemenea, datorită structurii pe grupe de vârstă favorabilă grupelor tinere, în județele din Nord-Est (Botoșani, Iași) numărul femeilor la risc, care revin la un MF este mai mic decât în zona de Sud a României sau zona montană și sub-montană a Moldovei.

De menționat este că la nivelul țării, în medie, revin aproximativ 241 de femei 50-69 la un MF, acolo unde există MF și respectiv aprox. 1110 de femei la un MF.



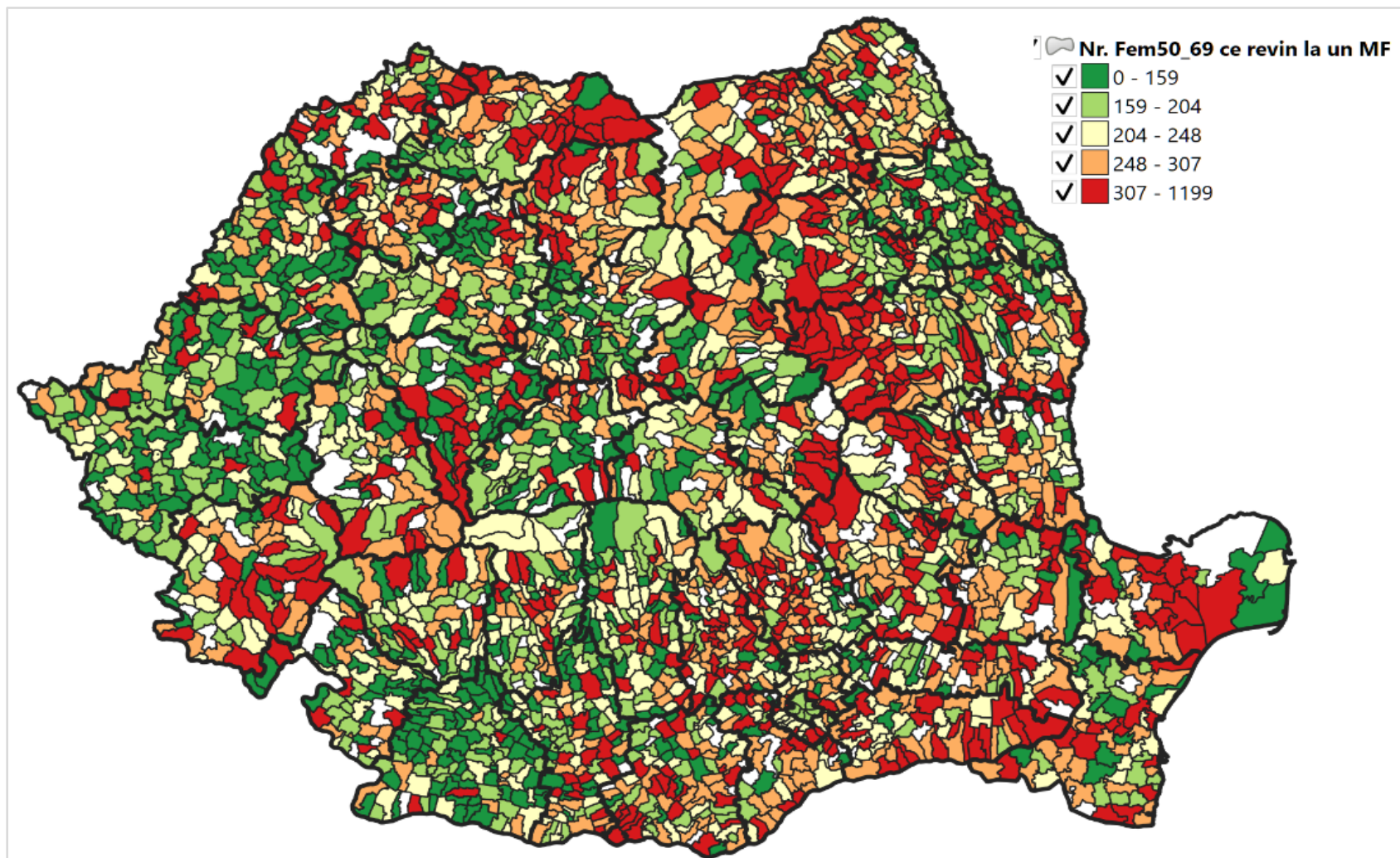


Fig. 1.7 Repartiția teritorială a nr de femei cu vârsta 50-69 care revin la un medic de familie, 2018

Există o variație ridicată atât în cazul incidenței brute cât și în cazul celei standardizate. Valorile mari, întâlnite în centrul țării sunt de circa 5 ori mai mari decât valorile incidenței județelor situate sub prima cuartilă. În cazuri particulare, diferența este și mai mare. De exemplu, în Covasna, avem în medie 100 de cazuri noi la 100 de mii de femei într-un an, în timp ce, în Arad, în aceeași perioadă 2016-2018 s-au raportat numai 16/17 cazuri la 100 de mii de femei. La nivelul țării, pe perioada analizată, se estimează un număr medianuală de 46.48 de cazuri la 100 de mii de femei sau o medie județeană de 126 de cazuri noi/an/județ.

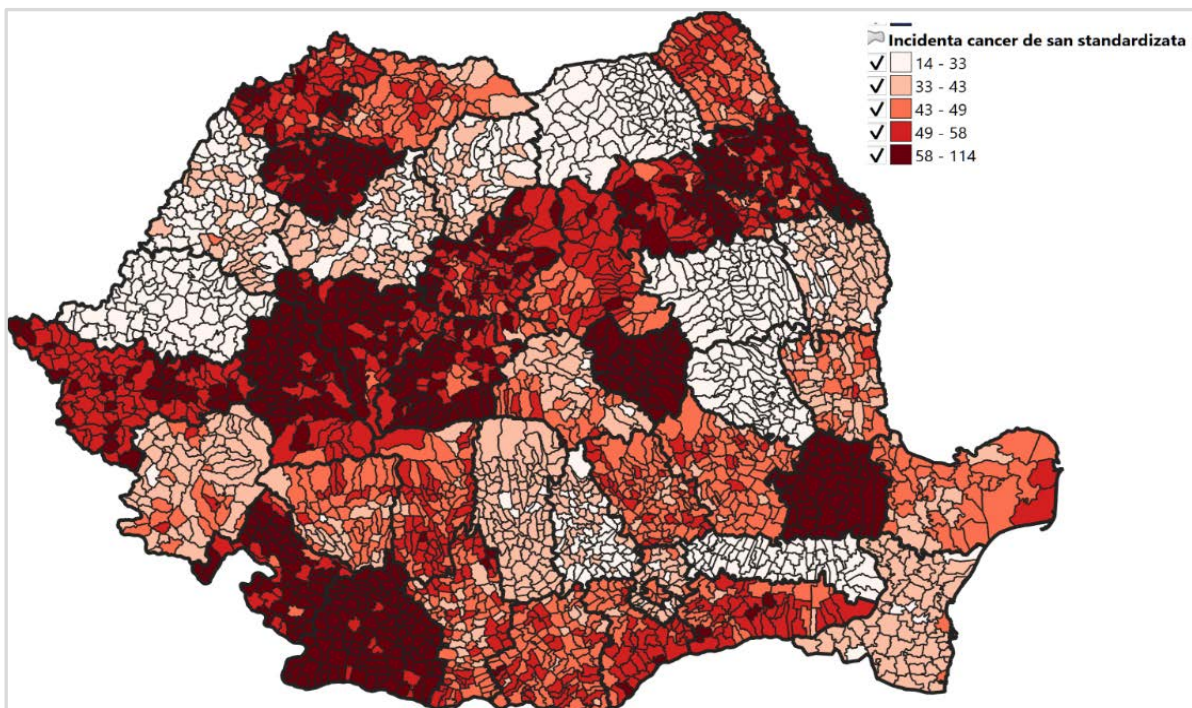


Fig. 1.9 Incidența standardizată pe grupe de vârstă a cancerului de sân, 2016-2018

Incidența standardizată la nivel de localitate are valori care se concentrează în anumite județe. Aceasta este puternic afectată de raportarea medicilor familie.

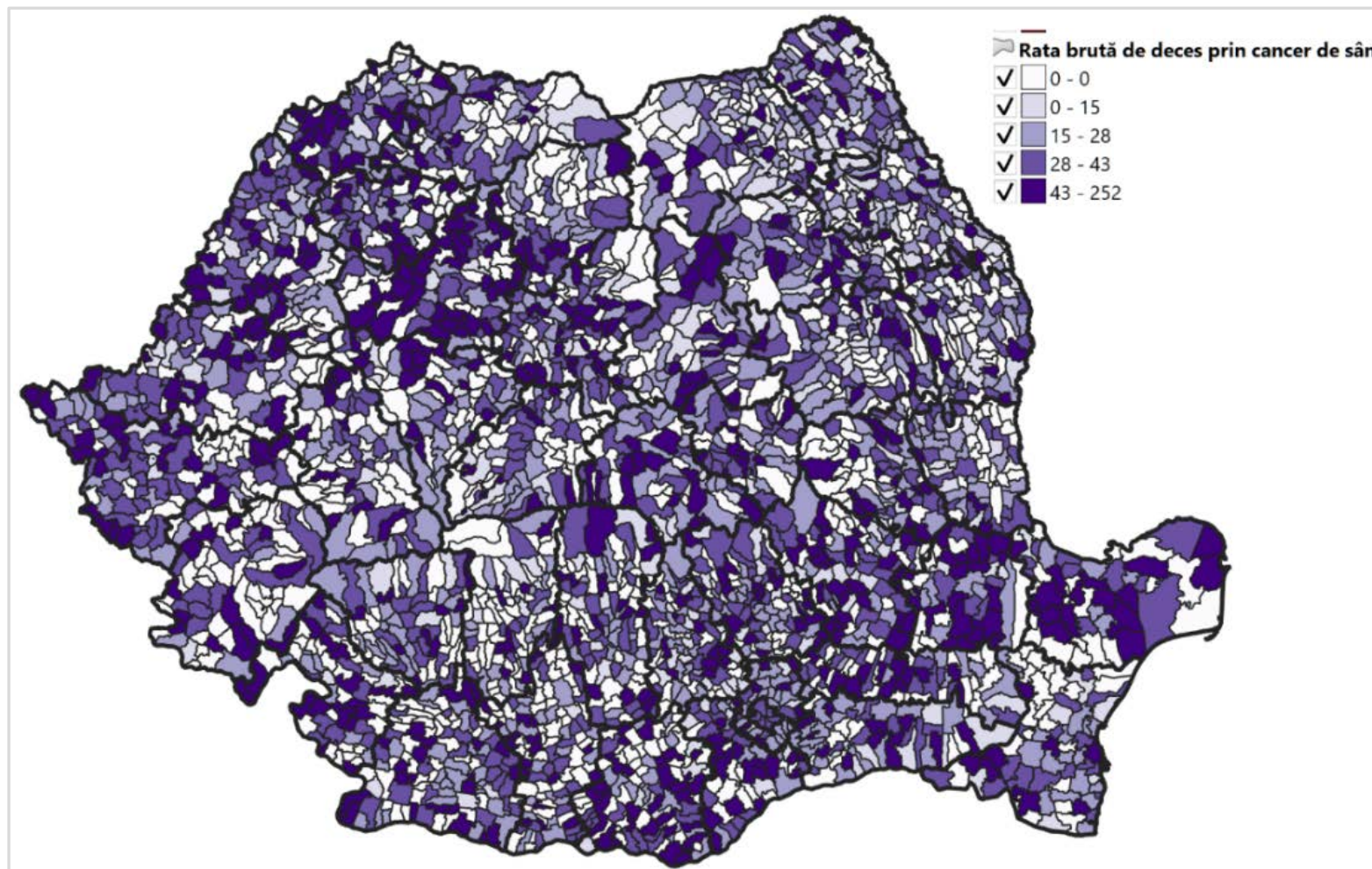


Fig. 1.10 Rata brută de deces prin cancer de sân, medie anuală pentru perioada 2016-2018

Rata brută de deces prin cancer de sân are un aspect eterogen la nivelul localităților din România. Valori foarte mari se înregistrează în zona de Sud-Est și Nord-Vest. Valoarea medie la nivel național arată că pe perioada 2016-2018 s-au înregistrat aprox. 30 de decese la 100 de mii de femei.

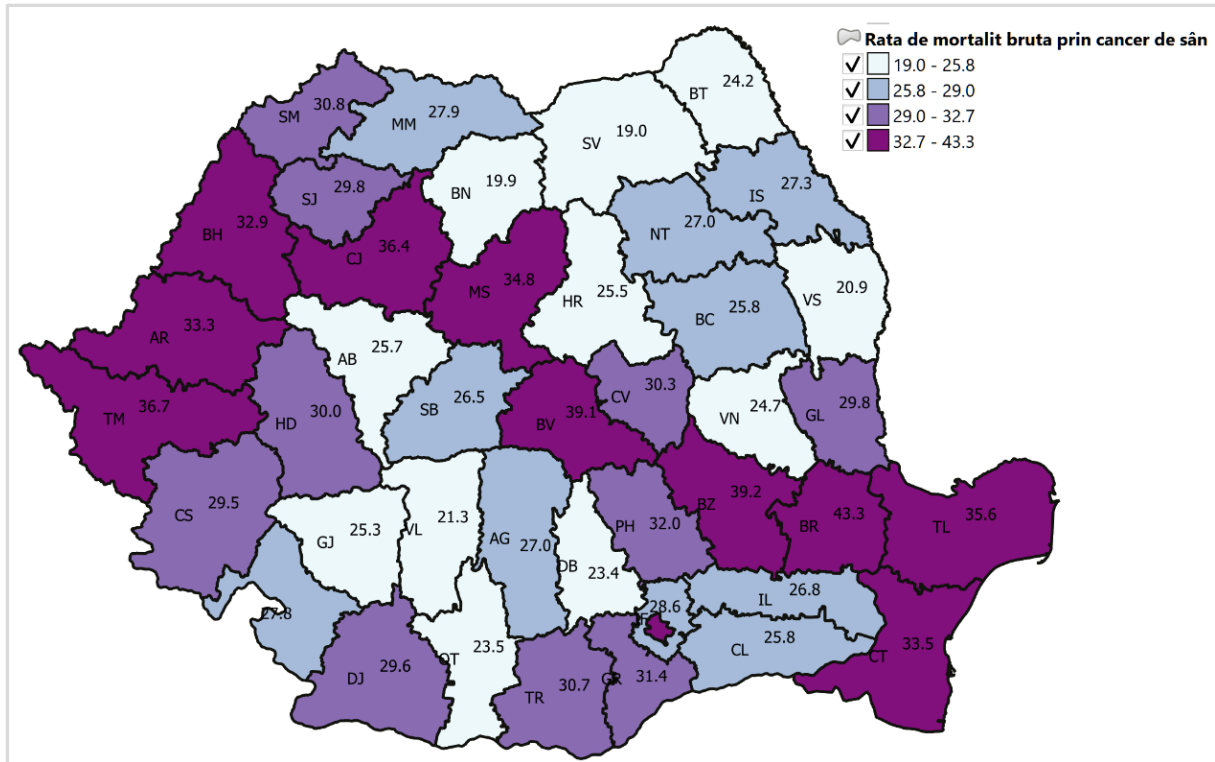


Fig. 1.11 Rata de mortalitatea brută prin cancer de sân, medie anuală 2016-2018

O diagonală de la NV spre SE separă România din perspectiva ratei brute de deces prin cancer de sân. Pe această diagonală se află județele unde rata este mare, peste 32 de cazuri la 100 de mii de femei. Aici sunt incluse Timiș, Arad, Cluj, Brașov, Buzău, Constanța. În special în partea de Nord-Est a României ratele sunt mai mici, în unele cazuri chiar la jumătate față de valorile din "diagonală". De exemplu, în Suceava sau Vaslui se înregistrează 19-20 de decese la 100 de mii de femei, în timp ce în Buzău sau Brașov aproape 40.

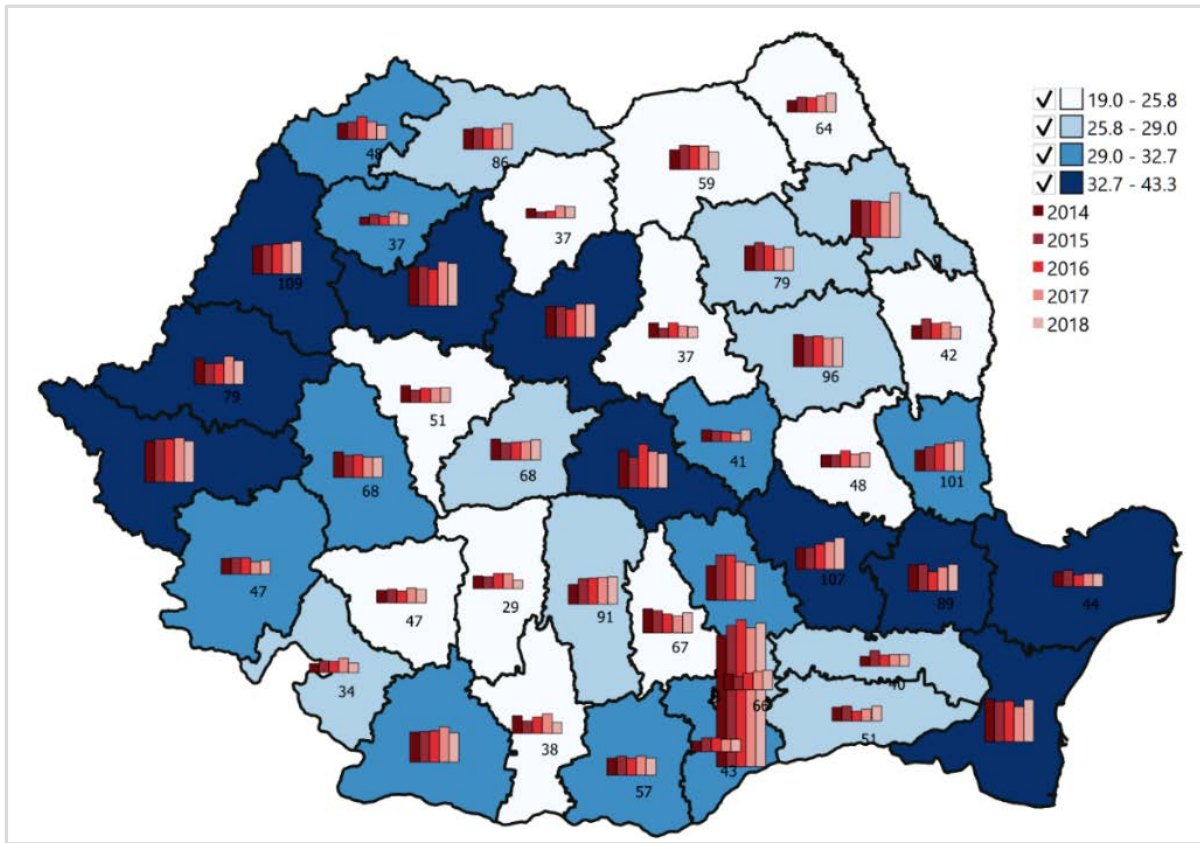


Fig. 1.13 Rata de mortalitate brută, medie anuală 2016-18 și dinamica numărului de decese în perioada 2014-18.

În urma analizei se observă că există trei tipuri de comportamente:

- județe al căror număr de decese este în creștere (ex: Galați, Botoșani, Bihor, etc.);
- județe al căror număr de decese se menține constant (ex: Gorj, Tulcea, Suceava, Vâlcea, etc);
- județe al căror număr de decese este în scădere (ex: Hunedoara, Dâmbovița).

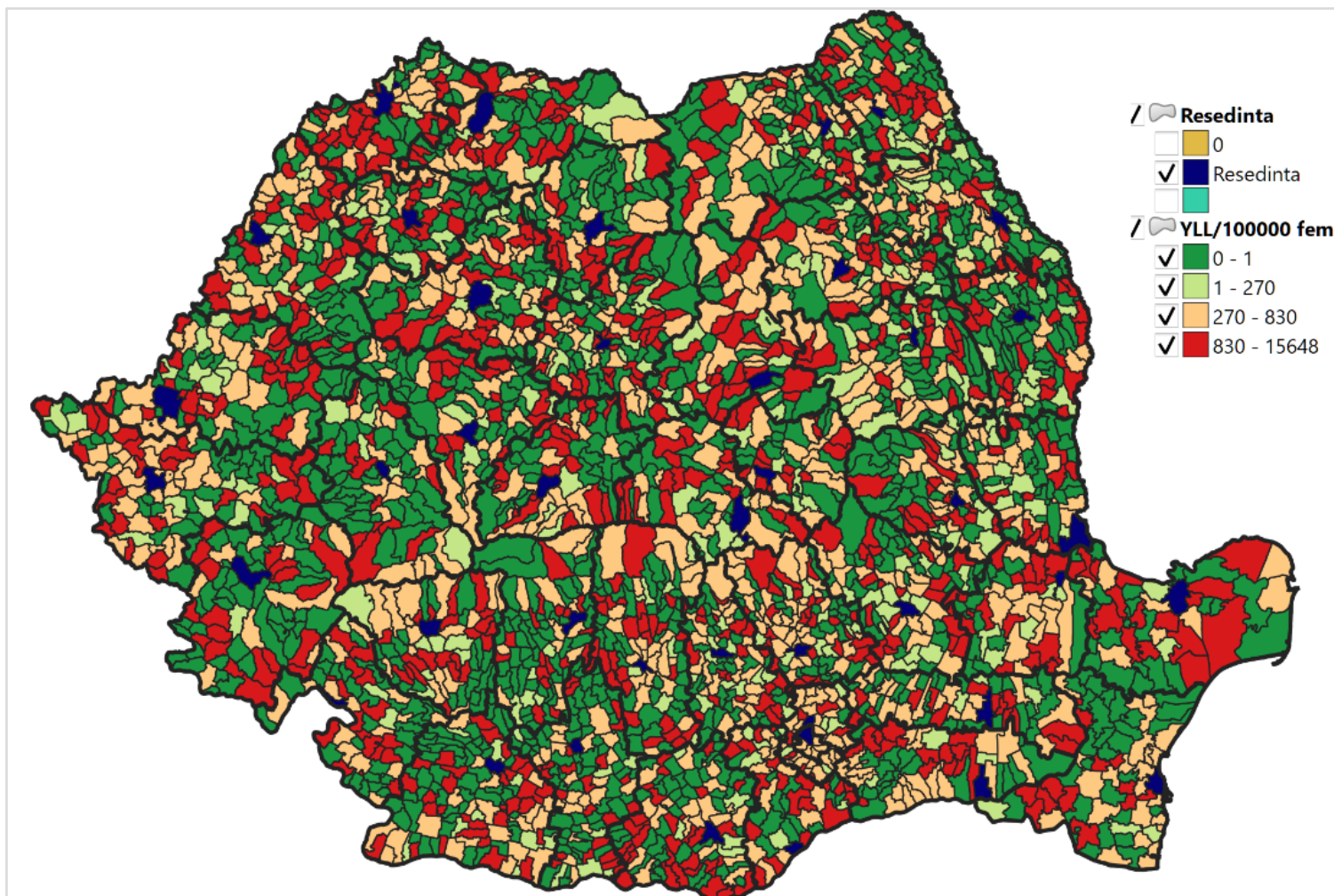


Fig. 1.14 Repartiția teritorială a anilor de viață pierduți prematur din cauza decesului cauzat de cancerul de sân, medie anuală 2016-2018 (YLL)

Anii de viață pierduți din cauza decesului prematur cauzat de cancerul de sân, urmează o repartitie extrem de eterogenă, fără zone de concentrare. Cu toate acestea, se pot distinge două comportamente teritoriale diferite: (1) județe în care localitățile depărtate, greu accesibile în raport cu reședința au o rată a YLL ridicată. Aici este cazul unor județe precum Caraș-Severin, Alba, și (2) județe în care anii de viață pierduți raportați la 100 de mii de femei au valori mai mari chiar în localitățile din jurul reședințelor de județ.

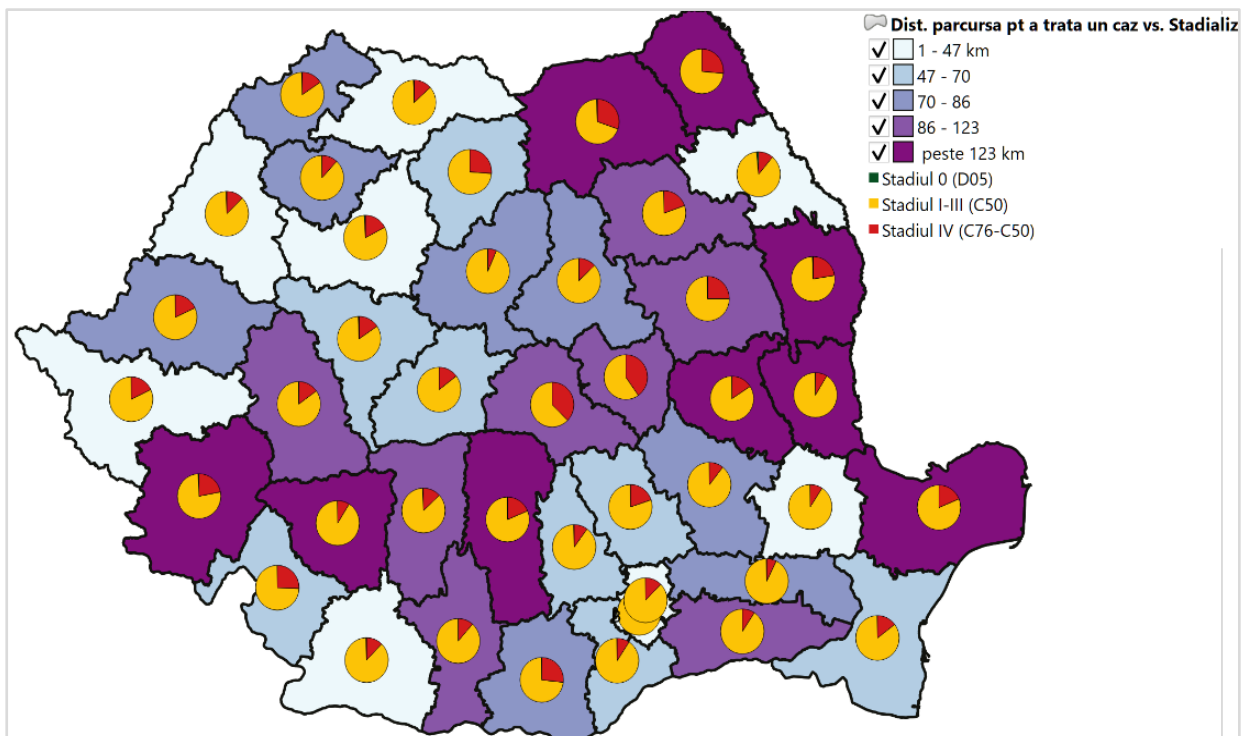


Fig. 1.15 Estimarea stadializării cancerului de sân la nivel de județ, 2016-2018

Luând în considerare pacienții unici în funcție de diagnosticul la externare D05-Carcinom in situ, C50-Cancer de sân, C76 principal cu C50 secundar, din perioada 2016-2018, am estimat o structura a pacienților pe stadii. În urma analizei rezultatelor, observăm că descoperirea cazurilor în formă incipientă este infimă (sub 1%). Atrage atenția ponderea cancerelor în forma metastatică. În anumite județe (Covasna, Brașov, Suceava, Botoșani sau Teleorman, etc.) ponderea acestor cazuri depășește 25%. La nivelul țării, media este de aprox. 17% cazuri metastatice, iar în centrele universitare Cluj, București, această pondere nu depășește 10%.



Domeniul 2: Date de utilizare a serviciilor de sănătate (agregate la nivel NUTS2, județ) public și privat

În urma analizei răspunsurilor participanților la cercetarea on-line rezultă: disponibilitatea a 67 aparate mamograf, preponderant în spitalele județene. Dintre acestea jumătate sunt digitale și jumătate sunt analogice. Dintre toate aparatele, 8 erau nefuncționale în momentul realizării studiului din diverse motive precum: defecțiune, în curs de autorizare CNCAN, lipsă personal, revizie, etc. Vechimea medie a unui aparat la 19 mai 2020 era de 8.1 ani. Din cele 65 de aparate disponibile, 8 aveau o vechime de maxim 1 an și 15 (23%) aveau o vechime de minim 15 ani. Din perspectiva localizării, 61.5% din mamografe se află în Ambulator iar restul în spital.

În urma prelucrării datelor disponibile rezultă că, în anul 2018, s-au realizat în medie 917 mamografii/ mamograf analog (abaterea standard 1222.4) și 1158 mamografii /mamograf digital, cu variație extrem de mare de la un aparat la altul (abaterea standard 2128.4).

Au fost raportate 141 de aparate de ecografie. Vechimea medie a unui ecograf este de 4.5 ani. Pentru aparatele funcționale a fost estimată o medie de 617 ecografii/aparat în anul 2018.

Pentru efectuarea unei ecografi se așteaptă în medie 6.23 zile. De asemenea au fost raportate 35 de aparate RMN, cu o vechime medie de 3.5 ani/aparat.

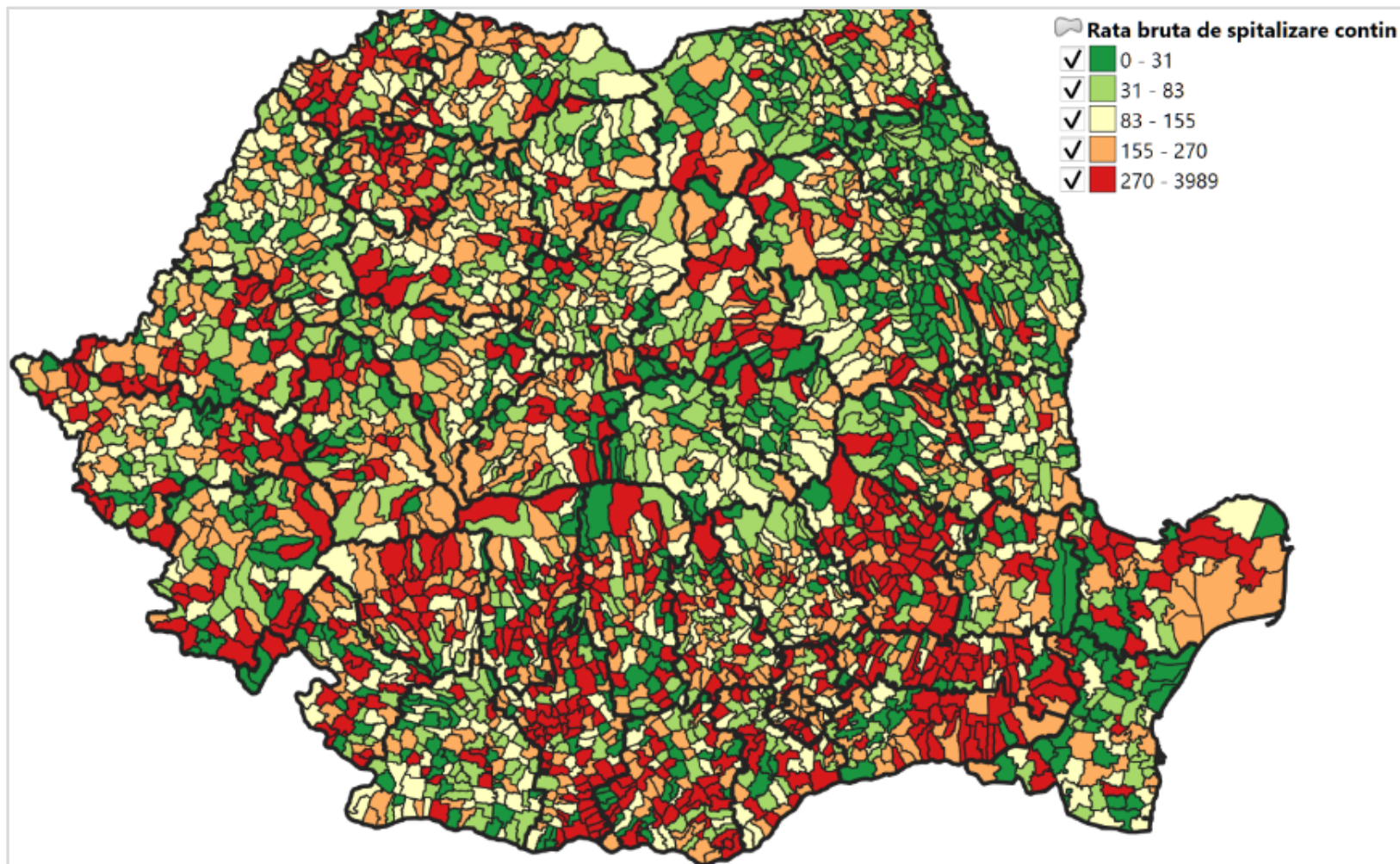


Fig. 2.1 Rata brută de spitalizare continuă prin cancer sân, medie anuală 2016-2018



Rata brută de spitalizare prin cancer de sân are o eterogenitate extrem de ridicată. Valorile situate peste ultima decilă sunt de circa 10 ori mai mari decât cele mai mici decât în prima decilă. Din punct de vedere al repartiției geografice, valorile mai mari sunt situate în Oltenia și estul Munteniei. Aici valorile spitalizărilor continuu depășesc frecvent 270 de cazuri la 100 de mii de locuitori. Valori mai mici ale ratei brute de spitalizare sunt întâlnite în special în județele Iași, Bacău și Vaslui. Unul din factori poate fi structura populației feminine pe grupe de vârstă.



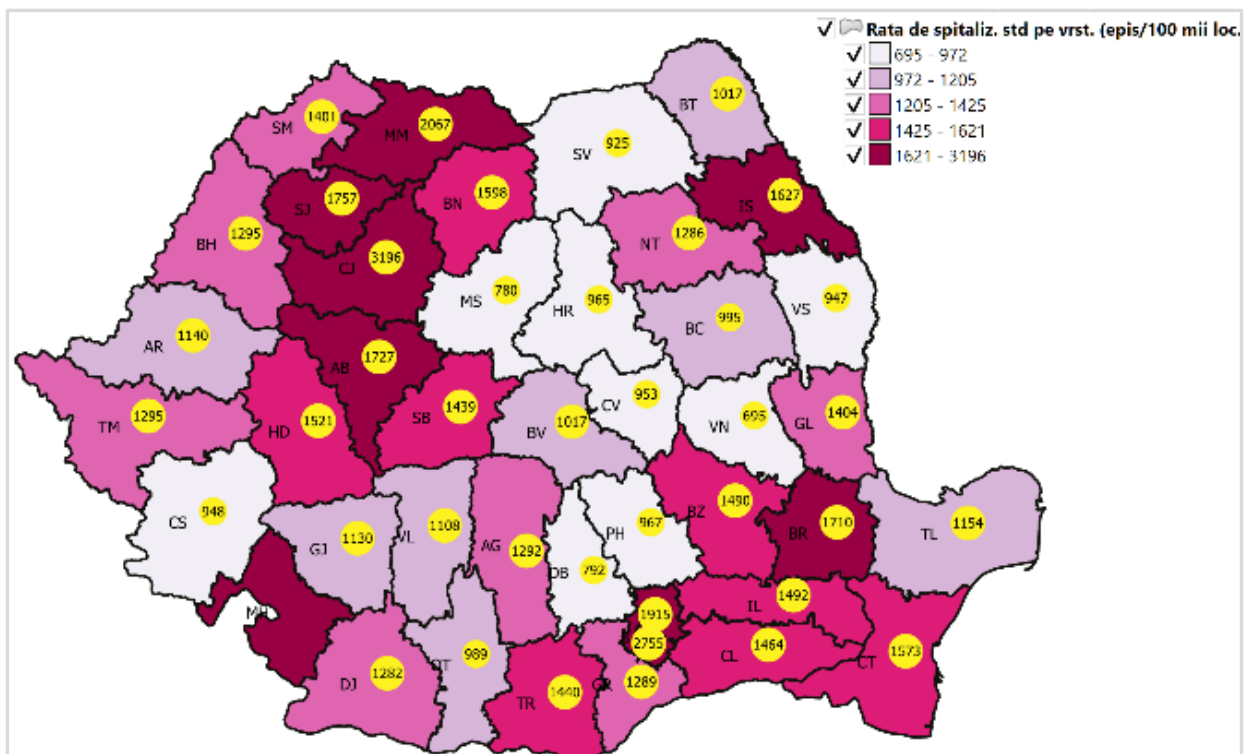
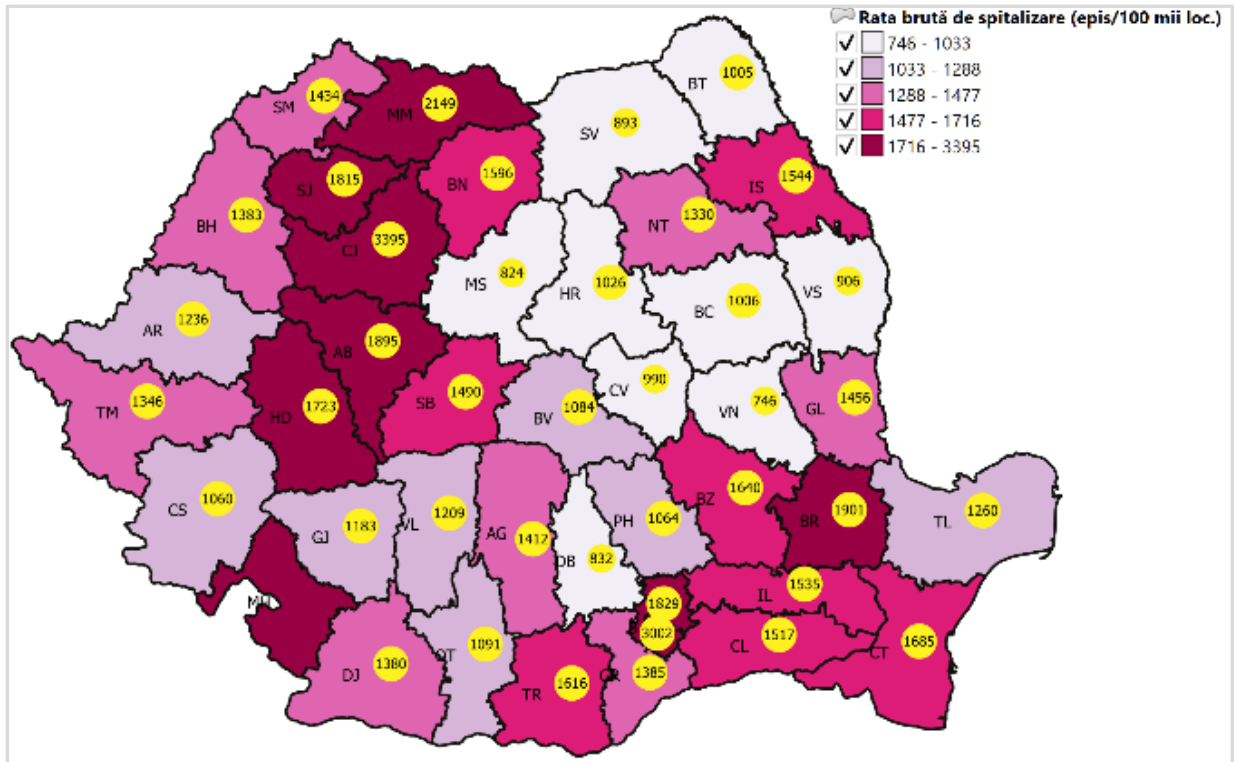


Fig. 2.2 Rata de spitalizare continuă + zi, medie anuală 2016-2018, valori brute sus și standardizate pe grupe de vârstă jos

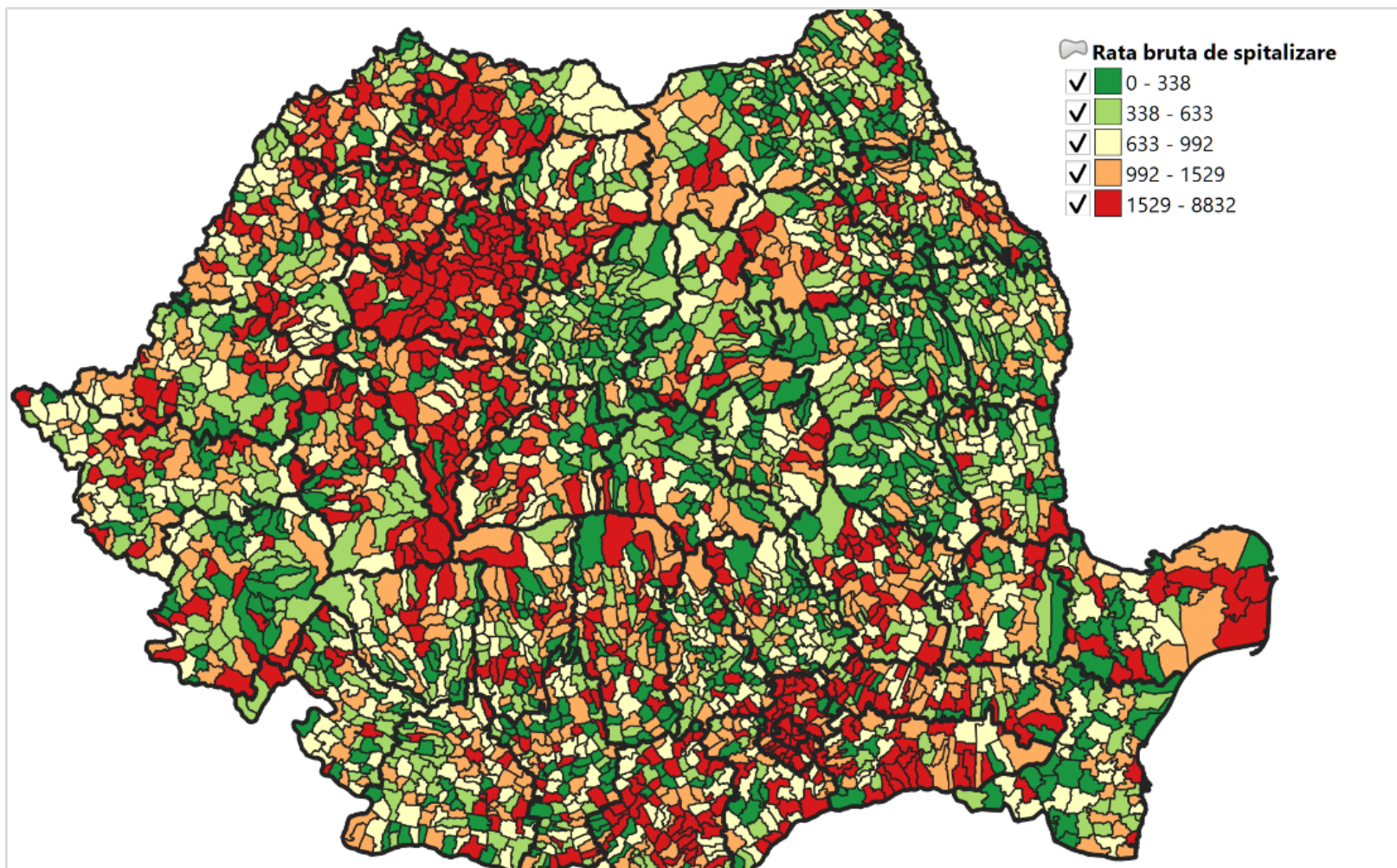


Fig. 2.3 Rata brută de spitalizare, medie anuală pentru 2016-2018

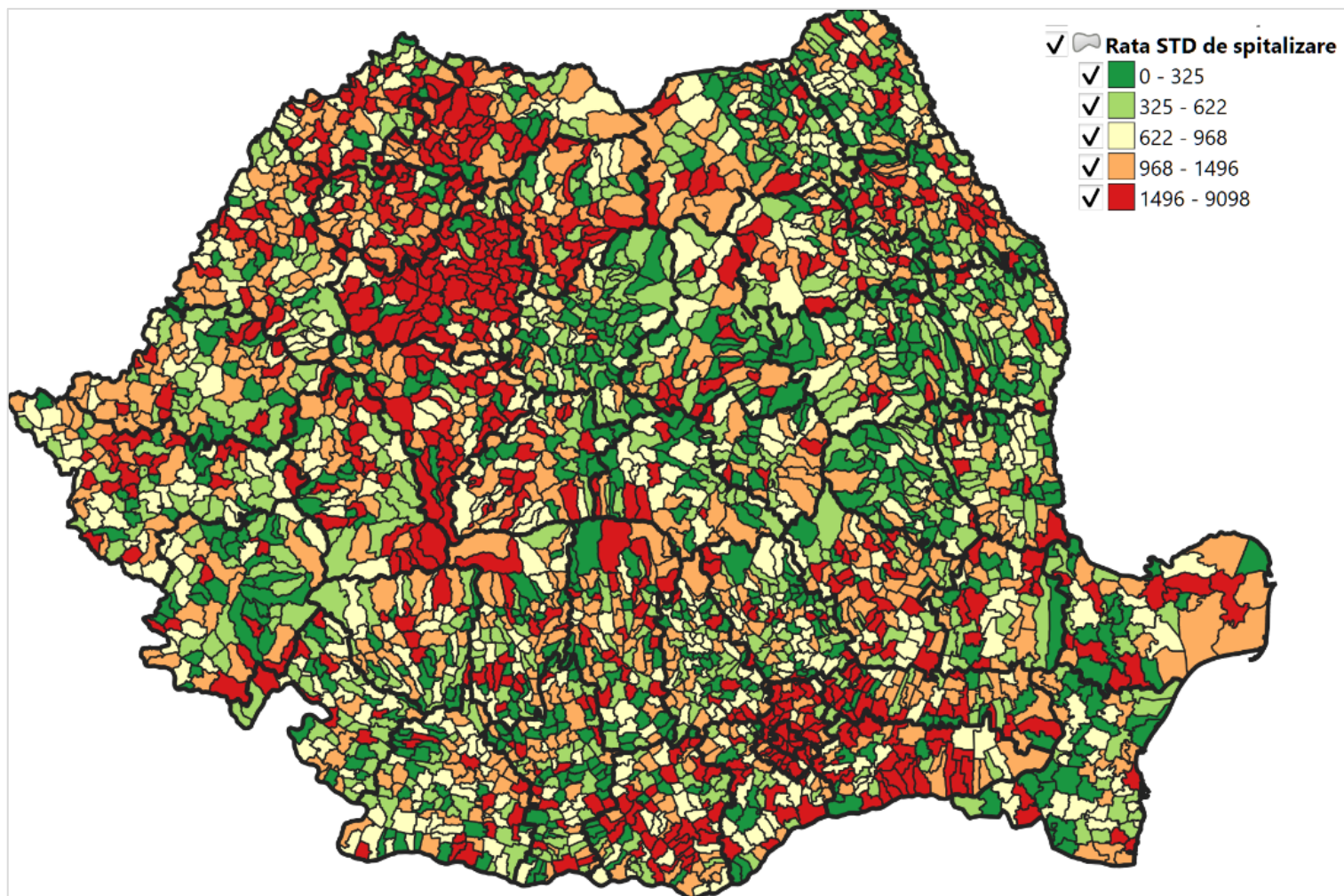


Fig. 24. Rata de spitalizare, standardizată pe grupe de vârstă, 2016-2018

Repartiția teritorială a ratei de spitalizare standardizată pe grupe decenale de vârstă este similară cu rata brută de spitalizare. Atât în varianta brută cât și în cea standard, există două zone majore de referință: Cluj-Napoca și București. Ratele extrem de ridicate în aceste zone sunt determinate de mai mulți factori precum: (1) se află în zone dense de populație (2) nivel ridicat al venitului, accesibilitatea serviciilor în privat (3) calitatea serviciilor.

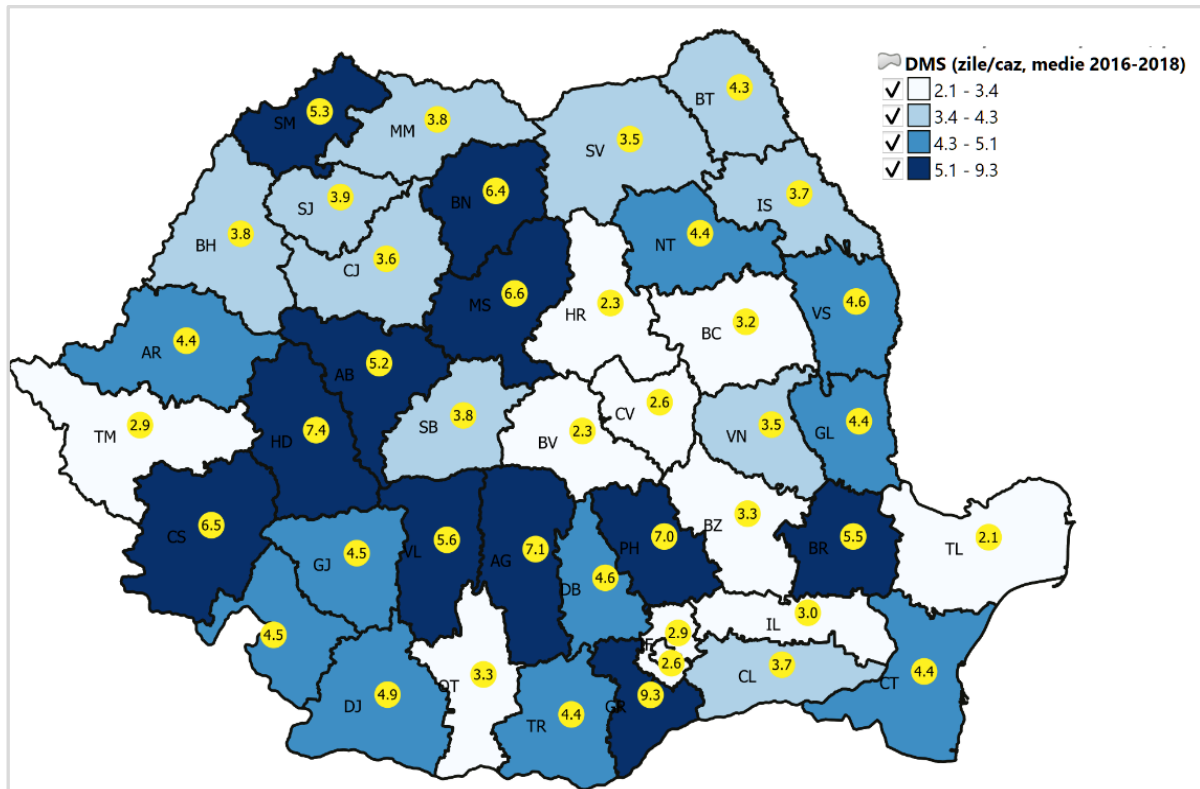


Fig. 2.3 Durata medie de spitalizare pentru un episod de cancer de sân externat de pe secțiile de oncologie

Durata unui episod de spitalizare are o variație în teritoriu extrem de ridicată. Astfel, dacă în Tulcea, Timiș sau Brașov un episod externat cu diagnosticul principal de cancer sân are o durată de 2-3 zile, în județele Argeș, Hunedoara, Brăila, Caraș-Severin sau Giurgiu, durata este mai mult decât dublă.

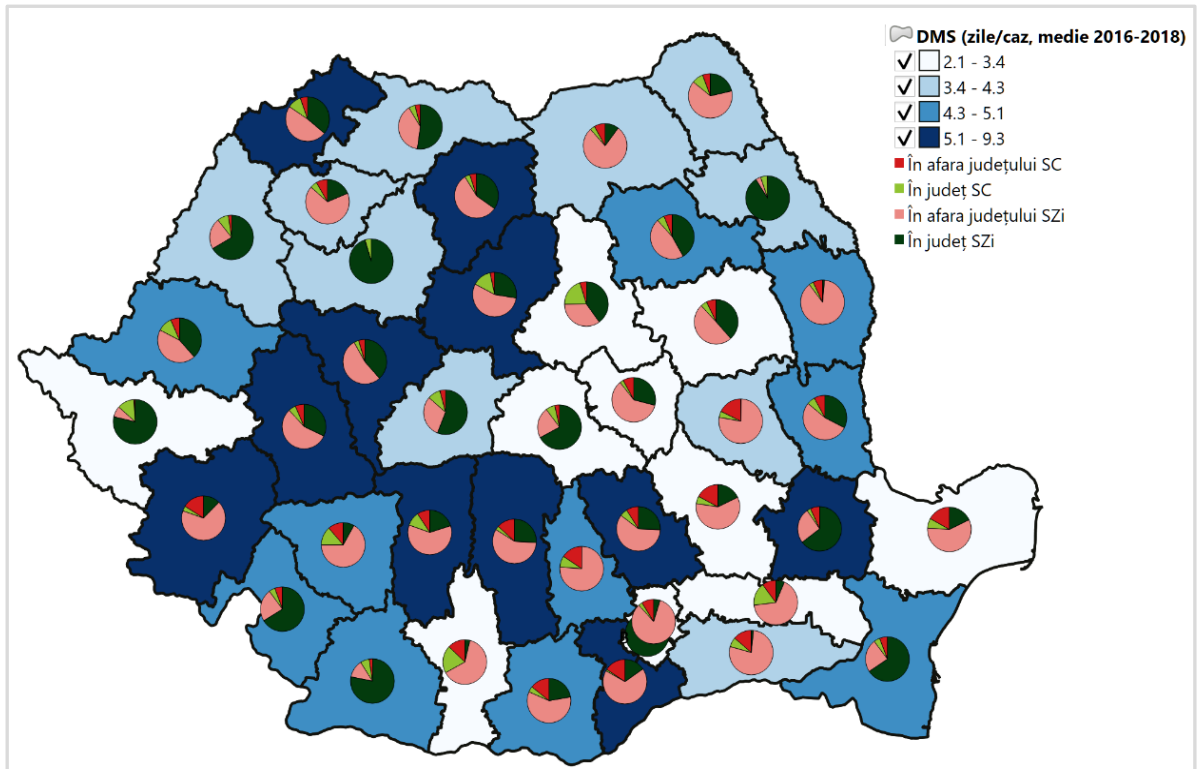


Fig. 2.4 Locul unde se tratează cu preponderență un episod de spitalizare de cancer de sân²

În afara centrelor universitare, unde peste 90% din cazuri se tratează în județ, preponderent în spitalizare de zi, în restul județelor o pondere importantă din cazuri se tratează în afară. Se poate observa ușor cum în jurul Bucureștiului și Iașiului, județele limitrofe trimit mai mult de jumătate din cazurile pacienților locali, de cancer de sân, în aceste două centre. Fenomenul este prezent și în cazul Clujului sau Timișoarei dar aici intensitatea este mai mică.

²În background este durata medie de spitalizare a unui caz de cancer de san externat de pe secțiile de oncologie

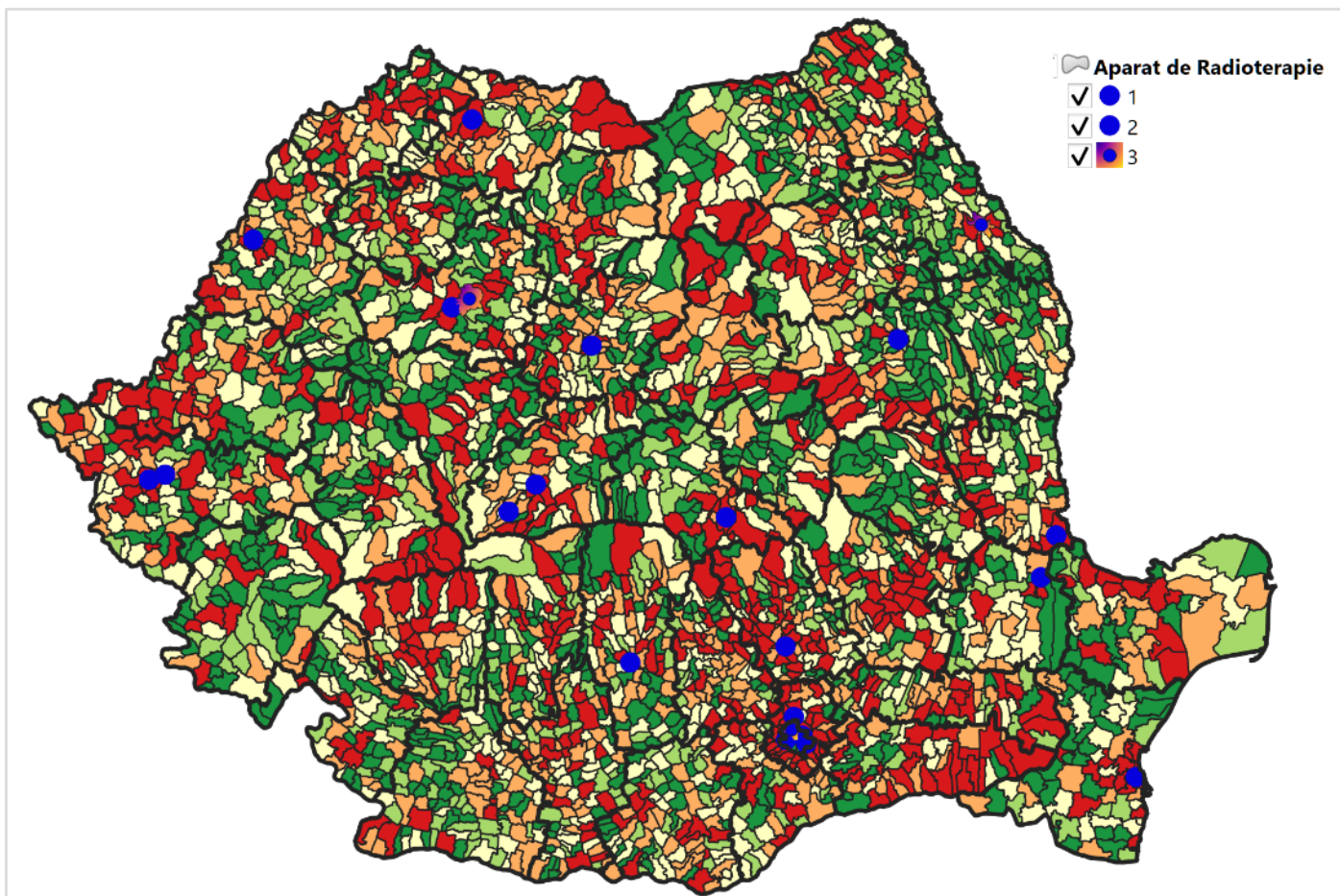


Fig. 2.5 Repartiția teritorială a aparatelor de radioterapie în raport cu numărul de pacienți cu cancer de sân³

³Paciențele au fost cumulate pentru perioada 2016-2018

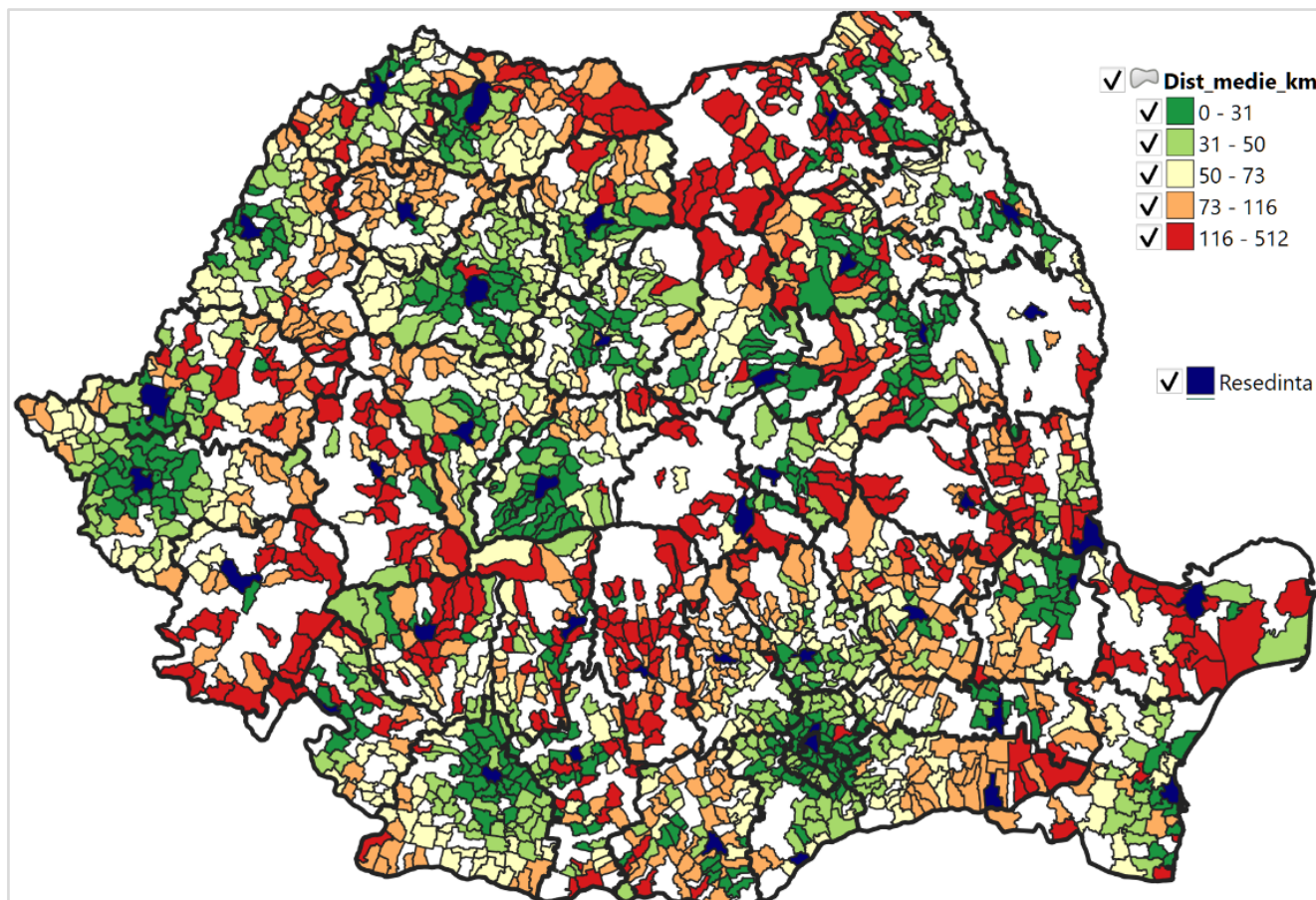


Fig. 2.7. Distanța medie parcursă pentru a trata un episod de cancer de sân⁵

⁵Distanța este calculată folosind 85% din episoadele de spitalizare continuuși de zi, din 2017-2018, externate de pe secțiile de oncologie. Distanța este calculată numai pt. localitățile care au minim 5 episoade de spitalizare.

Așa cum era de așteptat pacienții domiciliați în localitățile de lângă centrele universitare parcurg o distanța mai mică 30-50 km. Sunt județe, precum Gorj, Caraș, Argeș, Suceava în care pacienții merg în centrele universitare apropiate, parcurgând astfel 100 de km sau mai mult pentru a trata un caz.

Tip investigație	Vol. eșantionului din care s-au calculat parametrii	Nr. mediu de proceduri efectuate/medic	Abaterea standard
Mamografii	63	709	947
Ecografii sân	72	424.6	641.8
RMN	16	66.7	88.2
Biopsii mamare	8	82	76.7
Biopsii ganglionare axilare	8	168	418.7
Reperaje mamare preoperatorii pentru leziuni intra-clinice	3	8.33	2.89

Tabel 1. Indicatori statistici privind încărcarea medicilor radiologi

În medie un medic radiolog efectuează anual un număr de 66 de citiri rezultate RMN, adică aproximativ, o citire/ săptămână și 709 de mamografii, însemnând aproximativ 2/zi.

Tip investigație	Vol. eșantionului din care s-au calculat parametrii	Nr. mediu de proceduri efectuate/medic	Abaterea standard
Intervenții chirurgicale	96	834.1	7973.6
Limfadenectomii	77	11.4	24.4
Sectorectomii	64	10.3	16.4
Biopsii mamare	78	26.1	47.8
Excizii cu marcaje preoperatorii pentru leziuni mamare intra-clinice	12	19.3	19.2

Tabel 2. Indicatori statistici privind încărcarea medicilor chirurgi

În medie un medic chirurg efectuează anual un număr de 834 intervenții chirurgicale pentru cancer de sân adică aproximativ, o intervenție /zi și 26 de biopsii mamare/ an, adică aproximativ una la 2 săptămâni.

Tip investigație	Vol. eșantionului din care s-au calculat parametrii	Nr. mediu de proceduri efectuate/medic	Abaterea standard
Intervenții chir. Cancer sân	18	17.8	20.7
Mastectomii totale cu limfad.	18	19.2	19.5
Secctorectomii	32	7.7	8.7
Biopsii chir. mamare	26	47.2	62.8
Excizii cu marcaje preoperatorii pentru leziuni mamare intra-clinice	4	11.3	6.7

Tabel 3. Indicatori statistici privind încărcarea medicilor ginecologi

În medie, un medic chirurg efectuează anual un număr de 17.8 intervenții chirurgicale pentru cancer de sân adică aproximativ, o intervenție la 20 de zile, și 47 de biopsii chirurgicale mamare, însemnând aproximativ una pe săptămână.

Domeniul 3: Date de resurse umane (la nivel de județ/ localitate)

În partea de Vest și în unele județe din Nord-Vest și Centru, numărul medicilor anatomo-patologi este mai mare. Repartizarea teritorială scoate în evidență discrepanțe foarte mari. Astfel că în județele aflate în ultimul interval rata este de cca 5 ori mai mare decât în județele aflate în primul.

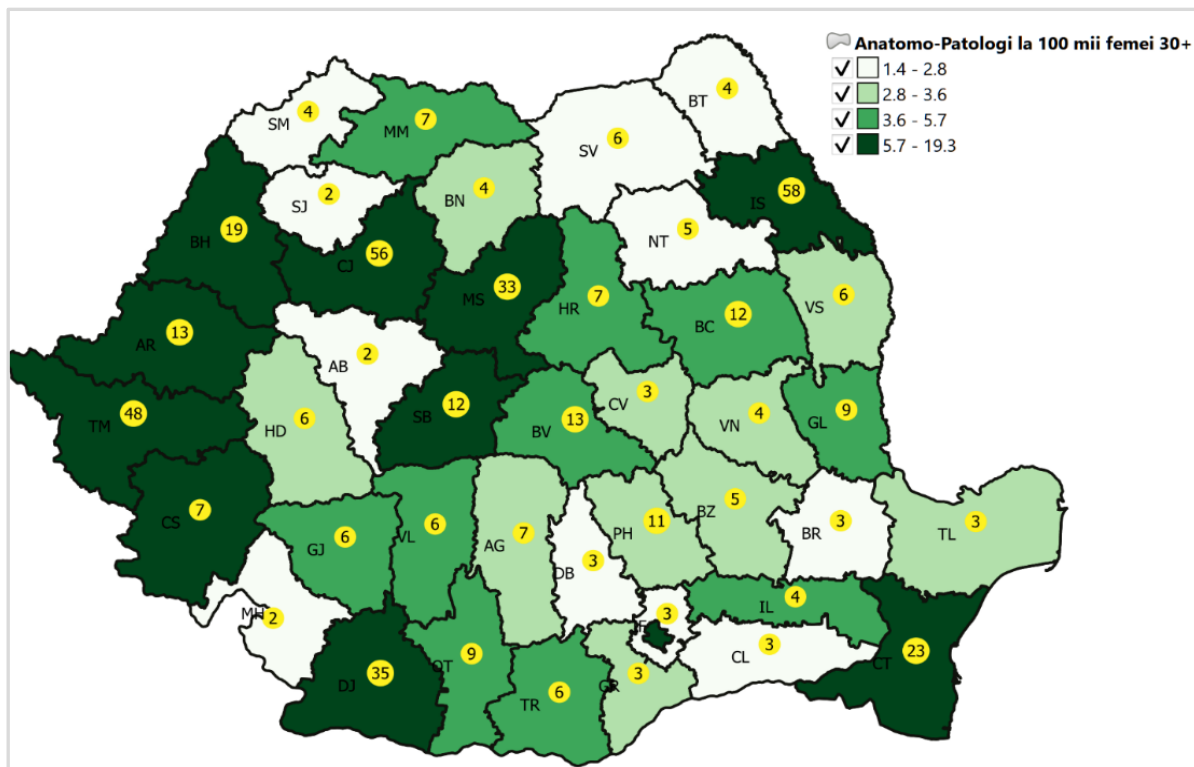


Fig. 3.1 Repartiția teritorială a medicilor anatomo-patologi în 2017⁶

⁶Eticheta în galben reprezintă numărul efectiv de medici, în timp ce gradientul reprezintă rata la 100 de mii de persoane cu vârsta peste 30+.

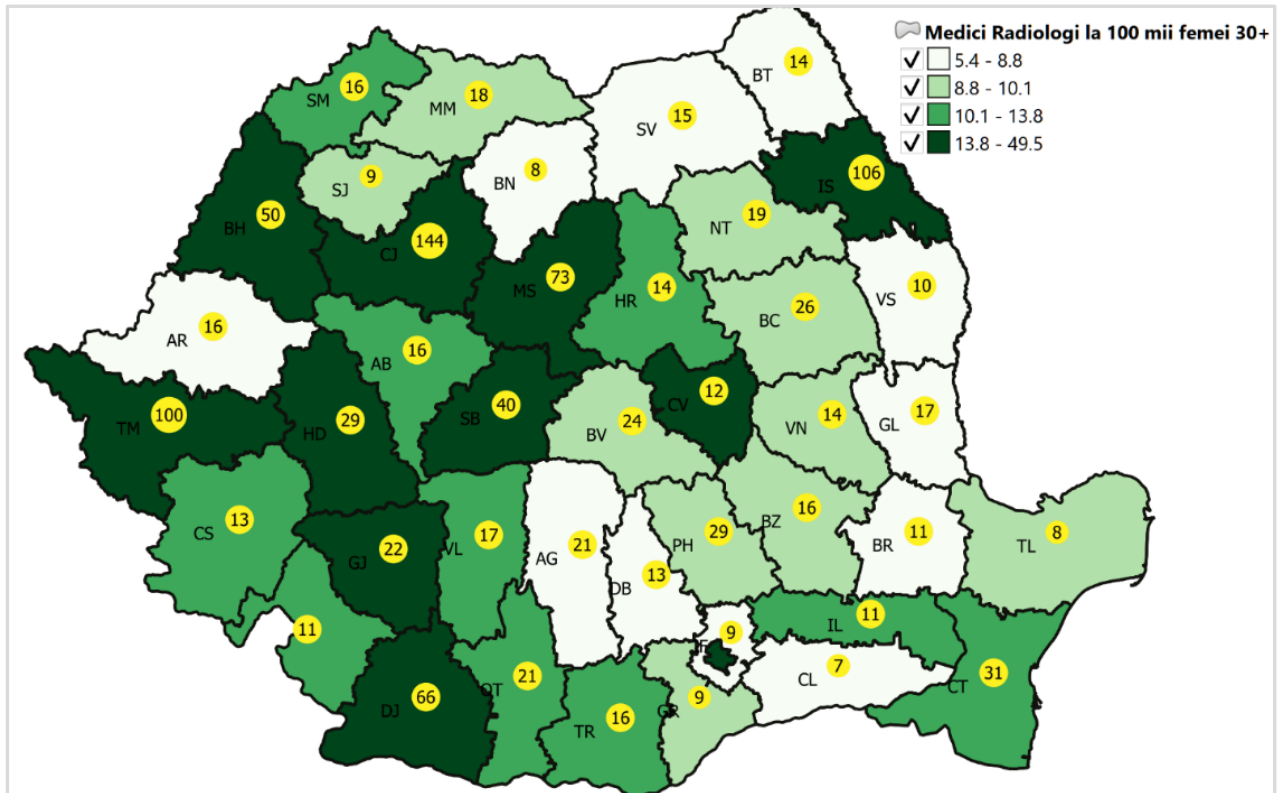


Fig. 3.3 Repartiția teritorială a medicilor Radiologi, 2017

În partea de Est și Nord a României rata medicilor radiologi este mai mică. În centre precum Hunedoara, Gorj, sunt 22, 29 medici, însemnând o rata de peste 13 medici la 100 de mii de femei cu vârsta peste 30 de ani. În partea de Est și Nord, Bistrița, Brăila sau Vaslui numărul medicilor radiologi este apropiat de 10, reprezentând o rata de numai 5-8 medici la aceeași populație de femei. La nivelul țării erau raportați în 2017 1382 de medici radiologi.

Pe baza eșantionului de participanți la studiul on-line, a rezultat că 33% din medicii radiologi au competență în senologie.

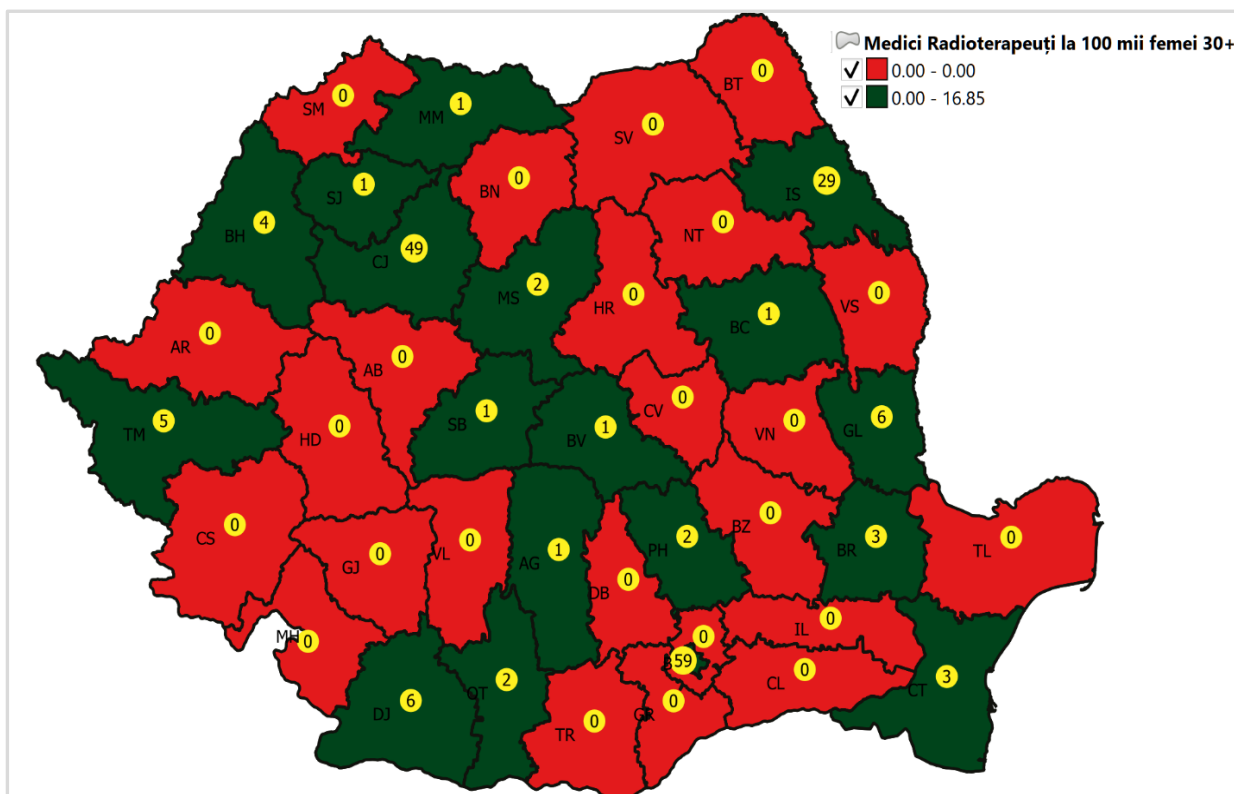


Fig. 3.4 Repartiția teritorială a medicilor Radioterapeuți, 2017

În cazul medicilor radioterapeuți, situația poate fi tratată în termeni alternativi DA/NU. În mai mult de jumătate din județe NU existau medici radioterapeuți în 2017. Exceptând centrele universitare, plus alte câteva mici excepții (ex: Olt, Brăila, Bihor), există doar câte un medic terapeut. În particular, se poate observa că în întreaga regiune Oltenia există numai 8 medici radioterapeuți. Situații mai precare sunt în Regiunea Vest (numai 5 medici) sau regiunea Centru (4 medici).

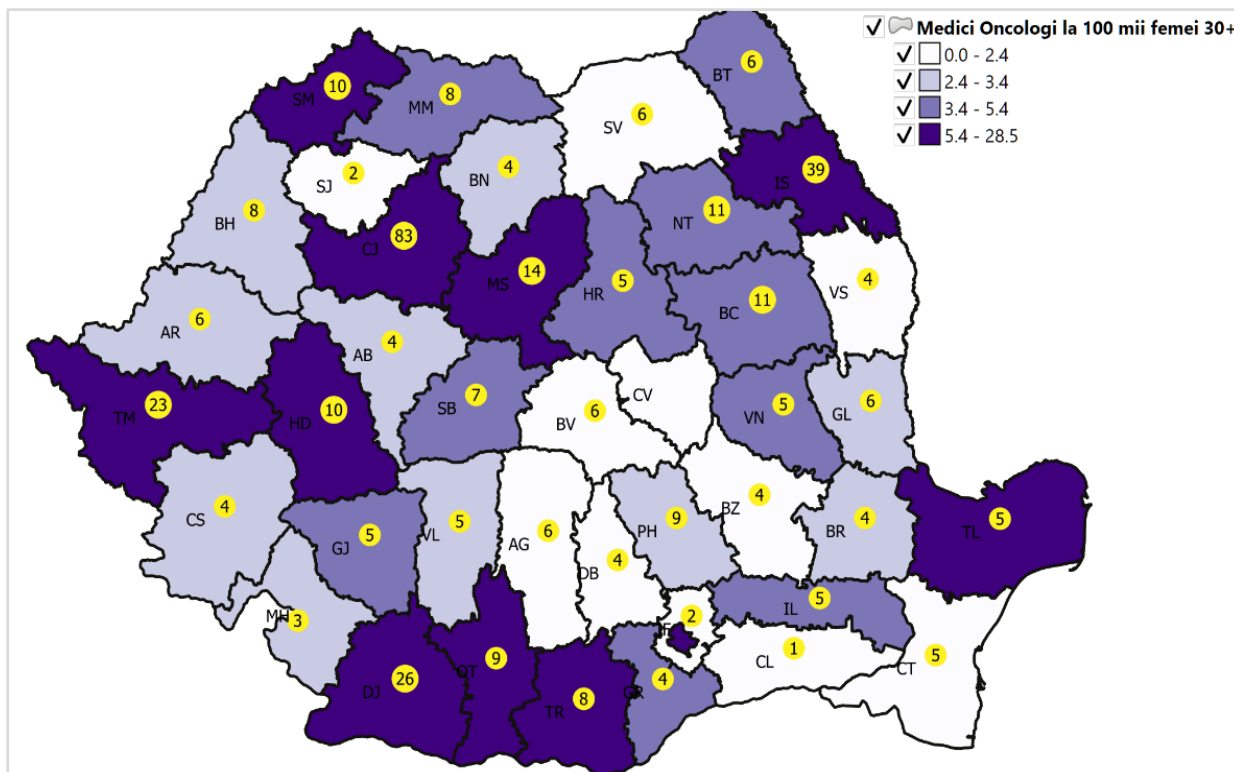


Fig. 3.5 Repartiția teritorială a medicilor oncologi, 2017

Cei mai mulți medici oncologi sunt disponibili în centrele universitare. Astfel în anul 2017, în București erau raportați 133 de medici oncologi, în Iași 39, în Cluj 83 iar în Timiș 23, Dolj, 26. Dacă se raportează numărul de medici oncologi la 100 de mii de femei cu vârsta de peste 30 de ani, cele mai mari rate se obțin în județele Tulcea, Timiș, Iași, Cluj, Satu-Mare, Mureș, Hunedoara și în județele din sudul Olteniei.

Domeniul 4: Accesul la servicii/ la infrastructura de echipamente necesare screening-ului pentru cancerul de sân – public și privat

Există raportate 59 de laboratoare de anatomie patologică, raportate în principal în spitalele județene sau institutele regionale. Pe lângă acestea găsim laboratoare de anatomie patologică și în unele spitale municipale, ca de ex, la Odorheiu Secuiesc, Onești, Pașcani, Sighișoara, Medgidia, Petroșani, Mangalia, Bârlad, etc.

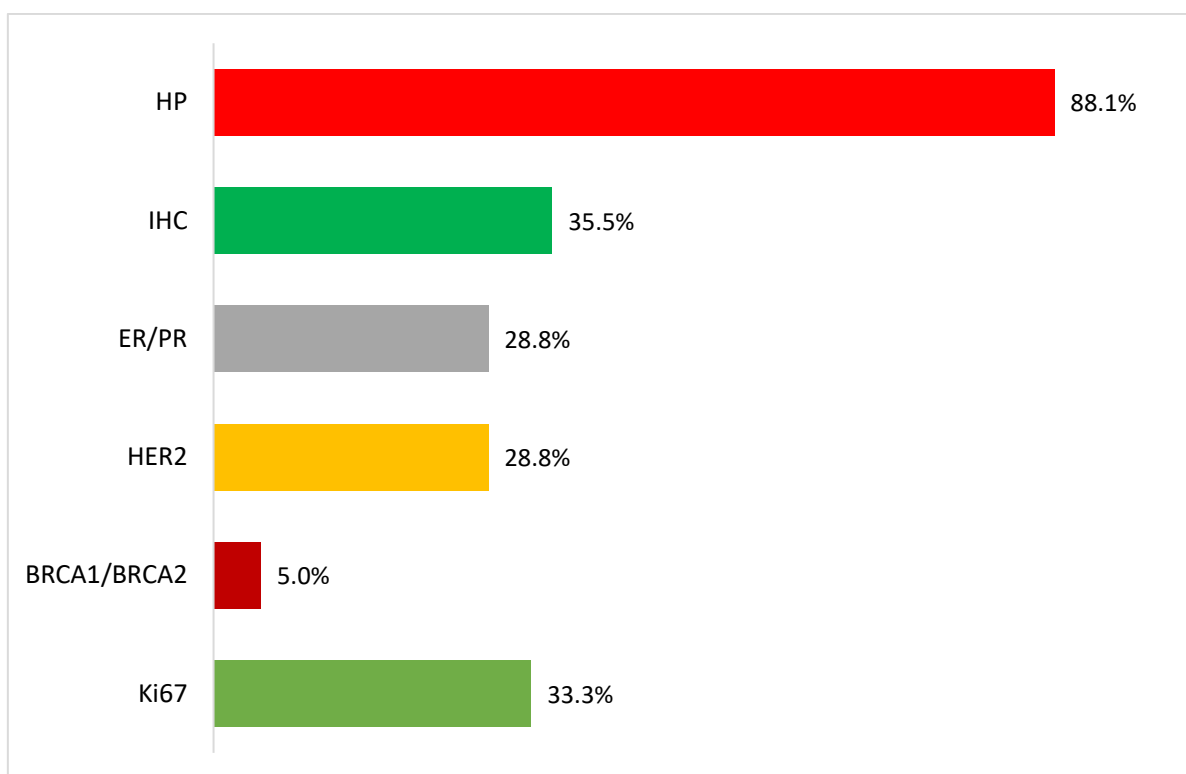


Fig. 4.9 Disponibilitatea testelor în laboratoarele de anatomie patologică

Așa cum se observă și din figura 4.9, în marea majoritate a spitalelor se poate efectua un test HP. Deși testarea IHC, HER2, Ki67 este disponibilă în aprox. o treime din spitale, numai 20% din acestea precizează că folosesc întreaga gamă de teste pentru diagnostic. Spitalele care folosesc toate testele diagnostic sunt: IRO, Spitalul Clinic Jud. Mureș, Spitalul Județean Cluj-Napoca, Spitalul Județean Alba, Spitalul Municipal Timișoara, Spitalul Județean Sfântul Gheorghe, Spitalul Județean Tulcea, Spitalul Municipal Sighișoara,



Spitalul Orășenesc Hârșova, Spitalul Municipal Reghin și Clinica Ovidius din Constanța. 75% din aceste spitale precizează că au contract cu CAS pentru decontarea acestor servicii

Domeniul 5 : Capacitatea infrastructurii instituționale: registre populaționale de cancer, registre de screening, politici, finanțare, etc:

Din 163 de unități paturi care au răspuns la chestionar, foarte puține unități au răspuns la problema privind "Ponderea pacienților cu cancer de sân pentru care s-a completat registrul de activitate al CDIT(Tumor Board)-ONC3". Totuși, în 12 spitale din țară (Județean Arad, SC Pelican Oradea, Județean Bistrița, SC. Oncocard Brașov, Spitalul Județean Cluj-Napoca, Radiotherapy Cluj, Spitalul Municipal Mangalia, Oncolife Craiova, Centru de Oncologie Drobeta Tr. Severin și Spitalul Municipal Roman), această pondere depășește 50%. Pentru fișa ONC 2, însă numărul unităților care precizează că au completat fișa pentru cel puțin 50% din pacienți este de 30. În general, în această categorie găsim spitalele județene sau institutele oncologice. Cu toate acestea există și unele spitale mai mici (Municipal Orăștie, Municipal Mangalia, ISIS Medical Center, SC Ovidius Clinical Center sau Municipal Onești, etc.). Același număr de unități (30) precizează că raportează fișa ONC1 pentru o pondere de 50% sau peste din pacienți.

Un număr de 71 de unități precizează că au diagnosticat în anul 2018 aprox. 4160 de cazuri noi de cancer de sân. Dintre acestea mai bine de jumătate(50.9%) au fost diagnosticate în 10 mari spitale: IRO Iași, Spitalul Clinic Județean Mureș, Spitalul Municipal Gavri Curteanu, Oncohelp Timișoara, Spitalul Clinic Sf. Maria, Județean Constanța, Județean Pitești, Județean Arad, etc.



Existența protocoalelor de diagnostic și tratament

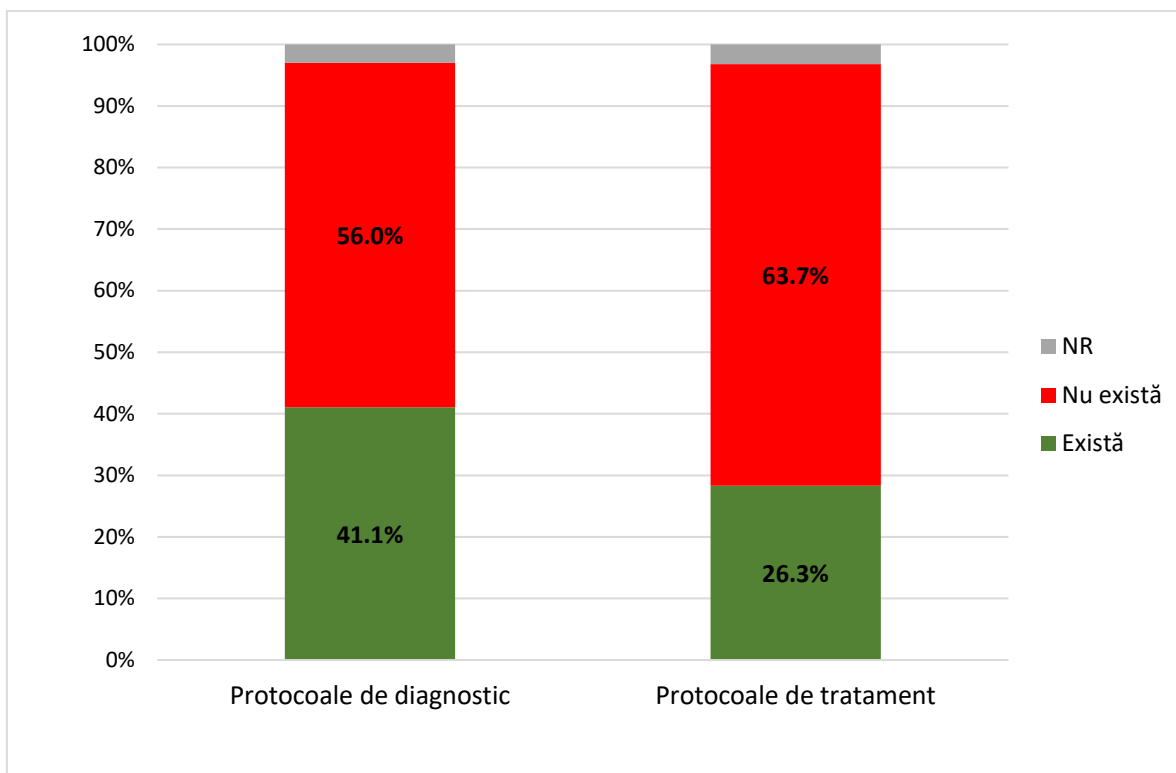


Fig. 5.1 Existența protocoalelor de diagnostic și tratament

În majoritatea cazurilor nu există protocoale de diagnostic și tratament. În cazurile în care există, acestea se întâlnesc de regulă în spitalele județene sau în institutetele regionale de oncologie.

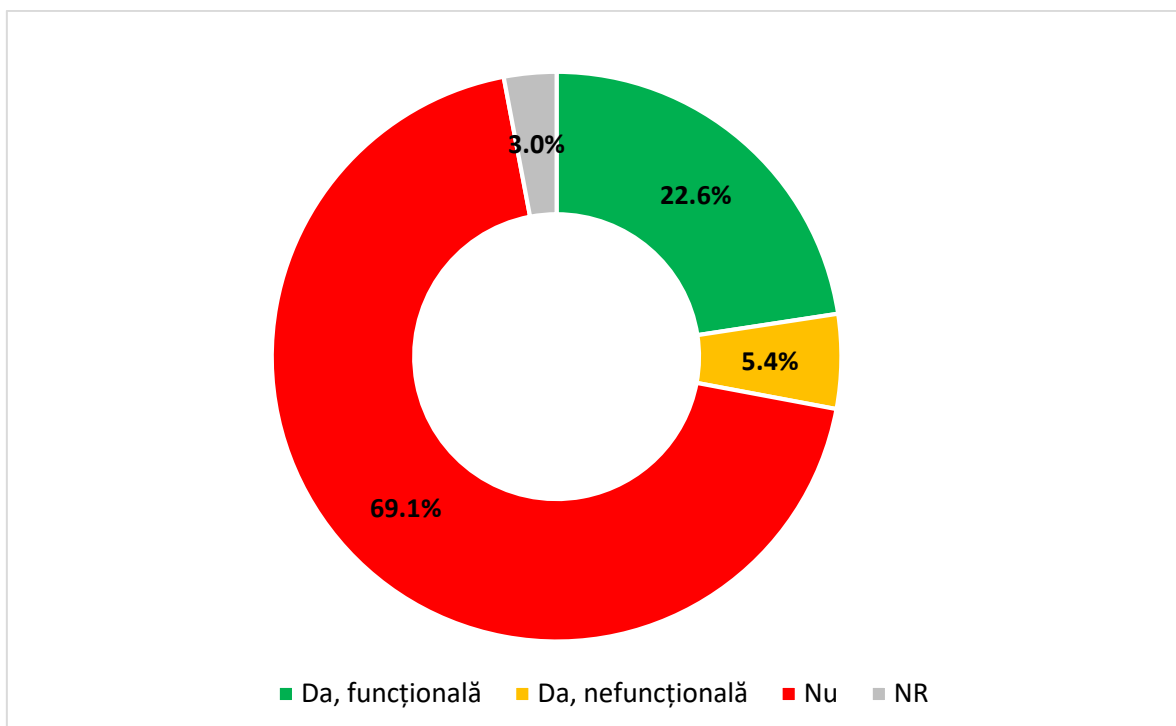


Fig. 5.2 Existența unei comisii de diagnostic și indicație terapeutică Tumor Board (CDIT)

În prezent, în 70% din unitățile spitalicești nu există comisii de diagnostic și indicație terapeutică (CDIT). Doar 22.6% din unități au o astfel de comisie funcțională.

În 75% din unități spitalicești nu este organizat un Registru Instituțional de Cancer (RIC). Din eșantionul de 168 de spitale, participante la studiu, 30% dintre acestea au precizat că raportează cazurile noi în registrul național de cancer (RNC). Cele mai multe unități care raportează cazuri în Registru sunt din centrele universitare (Cluj, Iași, București, Timiș, Constanța). În alte județe precum Gorj, Satu-Mare, Suceava, Botoșani sau Alba, niciuna din unitățile participante la studiu nu raportează date în registru.

Referințe

¹INS, TEMPO-Online, <http://statistici.inse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>

²INSP, <https://www.insp.gov.ro/>

³<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>

⁴<https://qgis.org/en/site/>

⁵. <https://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt06rv.pdf>